

searches. In 88,6% cases diagnosis was earlier (I-IIA stage by Walsh and Kliegman). Most of those had a positive result of nonsurgical routine therapy, but it was failure in eighth cases. Surgical strategy was used in 34 newborn with NEC. Total death rate was 6,1%. Five infants among of survived had a surgical intervention later be cause of stenosis of most damaged part of intestine.

Also in this article shown preliminary results of the investigation of the properties of the red blood cells in the newborns with NEC.

Key words: NEC, newborns, properties of the red blood cells.

УДК 616.895.8 – 08

КОРРЕКЦИЯ РАННИХ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Е.А. ГАМБУРГ, О.Ю. ШИРЯЕВ, М.К. РЕЗНИКОВ*

Показана эффективность электроактивированного водного раствора католита для коррекции ранних экстрапирамидных симптомов при лечении пациентов с фармакорезистентной шизофренией. Установлено, что низкоинтенсивное лазерное излучение не оказывает значимого воздействия на ранние экстрапирамидные симптомы.

Ключевые слова: шизофрения, резистентность, католит, экстрапирамидные симптомы, корректоры, лазерное излучение

Проблема безопасности лечения больных фармакорезистентной шизофренией особенно актуальна, т.к. у данной группы пациентов вследствие резистентности зачастую приходится использовать более высокие дозировки препаратов, также использовать препараты резерва (например, клозапин). Все это обуславливает более частое развитие нежелательных побочных действий лекарственных средств у этих пациентов. Одними из наиболее частых нежелательных действий антипсихотических препаратов являются *экстрапирамидные симптомы* (ЭПС), которые традиционно разделяются на ранние и поздние [2]. Если поздние ЭПС возникают сравнительно поздно – через несколько лет приема антипсихотических препаратов и практически не поддаются коррекции, то ранние ЭПС встречаются гораздо чаще – уже в первые дни-недели терапии, более успешно поддаются коррекции и их наличие или отсутствие в целом играет важную роль в поддержании терапевтического комплайенса. К ранним ЭПС относят острую дистонию, острую акатизию, лекарственный паркинсонизм, ранний тремор, злокачественный нейролептический синдром [2]. Для лечения ранних ЭПС используются т.н. «корректоры», например, холинолитические препараты – тригексифенидил (циклодол) и биприден (акинетон), стимуляторы дофаминовых рецепторов – амантадин (ПК-Мерц), β-адреноблокаторы – пропранолол (обзидан), бензодиазепиновые транквилизаторы (диазепам), а также такие методы, как снижение дозы препарата или замена на другой антипсихотический препарат [2]. Учитывая, что при фармакорезистентной шизофрении снижение дозы или замена препарата не всегда клинически рациональны, то наиболее часто у этой категории пациентов используются именно корректоры антипсихотической терапии. Недостатками использования корректоров является возникновение других нежелательных явлений, например, антихолинергических эффектов при приеме тригексифенидила или бипридена, обострений психического состояния пациентов при приеме стимуляторов дофаминовых рецепторов. В связи с этим оптимальным представляется поиск схемы терапии, которая при должной эффективности будет в минимальной степени способствовать развитию ЭПС и необходимости назначения препаратов-корректоров. Определенный интерес может представлять сочетанное использование фармако-терапии и немедикаментозных методов, таких как низкоинтенсивная лазерное излучение использование *электроактивированного водного раствора* (ЭАВР) католита, который ранее уже использовался при лечении больных шизофренией и продемонстрировал способность усиливать терапевтический эффект антипсихотических препаратов [1].

Цель исследования – оценка ранних ЭПС при терапии фармакорезистентной шизофрении с использованием лазеротерапии и католита.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в 2005-2010 гг. на базе Воронежского областного кли-

нического психоневрологического диспансера. Всего в исследование было включено 79 пациентов мужского пола, страдающих параноидной шизофренией с эпизодическим течением (F20.01 по МКБ-10). Средний возраст пациентов составил 32,4±5,3 года, средняя длительность заболевания 11,7±2,7 лет.

Критерии включения:

1. установленный диагноз шизофрении на протяжении не менее одного года,
2. число обострений не менее 2,
3. наличие признаков резистентности – неуспешность как минимум двух курсов терапии антипсихотическими препаратами,
4. использование клозапина в анамнезе, не приведшего к улучшению состояния, либо интолерантность к его побочным эффектам.

Критерии исключения:

1. наличие сопутствующей наркологической патологии или обострения соматического заболевания,
2. наличие сопутствующего органического поражения ЦНС,
3. возраст младше 18 и старше 60 лет,
4. наличие ЭПС на момент начала исследования,
5. использование тioxсантенов в анамнезе.

Пациенты включались в исследование после предшествующего 7-10 дневного «wash-out» периода, во время которого не использовались антипсихотические препараты, было допустимым лишь назначение бензодиазепиновых транквилизаторов. Для оценки ранних ЭПС была использована шкала Симпсона-Ангуса. Оценка проводилась через 3 и 7 дней после включения пациента в исследование. Также оценивалась необходимость в использовании корректора. В данном исследовании для коррекции акатизии использовался пропранолол (обзидан) в дозе 40 мг 3 раза в сутки, а для лечения других ЭПС (кроме акатизии) – тригексифенидил (циклодол) в дозе 2 мг 3 раза в сутки. Также учитывалась частота назначения диазепама в разных группах, который помимо анксиолитического и седативного действия может оказывать «смягчающее» действие на ЭПС.

Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. При проведении исследования были соблюдены этические нормы, изложенные в Хельсинской декларации 1975 г. и ее пересмотра 1983 г.

Пациенты были рандомизировано разделены на 4 группы, исследование проводилось являлось проспективным и проводилось открытым методом, рандомизация осуществлялась методом конвертов.

- 1 группа (n=19) – пациенты получали *флуентиксол* (ФЛ) в суточной дозе 30 мг (10 мг 3 раза в сутки)
- 2 группа (n=18) – получали 30 мг ФЛ в сутки, а также НИЛИ (ФЛ+НИЛИ),
- 3 группа (n=22) – получали 30 мг ФЛ в сутки, а также ЭАВР католит 2 раза в сутки (ФЛ+КТ),
- 4 группа (n=20) – группа контроля, которой была назначена *стандартная психофармакотерапия* (СПФТ), получаемый антипсихотический препарат был заменен на галоперидол 10-20 мг в сутки или трифлуоперазин 15-20 мг в сутки.

Католит принимался перорально дважды в день между приемами пищи по 30 мл, лазерная терапия проводилась в виде надвенозного облучения красным излучением длиной волны 0,63-0,69 мкм и мощностью 1-2 мВт в течение 10-20 мин на проекцию кубитальной зоны, а затем осуществлялось контактное воздействие на биологически активные зоны – орбитальные, височные, проекции яремных сосудисто-нервных пучков.

Полученные результаты обрабатывались статистически с помощью программы «Statistica 6», использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Проведена оценка выраженности ЭПС по шкала SAS на 3 и 7 дни терапии, а также учет принимаемых корректоров антипсихотической терапии на 7 день исследования. Данные представлены в табл. 1-3. Сравнение проводилось с группой, получавшей СПФТ.

* ВГМА им. Н.Н. Бурденко, 394066, г. Воронеж, ул. Студенческая, д.10

Таблица 1

Выраженность ЭПС по шкале SAS на 3 день лечения

	ФЛ	ФЛ+НИЛИ	ФЛ+КТ	СПФТ
Походка	1,53 (p=0,03)	1,61(p=0,03)	0,82 (p=0,006)	1,95
Свободное падение рук	1,68	1,67	0,45 (p=0,001)	2
Качание плеч	1,00	0,94	0,64 (p=0,008)	1,05
Скованность локтей	1,05	1,06	0,68 (p=0,008)	1,1
Ригидность запястий	1,16 (p=0,04)	1,00 (p=0,03)	0,59 (p=0,004)	1,45
Вращение головы	1,42 (p=0,03)	1,61 (p=0,03)	1,00 (p=0,009)	2,15
Поколачивание по н/п	1,32 (p=0,009)	1,39 (p=0,009)	0,77 (p=0,003)	2,3
Тремор	1,21 (p=0,03)	1,56	1,09 (p=0,02)	1,75
Слоноотечение	1,11 (p=0,02)	1,22 (p=0,03)	0,59 (p=0,002)	1,8
Акатизия	2,53	2,33(p=0,046)	1,82 (p=0,01)	2,8
Общий балл	14,00	14,39	8,45 (p=0,003)	18,35

Как видно из данных, представленных в табл. 1, уже на 3 день исследования заметны статистические различия в выраженности ЭПС в зависимости от получаемого лечения. Если в группах, получавших монотерапию ФЛ и комбинацию ФЛ+НИЛИ достоверные отличия наблюдаются лишь по некоторым пунктам шкалы, а общий балл хоть и ниже, чем в группе, получавших СПФТ, но не достигает статистически значимой разницы, то пациенты получавшие ФЛ+КТ по всем пунктам шкалы SAS имеют достоверно более низкий балл, чем в группе СПФТ. Общий балл в группе ФЛ+КТ более чем в 2 раза ниже, чем в группе, получавшей СПФТ (p<0,01).

Таблица 2

Выраженность ЭПС по шкале SAS на 7 день лечения

	ФЛ	ФЛ+НИЛИ	ФЛ+КТ	СПФТ
Походка	1,84	1,44 (p=0,03)	0,50 (p=0,001)	2,05
Свободное падение рук	1,89	1,78	0,50 (p=0,001)	2,10
Качание плеч	1,11	0,83	0,55 (p=0,004)	1,30
Скованность локтей	1,26	1,22	0,59 (p=0,004)	1,20
Ригидность запястий	1,37	1,33	0,41 (p=0,002)	1,55
Вращение головы	1,63 (p=0,046)	1,50 (p=0,04)	0,95 (p=0,003)	2,25
Поколачивание по н/п	1,53 (p=0,04)	1,50 (p=0,04)	0,95 (p=0,002)	2,40
Тремор	1,37 (p=0,048)	1,56	0,59 (p=0,002)	1,85
Слоноотечение	1,32 (p=0,04)	1,50	0,82 (p=0,002)	1,95
Акатизия	2,63	2,44 (p=0,03)	1,14 (p=0,002)	2,90
Общий балл	15,95 (p=0,04)	15,11 (p=0,03)	7,00 (p=0,002)	19,55

Примечание: * – p<0,05, ** – p <0,01

Аналогичные отличия сохраняются и на 7 день терапии. Как видно из данных, представленных в табл. 2, различия по общему баллу шкалы SAS достигают статистической значимости и в группах, получавших монотерапию ФЛ и комбинацию ФЛ+НИЛИ. В группе, получавшей комбинацию ФЛ+КТ достоверные отличия по прежнему наблюдаются по всем пунктам шкалы SAS, общий балл в группах, получавших ФЛ+КТ и СПФТ отличается в 2,8 раза.

Таблица 3

Необходимость использования корректоров на 7 день лечения

	ФЛ	ФЛ+НИЛИ	ФЛ+КТ	СПФТ
Тригексифенидил	42,1%	44,4%	13,6%	75,0%
Пропранолол	42,1%	27,8%	18,1%	40,0%
Диазепам	63,2%	61,1%	54,5%	85,0%

Как видно из данных, представленных в табл. 3, пациенты, получавшие СПФТ чаще, чем пациенты других групп требовали назначения корректоров, причем зачастую использовались сочетания нескольких корректоров. При использовании комбинации ФЛ+КТ корректоры назначались сравнительно редко, более частое использование диазепам может быть обусловлено назначением его по иным показаниям (ажитация, инсомния и др.).

Как видно из динамики ранних ЭПС по шкале SAS наименьшая выраженность ЭПС и, как следствие, наиболее редкое использование корректоров антипсихотической терапии отмечалось среди пациентов, которым была назначена комбинация флулентиксола с ЭАВР католитом. Точный механизм действия католита в данном случае неизвестен. Учитывая, что католит стабилизирует проницаемость мембран клеток, обладает антиоксидантным и иммуностимулирующим действием можно предположить, что его действие является опосредованным и необходимо

дальнейшее изучение данного феномена. Монотерапия флулентиксом, равно как и комбинация флулентиксола и лазеротерапии несколько реже приводила к развитию ранних ЭПС и реже требовала корректоров, чем в группе СПФТ. Однако это может быть обусловлено более «мягким» действием флулентиксола, по сравнению с СПФТ, лазеротерапия, по-видимому, дополнительно специфических эффектов на ЭПС не оказывает.

Выводы:

1. Флулентиксол реже вызывает ЭПС, чем стандартная психофармакотерапия (галоперидол и трифлуоперазин).
2. Сочетанное использование флулентиксола и ЭАВР католита позволяет уменьшить проявления ранних ЭПС при лечении фармакорезистентных больных шизофренией.
3. Сочетанное использование флулентиксола и ЭАВР католита позволяет уменьшить необходимость в использовании корректоров нейролептической терапии, что в дальнейшем способно улучшить комплайнс.
4. Дополнительное назначение к флулентиксолу НИЛИ не оказывало значимого действия на ЭПС.

Литература

1. Резников, К.М. Возможные механизмы биологического и фармакологического действия анолита и католита / К.М. Резников // Прикладные информационные аспекты медицины.– 2008.– Т.11.– № 2.– С. 72–82.
2. Федорова, Н.В. Диагностика и лечение нейролептических экстрапирамидных синдромов / Н.В. Федорова, Т.Н. Ветохина // Психические расстройства в общей медицине.– 2009.– №3.– С. 18–24.

CORRECTION OF EARLY EXTRAPYRAMIDAL SYMPTOMS IN TREATMENT-RESISTANT SCHIZOPHRENIA

E.A. HAMBURG, O.YU. SHIRYAEV, M.K.REZNIKOV

Voronezh State Medical Academy

The efficiency of electroactivated aqueous catholyte for correction of early extrapyramidal symptoms in patients with resistant schizophrenia. Found that low-intensity laser radiation has no significant influence on the early extrapyramidal symptoms.

Key words: schizophrenia, drug resistance, catholyte, extrapyramidal symptoms, correctors, laser radiation.

УДК 616.71.-018.46-002-02-089-053

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ.

С.Н.ГИСАК, А.А.ШЕСТАКОВ, Д.А.БАРАНОВ, Е.А.СКЛЯРОВА*

В статье рассмотрены современные изменения патоморфоза возбудителей и этиопатогенеза острого гематогенного остеомиелита у детей, предложен алгоритм их дифференцированного этиопатогенетического лечения в зависимости от формы клинического течения заболевания, характера моно- или микст-инфекции и их чувствительности к антибактериальным, противогрибковым и противогрибковым препаратам. Внедрение в практику предложенного авторами алгоритма лечения больных острым гематогенным остеомиелитом способствовало устранению летальности детей и снижению частоты хронизации заболевания.

Ключевые слова: дети, острый гематогенный остеомиелит, алгоритм лечения.

Острый гематогенный остеомиелит у детей является одним из наиболее тяжелых и опасных гнойно-септических заболеваний детского возраста, с частым исходом в сепсис, летальность и инвалидизацию детей [1,2,3,4].

Цель исследования – разработать информативные алгоритмы диагностики и эффективного патогенетически обоснованного дифференцированного лечения детей больных острым гематогенным остеомиелитом, с учетом патоморфоза возбудителей заболевания и современного их этиопатогенеза.

Материалы и методы исследования. В течение 2008-

* ГОУ ВПО Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, 394066, г. Воронеж, ул. Студенческая, д.10