

ПАНТОГАМ И ЭЛЬКАР КАК СРЕДСТВА «МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ» КОРРЕКЦИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

С.О. КЛЮЧНИКОВ, Е.А. КАНТИМИРОВА, Т.Н. НАКОСТЕНКО,
кафедра детских болезней № 3, РГМУ, Москва



Дети дошкольного возраста с донозологическими (пограничными) отклонениями в состоянии здоровья составляют около 60–80% в популяции. Пограничные состояния (предболезнь) означают высокий риск формирования хронической патологии и требуют организации своевременных реабилитационных мероприятий с использованием новых медицинских технологий (С.О. Ключников и соавт., 2005; О.В. Зайцева, 2004).

В этом плане перспективным является революционно развивающееся в последние десятилетия так называемое «метаболическое» направление, имеющее своей целью теоретический и прикладной анализ нарушений обменных процессов на различных уровнях, составляющих основу или фон при формировании многих заболеваний (В.С. Сухоруков, Е.А. Николаева, 2004).

Результаты многочисленных эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в среднем каждый ребенок переносит от 3 до 5 эпизодов ОРЗ в год. Наибольшая заболеваемость острыми респираторными инфекциями встречается у детей раннего возраста, дошкольников и младших школьников. Дети первых 3-х лет жизни болеют ОРЗ в течение года в 2–2,5 раза чаще, чем дети в возрасте 10 лет и старше. Рецидивирующие респираторные инфекции приводят к нарушениям функционального состояния организма, могут обуславливать

срыв адаптации и вызывать развитие хронической патологии. В связи с этим именно дети раннего и дошкольного возраста нуждаются в пристальном внимании, как педиатров, так и узких специалистов.

Часто болеющий ребенок – это не нозологическая форма. По мнению большинства отечественных педиатров, в группу часто болеющих принято относить детей, подверженных частым респираторным заболеваниям, вследствие проходящих нарушений в защитных системах организма (Н.А. Корovina; В.К. Таточенко; Г.А. Самсыгина; и др.).

Следует выделять комплекс факторов, влияющих на повышенную частоту ОРЗ у детей: анатомо-физиологические особенности респираторного тракта у детей (узкие просветы дыхательных путей, недостаточное развитие эластической ткани и др.), запаздывание созревания иммунной системы, социальные условия жизни (питание, бытовые условия) и др.

К факторам риска повторных респираторных заболеваний у детей также можно отнести: неблагоприятные жилищные условия, низкий уровень образования и санитарной культуры в семье, вредные привычки родителей, плохие взаимоотношения между супругами и частые стрессовые ситуации в семье. Особо следует отметить «пассивное курение», приводящее к снижению местного иммунитета слизистых респираторного тракта и повышению аллергизации организма.

Одним из важных факторов, влияющих на частоту простудных заболеваний, является проживание в экологически неблагоприятных районах. Повышение содержания различных ксенобиотиков в воздухе, воде, продуктах питания сопровождается накоплением их в организме, что приводит к изменениям клеточного метаболизма, нарушениям гомеостаза и иммунной защиты. Риск развития ОРЗ у детей значительно возрастает вследствие ятрогенного воздействия на организм при нерациональном использовании различных лекарственных средств – длительное и необоснованное применение антибиотиков, сульфаниламидов, салицилатов и др.

Резюмируя многочисленные научные исследования можно констатировать, что патогенетической основой частых и длительных респираторных заболеваний является изменение иммунологической реактивности организма ребенка. Изменения при этом неспецифичны, разнонаправлены и могут затрагивать все звенья иммунитета. Однако в основе снижения противомикробной резистентности детей лежат транзиторные, функциональные изменения не только иммунной системы, но и всего гомеостаза, что необходимо учитывать при составлении реабилитационных программ (В.К. Таточенко, Н.А. Коровина, 2002).

Проведенные нами комплексные исследования (более 300 детей) свидетельствуют о возможности использования целого ряда доступных в практической педиатрии и вы-

соко информативных методов объективной индивидуальной оценки адаптационных возможностей у детей различного возраста.

Все обследованные дети имели осложненное течение внутриутробного развития (хроническая и/или острая гипоксия), различную патологию на первом году жизни (рахит, анемия, дисбиоз и др.), частые простудные заболевания, что было общим и неспецифичным набором факторов неблагоприятного преморбидного фона у данной категории детей. На основании результатов кардиоинтервалографии у подавляющего числа часто болеющих детей обнаружено нарушение вегетативной регуляции, что выражалось в виде изменения исходного вегетативного тонуса в сочетании с нарушением вегетативной реактивности. Наиболее неблагоприятными считались исходная ваготония в сочетании с гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью и исходная гиперсимпатикотония в сочетании с асимпатикотонической вегетативной реактивностью.

Использование метода Л.Х. Гаркави (расчет по относительному содержанию лимфоцитов) позволил выделить среди всех обследованных часто болеющих детей 5 групп с различным уровнем адаптации: реакция тренировки, спокойной активации, повышенной активации, стресса и переактивации (Е.А. Кантимирова, 2005).

Данные группы детей различались между собой как по целому ряду клинических проявлений (хронический тонзиллит, увеличение аденоидных вегетаций, гастродуоденит, кардиопатии и др.), так и по характеристикам вегетативной реактивности организма. Так, например, для детей 1-й группы (реакция стресса) характерно наибольшее число случаев увеличения аденоидных вегетаций, хронического синусита и изменений со стороны ЦНС (задержка темпов речевого развития, астено-невротический синдром); для 2-й группы (реакция тренировки) – значительно реже диагностирован хронический тонзиллит; тогда как у детей

5-й группы (реакция переактивации) этот показатель был наибольшим и именно у них чаще диагностированы функциональные нарушения со стороны ЖКТ и сердечно-сосудистой системы.

При обследовании детей отмечена четкая взаимосвязь показателей вегетативной регуляции (по данным кардиоинтервалографии) и определенного типа неспецифической адаптационной реакции. С переходом от реакций стресса через реакции тренировки к реакциям спокойной активации наблюдается отчетливое усиление влияния симпатической нервной системы в регуляции сердечного ритма. На это указывает уменьшение абсолютного значения кардиоинтервалов, увеличение их однородности, снижение вариационного размаха и значительное возрастание уровня функционирования центрального контура регуляции ритма сердца. Подобная направленность вегетативных изменений сохраняется и у детей 4-й группы (реакция повышенной активации), однако динамика значений кардиоинтервалов и вариационного размаха, еще более выраженная у детей 5-й группы (реакция переактивации), свидетельствует о снижении функционирования центрального контура ритма сердца и происходящей перестройки в автономном контуре взаимосвязей симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

Определенная зависимость при этом обнаружена и с активностью митохондриальных ферментов (СДГ, ГФДГ и ЛДГ), разнонаправленные изменения которых наблюдались в подавляющем большинстве случаев и свидетельствовали о значительных метаболических и регуляторных сдвигах у часто болеющих детей (С.О. Ключников и соавт., 2005). Сходные изменения активности митохондриальных ферментов лимфоцитов у данной категории детей были обнаружены и в исследовании Е.И. Шабельниковой (2005).

Использование в качестве метаболиче-

ской коррекции таких лекарственных препаратов как Пантогам и L-карнитин (Элькар 20%) позволило существенно улучшить состояние здоровья и компенсаторные возможности детей, степень нормализации которых во многом зависела от исходного адаптационного уровня и глубины митохондриальной дисфункции. Дозы препаратов назначались в соответствии с утвержденными инструкциями с учетом возраста детей. Препараты применялись однократно: Элькар – до 10 часов утра, Пантогам – с 12 до 13 часов. Длительность терапии составила один месяц. Необходимо отметить, что в данной группе (28 детей) не применялись какие-либо иммуностропные препараты.

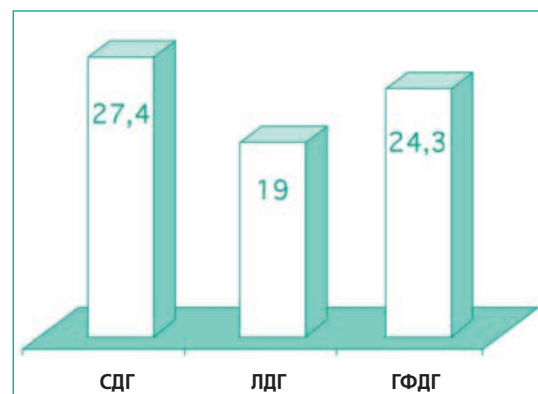
Рис. 1 Изменение вегетативной реактивности у часто болеющих детей (%) на фоне комплексной терапии (Пантогам + Элькар).



На фоне терапии в 100% наблюдений отмечена положительная динамика клинических проявлений (жалобы, эмоциональная лабильность, качество сна, аппетита, устойчивость к нагрузкам и др.) наряду с нормализацией показателей вегетативной реактивности (рис. 1). Индивидуальный анализ показал, что наиболее значительной реактивности характерна для детей с 1-й и 4-й группами крови, тогда как у детей с 3-й группой крови эти показатели были подвержены наименьшим изменениям. Значение фенотипических особенностей для развития и те-

чения заболеваний, эффективности медикаментозной терапии подтверждаются раннее проведенными исследованиями О.К. Ботвиньева (1985) и некоторых других исследователей. Однако полученные в наших исследованиях результаты (в связи с небольшим объемом наблюдений) могут рассматриваться как предварительные, хотя и могут иметь важное практическое значение.

Рис. 2. Динамика активности митохондриальных ферментов у часто болеющих детей на фоне комплексной терапии (%).



Динамика клинических признаков у наблюдавшихся часто болеющих детей тесно коррелировала с восстановлением ферментативной активности лимфоцитов (рис. 2).

Положительная динамика изменений активности митохондриальных ферментов была зарегистрирована во всех наблюдениях, хотя и варьировала в достаточно больших пределах от 8,7% до 62,3% (в среднем от 19,5% до 24,3%). Одной из ведущих при-

чин столь значительной варибельности показателей клеточного энергообмена являются существенные различия в исходной глубине нарушений и уровне адаптационно-приспособительных процессов у детей, только по частоте острых респираторных заболеваний искусственно объединяемых в одну группу «часто болеющих».

Тем не менее, можно констатировать, что примененная в работе комплексная терапия в виде Пантогама и Элькара может рассматриваться как «неспецифическая» для данной категории детей. Важной особенностью применявшихся препаратов явилось отсутствие каких-либо побочных эффектов даже у детей с отягощенным анамнезом и наличием признаков резидуального поражения центральной нервной системы. Особое значение приобретают и фармакоэкономические преимущества «метаболической» коррекции, что, однако, требует самостоятельного обсуждения.

Таким образом, данный подход (комплексное применение Пантогама и Элькара) позволяет существенно улучшить состояние здоровья часто болеющих детей, нормализуя механизмы вегетативной регуляции организма и стабилизируя клеточный энергообмен. При этом в каждом конкретном случае должны учитываться индивидуальные особенности организма ребенка, в том числе и наличие различных функциональных изменений, что необходимо для выбора адекватной программы лечения и реабилитации, включающей средства метаболической коррекции.

Список литературы

1. Ключников С.О., Болдырев В.Б., Кантимирова Е.А., Накостенко Т.Н. Часто болеющие дети. Лекции по педиатрии. Болезни органов дыхания. Том 5. Под ред. В.Ф. Демина, С.О. Ключникова, Г.А. Самсыгиной и О.В. Зайцевой. 2005, с. 250-269.
2. Зайцева О.В. Часто болеющие дети: некоторые аспекты профилактики и лечения. Педиатрия. Consilium Medicum. 2004, Прил. 3. С. 3-6.
3. Сухоруков В.С., Николаева Е.А. Нарушение клеточного энергообмена у детей. М., 2004, 79 с.
4. Леонтьева И.В., Сухоруков В.С., Ключников С.О. Митохондриальная дисфункция при кардиомиопатиях у детей. Лекции по педиатрии. Том 4. Кардиология. Под ред. В.Ф. Демина, С.О. Ключникова, Н.П. Котлуковой и М.Ю. Щербаковой. 2004, с. 398-413 с.
5. Кантимирова Е.А. Клиническая оценка адаптационных возможностей часто болеющих детей дошкольного возраста. Автореф. дис. ... к.м.н., М., 2005, 26 с.
6. Шабельникова Е.И. Морфо-функциональные характеристики митохондрий лимфоцитов у детей при различных формах недостаточности клеточного энергообмена. Автореф. дис. ... к.м.н., М., 2005, 26 с.

Элькар®

Раствор 20% для приема внутрь

Источник дополнительной энергии



Товар сертифицирован.
Рег. удостоверение РН№ЛС-000184

Уникальный корректор метаболических процессов и нарушений энергетического обмена

ООО "ПИК-ФАРМА"
Москва, Спасский туп., д. 2, стр. 1, тел./факс 105-57-00
www.elkar.ru, e-mail: pikfarma@pikfarma.ru

