

му времени в отношении процессов атерогенеза в детском возрасте, возможность обратного развития атеросклеротических изменений сосудов вселяет определенный оптимизм. Мы разделяем точку зрения Н. А. Белоконов, что педиатры не могут больше не заниматься проблемой атеросклероза, ибо только рано начатая профилактика способна влиять на процессы атерогенеза. Поэтому настало время периорнетировать профилактику атеросклероза и ИБС со взрослых на детей, когда она является наиболее перспективной.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГРАНУЛОЦИТОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ФЕБРИЛЬНОЙ НЕЙТРОПЕНИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ, У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ЛИМФОБЛАСТИЧЕСКОЙ ЛЕЙКЕМИЕЙ

Никитенко Л. К., Цигикал Р. Н., Сапожников А. П.
Областная детская клиническая больница г. Сумы

В последние несколько лет в связи с внедрением практику лечения больных с острой лимфобластной лейкемией (ОЛЛ) "жестких" немецких протоколов особенно остро стал вопрос обеспечения этих пациентов сопроводительной терапией.

Одним из самых грозных осложнений у больных, получающих протокольную терапию, является фебрильная нейтропения, индуцированная действием цитостатиков.

Абсолютно все цитостатики (винкристин, доксорубин, L-аспарагиназа, цитовар, циклофосфан, меркаптопурин, метотрексат), которые применяются для лечения ОЛЛ, обладают костномозговой токсичностью, что выражается в развитии тромбоцитопении, лейкопении, нейтропении, анемии.

До внедрения гранулоцитостимулирующего фактора смертность среди этого контингента достигала высо-

как шифр. Причиной смертей в большинстве случаев являлся сепсис, вызванный смешанной грам-отрицательной флорой.

Наиболее важным прогностическим критерием среди детей с ОЛЛ является количество нейтрофилов в периферической крови. У пациентов, имеющих 1000 гранулоцитов в 1 мкл при проведении цитостатической терапии в течении недели шанс возникновения инфекционных осложнений равнялся 50%, при прогрессировании нейтропении, риск возрастал до 100%.

Учитывая трудности в лечении таких больных нами сделана попытка применения гранулоцитостимулирующего фактора у больных ОЛЛ при возникновении фебрильной нейтропении.

Рекомбинантный человеческий гранулоцитостимулирующий фактор (Human-G-CSF) является гемопоетическим ростовым фактором, который стимулирует пролиферацию и дифференцировку нейтрофилов, как *in vitro*, так *in vivo*. Он также способствует функциональному созреванию клеток, повышая их фагоцитарную активность, стимулирует антителообразование и показан для снижения длительной нейтропении и в случаях нейтропенической лихорадки у пациентов с немеллоидными злокачественными опухолями, получающих цитостатическую химиотерапию.

С октября 1996 года в отделении нефрологии Сумской областной клинической больницы для нивелирования отрицательного действия цитостатиков на костномозговое кроветворение применялся рекомбинантный гранулоцитостимулирующий фактор (лейкомакс) для лечения 5 больных в возрасте от 3 до 14 лет (средний возраст - 8 лет), у которых диагностирована острая лимфобластная лейкемия, по FAB-классификации L₁ вариант.

На момент назначения лейкомакса больные получали лечение по первому протоколу VFM-ALL. Нейтропения развилась после 2-4-х кратного введения винкристина и рубомицина, L-аспарагиназы, цитозара, в

среднем на 28 день лечения.

Лейкомакс применялся ежедневно в дозе 2-5 мкг/кг массы тела в течении 5-7 дней. Длительность проводимой терапии была индивидуальна, в нашем случае полный курс лечения препаратом получили двое, остальные 2 - 4 раза.

Показатели лейкоцитов у детей во время введения препарата колебались от $0,3 \times 10^9$ /л до $0,9 \times 10^9$ /л, количество нейтрофилов колебалось от 20 до 33 в 1 мкл.

У все детей наблюдалась высокая лихорадка, которая сочеталась с гайморитом, бронхопневмонией и у 3-х с генерализованным менингитом. В бак. посевах мочи, мазках из носа и зева выделялись *St. aureus*, *St. pyogenes*, *E. coli*.

В крови больных патогенных микроорганизмов не выделено. Это связано, вероятнее всего с тем, что в моменту манифестации фебрильной нейтропении 4 ребенка получали в течении нескольких недель про- и антибактериальную терапию, включающую такие антибиотики, как фортум, тиенам, ципробай, антимикотические антибиотики (дифлюкан, амфотериин, фунгизон), бисептол, метрагил, полимиксин, антистафилококковый иммуноглобулин. Инфузионная терапия в объеме 3 литра на метр поверхности (5% глюкоза, физиологический раствор), позволяющую предотвратить токсикосептический шок.

У всех больных на 6-7-е сутки улучшилось самочувствие, нормализовалась температура, через 6-10 дней после введения лейкомакса наметился рост нейтрофилов, но стойко нормализовались гранулоциты через 14 дней, лишь у одного ребенка, которому препарат вводился при уровне гранулоцитов 600 в 1 мкл и где концентрация лейкоцитов в периферической крови, за счет нейтрофилов, отмечена на 3-й день лечения.

Из побочных действий препарата наблюдались остро-мышечные боли, которые снимались анальгени-

Ваше.

В настоящий момент все дети живы, продолжают лечение по протоколам ВФМ.

Таким образом, анамнестические, клинические и лабораторные данные свидетельствуют, что применение гранулоцитстимулирующего фактора для лечения фебрильной нейтропении при цитостатической терапии имеет положительный эффект, позволяет предотвратить инфекционные осложнения, сократить сроки назначения а/терапии, соблюсти временные интервалы, предусмотренные протоколами лечения ОЛЛ.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВАНИИ ИЗУЧЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Шкатула Ю.В.

Сумская областная детская клиническая больница.

Среди детей, находившихся на стационарном лечении в ортопедическом отделении Сумской областной детской клинической больницы, дети с переломами головки лучевой кости составили большую часть среди всех госпитализированных. В условиях ортопедо-травматологического отделения СОДКБ проведено изучение отдаленных результатов лечения переломов головки и шейки лучевой кости у 28 детей, лечившихся с 1994 по 1998 гг. Целью исследования был выбор оптимального метода лечения при различной степени смещения. Детей с повреждениями головки и шейки лучевой кости были разделены на три основные группы:

- Первую группу составляют дети с повреждениями без смещения или с незначительным смещением, не требующие репозиции. Такие больные наблюдались амбулаторно и не учитывались при нашем исследовании.

- Во вторую группу отнесены больные со значительным смещением отломков с различными видами смещения.