

УДК 613.25-053.2

**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

Б.С. Саматова

*Областная детская больница, г. Павлодар***Резюме***Оценка эффективности комбинированных схем лечения ожирения у детей и подростков.***Тұжырым****БАЛАЛАРДАҒЫ ГИПОТАЛАМИЯЛЫҚ СЕМІЗДІКТІ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ***Балалар мен жасөспірімдерде семіздікті аралас емдеу түрін қолдану әсерін бағалау.***Summary****EXPERIENCE OF TREATMENT OF THE HYPOTHALAMIC FORM OF OBESITY IN CHILDREN***To estimate the effectiveness of combined treatments of obesity in children and adolescents.*

Ожирение в настоящее время является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о стремительном росте числа больных ожирением во всех странах. Тучность становится главной проблемой современного общества, является фактором риска многих хронических заболеваний (сахарного диабета типа 2, сердечно-сосудистых заболеваний, дислипидемий). Особого внимания заслуживает увеличение числа детей и подростков с избыточной массой тела, что делает неблагоприятным прогноз ситуации с ожирением в ближайшем будущем.

Мероприятия, направленные на борьбу с избыточной массой тела, базируются на рациональной диете, дозированных физических нагрузках и медикаментозной терапии. На основании данных исследования проведенного на базе курса эндокринологии АГИУВ, у всех детей, независимо от диагностированной формы ожирения с одинаковой частотой встречаются симптомы поражения ЦНС, что свидетельствует о диффузном поражении головного мозга и указывает на вовлечение в патологический процесс различных отделов ЦНС. Особенно с большей частотой неврологическая патология встречается у больных с гипоталамической формой ожирения. Обнаруженные изменения ЦНС послужили основанием для назначения таким пациентам, наряду с традиционными способами лечения, направленного на улучшение нейрометаболических и нейрохимических процессов в головном мозге. Были предложены схемы лечения из которых, опытным путем отобраны, наиболее приемлемые комбинации препаратов.

**Цель исследования:** оценка эффективности комбинированных схем лечения ожирения у детей и подростков.

**Материалы и методы:** Под наблюдением находились 15 детей и подростков с выявленной гипоталамической формой ожирения. Возраст пациентов от 8 до 16 лет. У всех детей проводилось обследование (выяснялись жалобы, изучался анамнез жизни и болезни, биохимическое исследование крови - печеночные пробы, липидограмма, сахар крови с проведением СГТТ, также проводилось определение гормонального статуса (ТТГ, Т4св, кортизол, пролактин, ЛГ, ФСГ, тестостерон, ИРИ, С-пептид), УЗИ щ/ж, брюшной полости, консультация невропатолога с исследованием глазного дна, ЭЭГ, краниографии, спондилографии и по показаниям компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии головного мозга. При клиническом осмотре выявлены как правило, признаки эндогенного гиперкортицизма: отмечалось перераспределение подкожно-жирового слоя по центральному типу (по кушингоидно-

му типу, в виде «фартука» или «галифе»), гиперпигментация кожных складок, стрии широкие розовые (+ - ткань) на груди, бедрах, у девочек - гипертрихоз, нарушение менструального цикла, у мальчиков в 30% отставание в половом развитии - признаки гипогонадизма. ИМТ колебался от 30 до 42 кг/м<sup>2</sup>. Ожирение 2 степени отмечалось у 62% больных и у 38% ожирение 3 степени. При определении стандартного глюкозотолерантного теста, нарушение толерантности к глюкозе выявлено в 2 случаях (13%). Инсулинорезистентность оценивалась после проведения теста определения иммунореактивного инсулина натощак и через 1 час после завтрака: в 33% случаев выявлено значительное повышение ИРИ натощак и после нагрузки завтраком. Сахарный диабет не выявлен ни у одного больного.

При гормональном обследовании выявлен субклинический гипотиреоз у 2 больных на фоне аутоиммунного тиреоидита, гиперкортизолемиа у 4 и гипогонадизм в 2 случаях.

Артериальная гипертензия выявлена у 6 больных (40%), в основном это проявления ВСД по смешанному типу у подростков. После консультации невропатолога и проведения неврологического исследования, патология ЦНС выявлена в 100% случаях: 2 больных с резидуально-органическим поражением ЦНС (у 1 в сочетании с эписиндромом), 4 - с гипертензионно-гидроцефальным синдромом, 9 больных с различными формами вегето-сосудистой дистонии (ВСД) и вертебро-базиллярной недостаточности (ВБН). При проведении МРТ головного мозга в 2 случаях выявлены кисты головного мозга.

Обследование и лечение больных проводилось на базе соматического отделения Областной детской больницы и в условиях Областного Диагностического центра. Всем больным после обследования была назначена гипокалорийная диета (1200- 1800 ккал), дозированные физические нагрузки и медикаментозная терапия в виде: в/в капельного введения актовегина в дозе 2,0 -5,0 мл на физиологическом растворе №10, затем по 2,0 мл в/м №10, 6 больных с повышением АГ получали кавинтон 2,0 мл в/в капельно №3, препарат иАПФ- эналаприл в дозе 2,5-5 мг/сут. Все больные по показаниям получали лечение у невропатолога: цинаризин, кавинтон, пантокальцин, дегидратирующую терапию - диакарб, глицерин. 4 больным с инсулинорезистентностью был назначен сиофор в дозе 1000 мг/сут. Также назначено было по показаниям физиолечение: массаж воротниковой зоны, спины, э/форез с эуфилином на ш/о поз-ка. 10 детей и подростков были направлены на реабилитационное лечение в РДРЦ г. Астаны в эндокринологическое отделение, 6 из них получили

курс реабилитационной терапии повторно. Со всеми детьми проведены беседы по диетотерапии и психокоррекции. Наблюдение проводилось в течение года.

**Результаты и выводы:** В процессе наблюдения в течение года отмечался положительный эффект от лечения у всех пациентов. В первый месяц лечения ИМТ в разной степени снизился в 100%: масса тела снижалась от 0,5 кг до 7,4 кг/мес (в среднем на 2,6 кг). Но в дальнейшем отмечалось снижение эффективности лечения за счет ухудшения контроля, нарушения диеты.

На фоне снижения веса у большинства пациентов отмечается купирование неврологической симптоматики, улучшение настроения пациентов, повышение мотивации к лечению и соблюдению диеты.

Наилучшие показатели были у подростков, которые кроме стационарного лечения получали курс реабилитации в РДРЦ г. Астаны. У них отмечалось значительное похудание. У одного подростка с выраженным ожирением 3 степени зафиксирована нормализация ИМТ. Но при этом у него сохраняется повышение АД, он продолжает получать лечение по поводу ВСД.

Таким образом: комбинированная терапия у больных с гипоталамической формой ожирения является достаточно эффективной, снижение веса в первый месяц лечения произошло в 100% случаев.

В дальнейшем при соблюдении должной диеты, проведение комплексной терапии, направленной на оптимальную коррекцию метаболических нарушений, снижение массы тела, артериального давления, будет улучшать качество жизни пациентов, и приводить к профилактике многих хронических заболеваний.

#### Литература:

1. М.Е. Зельцер Р.К. Тлеуова Ожирение «Вестник эндокринологии» 2009г №1 стр. 45-48
2. Базарбекова Р.Б. Новые подходы к диагностике и лечению ожирения у детей. «Актуальные вопросы эндокринологии» 2002г стр. 17-21
3. Клиорин А.И. Ожирение в детском возрасте Л. Медицина 1978г с.175

УДК 616.831-009.11-053.2-08

## КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Ф.С. Каримова, Д.Р. Бараисова, Ж.Х. Байтанатова, А.К. Мукашева, О.К. Жукова, А.К. Тасполатова

*КГКП «Детская областная клиническая больница», «Реабилитационный центр»,  
КГКП «Поликлиника №4» г. Павлодара*

#### Резюме

*Комплексный подход к терапии и реабилитации больных ДЦП, использование новых эффективных фармакологических средств разнонаправленного действия позволяют не только компенсировать имеющийся у них неврологический дефицит, но и улучшить качество их жизни и добиться адекватного уровня их социализации.*

#### Тұжырым

#### **БАЛА МИ САЛЫНЫҢ ЕМДЕУІНЕ КЕШЕНДІ ЖОЛДАР**

*Терапияға және түрлі мақсаттағы әсердің ауру ДЦПтар, қолдану жаңа тиімді фармакологиялық құралдарының Ақтауының кешенді жолы неврологиялық дефициттің бар оларында орнын толтыруғана емес, олардың өмірі сапаландырсын және олардың социализациясының бірдей деңгейіне қол жеткізу де мүмкіндік береді.*

#### Summary

#### **INTEGRATED APPROACH TO THE TREATMENT OF CEREBRAL PALSY**

*A comprehensive approach to treatment and rehabilitation of patients with cerebral palsy, the use of effective new drugs to multi-directional action can not only compensate for their existing neurological deficit, but also to improve their quality of life and to achieve an adequate level of socialization.*

Детские церебральные параличи (ДЦП) — это группа прогрессирующих нарушений статических и двигательных функций, психического и речевого развития (нейромоторных дисфункций), возникающих вследствие поражения центральной нервной системы (ЦНС) на ранних этапах онтогенеза.

В этиопатогенезе ДЦП задействованы многочисленные пре-, интра- и постнатальные факторы. Так, поражение ЦНС, приводящее к ДЦП, может происходить вследствие: аноксии/асфиксии/гипоксии плода; недоношенной беременности; задержки внутриутробного развития; внутриутробного инфицирования; гемолитической болезни новорожденных (ГБН); тромбофилии у матери; аномалий развития ЦНС; других факторов.

Считается, что хромосомные дефекты также обладают определенной значимостью в развитии ДЦП. По классификации, предложенной К. А. Семеновым и соавторами (1973), выделяют шесть основных форм ДЦП: спастическая диплегия; двойная гемиплегия; гемипле-

гия; гиперкинетическая форма; атонически-астатическая форма; смешанная форма.

В соответствии с МКБ - 10 предлагается рассматривать следующие семь видов ДЦП: спастический церебральный паралич (двойная гемиплегия, тетраплегия); спастическая диплегия (синдром/болезнь Литтля); детская гемиплегия (гемиплегическая форма); дискинетический церебральный паралич (дистонический, гиперкинетический); атаксический церебральный паралич (атонически-астатическая форма); другой вид ДЦП (смешанные формы); ДЦП неуточненный. Симптомы и клинические признаки ДЦП значительно различаются в зависимости от имеющейся у детей формы болезни. Рассмотрим основные клинические проявления болезни в соответствии с выделением форм ДЦП, принятым в нашей стране: Спастическая диплегия (болезнь Литтля): тетрапарез с преимущественным поражением нижних конечностей. Двойная гемиплегия: тетрапарез с преимущественным поражением верхних конечностей.