

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ**

**Боровик Т.Э., Ладодо К.С., Конь И.Я., Семенова Н.Н., Степанова Т.Н.,  
Кутафина Е.К., Рубцова В.Н.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва;  
НИИ питания РАМН, Москва*

Санаторно-курортное лечение является важным этапом системы реабилитации детей с хроническими соматическими заболеваниями, часто болеющих, перенесших тяжелые травмы, хирургические вмешательства и пр. Ежегодно в Российской Федерации в санаториях соматической направленности проходит реабилитационное лечение более 50 000 детей. В условиях детского санатория одним из ведущих лечебных факторов в комплексе восстановительной терапии является диетическое питание, которое естественным путем позволяет целенаправленно воздействовать на существующие нарушения метаболизма, ускорять репаративные процессы в тканях, улучшать функции различных органов и систем.

С целью совершенствования питания детей в санаторных условиях нами разработаны стандартные диеты (основной вариант — диета № 15 (в соответствии с номенклатурой диет, используемых в детских стационарах) и вариант с химическим щажением — диета № 5), дифференцированные по 4 возрастным группам с учетом патологии и потребности детей в основных пищевых веществах и энергии. Составлены картотека блюд и сводное 7-дневное меню стандартных диет, даны рекомендации по разработке на их основе различных вариантов лечебных диет для детей с отклонениями в состоянии здоровья (механически щадящая, высоко- и низкобелковая, низкокалорийная, гипоаллергенная, безглютеновая), доказана целесообразность включения в указанные рационы лечебных продуктов со специально заданным составом.

Оптимизация питания за счет внедрения указанных диет на санаторно-курортном этапе реабилитации детей с различными видами хронической патологии позволит обеспечить их всеми необходимыми пищевыми веществами, эссенциальными факторами питания и будет способствовать эффективной коррекции имеющихся нарушений обмена веществ и восстановлению здоровья ребенка, его гармоничному развитию, профилактике возможных обострений хронических болезней, нормализации нутритивного статуса, повышению сопротивляемости организма различным повреждающим факторам внешней среды.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРАЛИЧАМИ И ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ СТОП**

**Босых В.Г., Сологубов Е.Г.**

*Российский государственный медицинский университет;  
Детская психоневрологическая больница № 18, Москва*

**Целью** работы явилось изучение возможности использования апоневротического удлинения икроножной мышцы у больных детским церебральным параличом (ДЦП) в дошкольном возрасте при выраженных эквинусных деформациях стоп.

**Материал и методы.** Изучение степени эквинусной деформации проведено у 63 детей в возрасте 3–7 лет, со спастической диплегией (40 больных) и с гемипаретической формой ДЦП. При клиническом исследовании у 12 больных выявлены пограничные значения трицепс-теста (90–95° при согнутой в коленном суставе голени), что соответствовало о вовлечении в формирование деформации и камбаловидной мышцы. Исследование под наркозом, (т.н. «листененовой пробы») показало уменьшение у 10 детей этого теста до 80–85°, что послужило основанием для выполнения не предполагаемой до операции ахиллопластики, а апоневротического удлинения икроножной мышцы. Во время операции у этих детей была выявлена углощенная межмышечная фасциальная перегородка, которая являлась морфологическим субстратом «заин-

тересованности» камбаловидной мышцы. Рассечение перегородки и апоневроза икроножной мышцы позволило устранить эквинусную деформацию стоп, сохранить силовой баланс и предупредить ятрогенную слабость всей трехглавой мышцы голени. У двух детей при исследовании трицепс-теста под наркозом его значения не менялись, а попытки устранения эквинусной деформации апоневротическим удлинением икроножной мышцы были неэффективны; деформации устранены ахиллопластикой по Ноке.

**Выводы.** Клинические значения трицепс-теста в 90–95° у больных со спастической диплегией и гемипаретической формой ДЦП являются пограничными и требуют повторного исследования под наркозом на операционном столе, либо при проведении «листеиновой пробы». Для устранения эквинусной деформации стоп при значениях трицепс-теста в 80–85° показана не ахиллопластика, а апоневротическое удлинение икроножной мышцы, что предупреждает формирование вторичной слабости всей трехглавой мышцы голени.

## **ЦИТОКИНЫ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ**

**Ботвиньева В.В., Филянская Е.Г., Карапетян Э.Э.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва НИИ НДХИТ, Москва*

Современные представления о комплексном лечении аппендикулярного перитонита (АП) основываются на принципах этиопатогенетического лечения, включая восстановление нарушений в иммунной системе ребенка. Было обследовано 64 ребенка (37 — мальчиков, 27 — девочек) в возрасте от 5 до 16 лет с деструктивными формами аппендицита, осложненными перитонитом: пациенты поступили по скорой помощи в тяжелом состоянии. У детей исследовали содержание цитокинов в сыворотке крови ИФА методом: интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- $\alpha$ ) и хемокинов (ИЛ-8) в динамике — до начала предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде на 1, 3, 5, 7 и 14-е сутки и в зависимости от тяжести (распространенности) процесса. При поступлении уровень ИЛ-8 был резко повышен, и повышался после операции. Высокое его содержание наблюдалось на 3, 5-е сутки, а начиная с 7 суток, он снижался, но был достоверно выше нормы. Значительная разница отмечена при анализе показателя в зависимости от тяжести АП. У детей с разлитым перитонитом подъема ИЛ-8, ИЛ-6 не было на протяжении всего периода наблюдения. Средний уровень ФНО- $\alpha$  у детей с АП был повышен до операции, постепенно нарастал в первые 3 дня, оставаясь повышенными до 5 дня; начиная с 7 суток уровень ФНО- $\alpha$  снижался до нормы и оставался нормальным к 14 суткам. Средний уровень ИЛ-6 до операции повышался незначительно, снижался ниже нормы с 3 по 7-е сутки и нормализовался к 14 дню. Таким образом, мониторинг цитокинов у детей с аппендикулярным перитонитом показал, что положительная динамика течения аппендикулярного перитонита сопровождается нормализацией (или тенденцией к нормализации) исходно повышенных уровней провоспалительных цитокинов. Следовательно, изучение состояния цитокинов (ИЛ-8, ИЛ-6, ФНО- $\alpha$ ) в динамике позволяет определять характер течения воспалительного процесса в целом. Низкий уровень цитокинов крови и снижение их ниже оптимального уровня, по-видимому, являются показателем недостаточности иммунного ответа, и указывает на возможность тяжелого, затяжного течения воспалительного процесса.

## **ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

**Ботвиньева В.В., Филянская Е.Г., Джгаркава И.З.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

Иммунологические механизмы лежат в основе развития хронического аллергического воспаления при бронхиальной астме (БА). Под нашим наблюдением находилось 90 детей от 5 до 17 лет с atopической

бронхиальной астмой средней и тяжелой степени тяжести, получавших противовоспалительную базисную терапию (ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) и 2-агонисты короткого действия или комбинированные препараты, в состав которых входили ингаляционный глюкокортикостероид и 2-агонист длительного действия). У всех детей в сыворотке крови перед началом лечения и через 12 нед после исследовали иммуноглобулины (Ig) G, A, M, E, уровень интерлейкина (ИЛ)-4, ИЛ-5, ИЛ-6, ИЛ-10, ИЛ-12, ИЛ-13, интерферон-гамма (ИНФ- $\gamma$ ). Положительные клинические результаты лечения наблюдались у всех детей. Лучший эффект отмечался у детей, получавших комбинированные препараты по сравнению с пациентами, получавшими ИГКС. У детей с БА отмечалось повышение уровней IgG, IgM, IgE, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-13. У больных с тяжелым течением БА уровень ИЛ-4 был достоверно выше, чем у детей со средней степенью тяжести. Уровень IgA, ИЛ-10, ИЛ-12 и ИНФ- $\gamma$  был достоверно ниже, чем в норме. Изменения уровня ИЛ-6 выявлено не было.

На фоне лечения детей с БА достоверных изменений уровня иммуноглобулинов G, A, M не было, имелась лишь тенденция к снижению IgG и повышению IgA. Уровень IgE, ИЛ-4, ИЛ-13, снизился, но оставался достоверно выше нормы, а среднее значение ИНФ- $\gamma$ , ИЛ-10 достоверно повысилось. У всех детей отмечалась тенденция к снижению уровня ИЛ-5. Достоверное уменьшение уровня IgE, ИЛ-4, ИЛ-13 у большинства пациентов свидетельствует об иммунологической эффективности базисной противовоспалительной терапии, а также о снижении интенсивности аллергического воспаления.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

**Ботвиньева В.В., Гуссоева И.Г., Филянская Е.Г.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва;*

*Северо-Осетинская Государственная медицинская академия, Владикавказ*

Рациональная терапия острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей является актуальной проблемой педиатрии. Все шире внедряются в практику альтернативные методы лечения ОКИ с использованием в качестве этиотропных средств биопрепаратов, энтеросорбентов, иммуномодуляторов. Под нашим наблюдением находилось 66 больных легкими (33,3%) и среднетяжелыми (66,7%) формами ОКИ в возрасте от 1 года до 14 лет. Преобладали дети раннего и дошкольного возраста (81,8%). Больные поступали в первые 2–3 дня от начала заболевания. Этиологический диагноз расшифрован в 48,5% случаев (шигеллез, сальмонеллез, эшерихиоз, протез, клебсиеллез, ротавирусная инфекция). Все больные получали базисную терапию (диета, оральная регидратация, ферменты, симптоматические средства). 30 детей (основная группа) в качестве единственного средства этиотропной терапии получали пробиотик пробифор. Группе сравнения (36 больным) назначалась традиционная антибактериальная терапия. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, топике поражения ЖКТ, типу диареи, тяжести заболевания, этиологии. У детей исследовали уровень сывороточных иммуноглобулинов (Ig) A, M, G и E, цитокинов — фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- $\alpha$ ) и интерлейкина-8 (ИЛ-8) в первый день поступления в стационар и перед выпиской. Анализ динамики клинических показателей выявил более быстрое исчезновение основных симптомов ОКИ у детей основной группы, что сопровождалось позитивными изменениями в иммунологическом статусе. Среднее значение уровня IgA, исходно низкое в обеих группах, у больных основной группы увеличилось вдвое. Достоверно возросло также содержание IgM и IgG. Средние значения уровней IgE, ИЛ-8 и ФНО- $\alpha$  были выше показателей здоровых детей. На фоне терапии пробифором к периоду ранней реконвалесценции уровни общего IgE и исследуемых цитокинов нормализовались. В группе сравнения после антибактериальной терапии содержание IgA оставалось на том же уровне, содержание IgM и IgG имело тенденцию к повышению, но разница оказалась недостоверной; уровень общего IgE оставался повышенным; содержание ФНО- $\alpha$  существенно не изменилось, уровень ИЛ-8 снижался. Таким образом, показана клинико-иммунологическая эффективность пробиотика нового поколения пробифор у детей с ОКИ.

## **КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ «СПОРОБАКТЕРИНА» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Ботвиньева В.В., Карапетян Э.Э., Филянская Е.Г., Джгаркава И.З.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва;  
НИИ НДХиТ, Москва*

Под наблюдением находилось 64 ребенка с аппендикулярным перитонитом. Дети поступали в стационар в тяжелом состоянии, и после предоперационной подготовки были оперированы в экстренном порядке. Произведена лапароскопическая аппендэктомия с последующим дренированием брюшной полости. С целью изучения влияния препарата «Споробактерин» на течение и исход АП, на 5-е сутки после оперативного вмешательства слепым методом 32 ребенка получали пробиотик (споробактерин) в течение 7–10 дней, в качестве плацебо 32 ребенка получали физиологический раствор. В остальном больные получали однотипную комплексную терапию.

Исследовали содержание провоспалительных цитокинов: интерлейкина-6 (ИЛ-6), ИЛ-8, фактор некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) уровень иммуноглобулина Е (IgE) методом ELISA до операции и на 1-е, 3-е, 5-е, 7-е и 14-е сутки после операции.

При поступлении у всех детей отмечалось выраженное повышение IgE, ИЛ-8 и ФНО- $\alpha$  по сравнению с нормой. На фоне комплексного лечения с применением «Споробактерина» отмечалось более раннее клиническое улучшение больных (снижение температуры, нормализация стула) и выраженное снижение провоспалительных цитокинов: ИЛ-8 и ФНО- $\alpha$ . Со стороны ИЛ-6 изменения были менее выражены. У детей, получавших «Споробактерин», на 2–3 дня уменьшилось время пребывания больных в стационаре. После операции уровень IgE достоверно повышался и снижался на фоне применения споробактерина, раньше и в большей степени, чем у детей с аппендикулярным перитонитом, не получавших этот препарат.

Следовательно, споробактерин является препаратом выбора у детей с аппендикулярным перитонитом, так как он обладает иммуномодулирующим, противоаллергическим действием и нормализует работу ЖКТ (по-видимому, за счет коррекции дисбактериоза).

## **VITROS ECI ДИАГНОСТИКА У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ — НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ**

**Ботвиньева В.В., Сулаберидзе И.Э.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

Vitros Eci — полностью автоматизированный иммунологический анализатор — прибор третьего поколения (1 — радио-изотопные методы, 2 — иммуноферментные, 3 — Vitros Eci диагностика). Принцип метода — технология усиленной хемилюминисценции — абсолютно безопасен для оператора и персонала. Отличительной особенностью Vitros — диагностики является возможность получения результатов каждые 40 секунд.

С помощью иммунодиагностической системы Vitros Eci на молекулярном уровне возможно определять тиреоидный статус, репродуктивные гормоны, маркеры анемии, онкомаркеры (CA125 и ПСА), гормоны надпочечников и маркеры остеопороза (N — телопептид в моче).

У здоровых детей школьного возраста уровень ТТГ колебался от 0,8 до 8,1 пмоль/л; свободный Т3 — от 4,1 до 8,7 пмоль/л; свободный Т4 — от 9 до 20 пмоль/л. Антитела к ТПО (тиреоглобулину) колебались от 0 до 0,5 Ед/мл, то есть были отрицательные.

Показатель кортизола колебался от 67 до 452 нмоль/л.

Онкомаркер СА125 был отрицательным у всех девочек, а онкомаркер ПСА был отрицательным у всех мальчиков.

Половые гормоны нарастали у всех детей в зависимости от возраста. У девочек эстрадиол повышался в более раннем возрасте, чем у мальчиков тестостерон.

При анализе содержания NTx (N — телопетида) у здоровых детей в моче 6–7 лет оказалось, что у 7-летних чаще встречается высокие уровни NTx 700–900, чем у детей 6-летнего возраста и контрольной группы взрослых иностранцев. Кроме того, обращает на себя внимание, что минимальные значения у наших детей были в 5–6 раз выше, чем у взрослых.

Таким образом, полученные при диспансеризации здоровых детей данные являются нормативами для детей разного возраста русской популяции и могут быть использованы в других детских учреждениях.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ФЕНОТИПИРОВАНИЯ МОЛЕКУЛ HLA I КЛАССА У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Бочанцев С.В., Соболюк Н.В., Соколова Т.Ф.**

*Омская государственная медицинская академия*

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) является деструктивно-воспалительным заболеванием суставов, которое характеризуется хроническим, прогрессирующим течением и приводит к инвалидизации детей. В настоящее время важной проблемой детской артрологии остается ранняя диагностика ЮРА. Клинические и лабораторно-инструментальные данные не всегда позволяют провести дифференциальную диагностику артритов, особенно в дебюте заболевания.

Целью нашей работы было фенотипирование молекул HLA I класса у детей с ЮРА для ранней диагностики заболевания.

Для этого были обследованы 8 детей с диагнозом ЮРА. Фенотипирование проводилось с помощью микролимфоцитотоксического теста на гистотипирующей панели, содержащей сыворотки к 17 антигенам HLA-A и 40 антигенам HLA-B I класса. Группой сравнения являлись 18 здоровых доноров крови. Показатель относительного риска развития заболевания вычислялся по формуле, предложенной Ю.М. Зарецкой (2002).

Выявлено, что у детей с ЮРА наиболее часто определялись антигены A1 (у 5), A28 (у 4), B27 (у 7) и B35 (у 5), что в основном согласуется с данными литературы, гаплотипы HLA-A1,B27 (у 5), HLA-A1,B35 (у 3). Риск развития ЮРА при наличии антигенов HLA-A1 составил 14, HLA-A28 — 19, HLA-B27 — 47, HLA-B35 — 8; гаплотипа HLA-A1,B27 — 15, HLA-A1,B35 — 5.

Таким образом, наличие антигенов A1, A28, B27, B35 и гаплотипов A1,B27; A1,B35 указывает на высокий риск развития ЮРА у детей, что может быть использовано для дифференциальной диагностики артритов на ранней стадии заболевания.

## **СОСТАВ ПУЛА СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Боякова Е.В., Шутьева А.Б., Абдуллаев Р.Т., Плясунова С.А.,  
Сабилова С.Э., Подколзина Э.А., Карпова Е.Э., Майорова О.А.,  
Румянцев С.А.**

*Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии  
и иммунологии Росздрава, Москва;  
«Банк стволовых клеток» Департамента здравоохранения Москвы*

В последние годы пуповинная кровь все чаще становится материалом для трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) как у детей, так и у взрослых. Эффективность трансплантации ГСК пуповинной крови не отличается от эффективности трансплантации стволовых клеток костного мозга и периферической крови и зависит от количества и состава стволовых клеток.

**Целью** настоящего исследования стала оценка состава пула стволовых клеток пуповинной крови и влияния на количество стволовых клеток процесса концентрации пуповинной крови для ее дальнейшей криоконсервации.

Материалом исследования служила пуповинная кровь 47 доношенных новорожденных при сроке гестации 38–42 нед. Пуповинную кровь получали путем пункции сосудов не позднее 5 мин после пересечения пуповины. Состав пула стволовых клеток определяли при помощи проточной цитофлуориметрии до и после проведения процедуры концентрации пуповинной крови.

Показано, что количество CD34<sup>+</sup>-клеток в пуповинной крови составило  $1,3 \pm 0,21\%$  от общего числа ядросодержащих клеток. Количество наиболее ранних клеток-предшественников — CD34<sup>+</sup>CD133<sup>+</sup>-клеток составило  $0,46 \pm 0,05\%$ . Количество мезенхимальных стволовых клеток — CD133<sup>+</sup>CD106<sup>+</sup>-клеток составило  $0,48 \pm 0,07\%$ , а эндотелиальных клеток-предшественников — CD133<sup>+</sup>CD31<sup>+</sup>-клеток —  $0,88 \pm 0,11\%$  от общего числа ядросодержащих клеток. Количество субпопуляций стволовых клеток после процедуры концентрации было следующим: CD34<sup>+</sup>-клетки —  $1,23 \pm 0,27\%$ , CD34<sup>+</sup>CD133<sup>+</sup>-клетки —  $0,44 \pm 0,05\%$ , CD133<sup>+</sup>CD106<sup>+</sup>-клетки —  $0,46 \pm 0,06\%$ , CD133<sup>+</sup>CD31<sup>+</sup>-клетки —  $0,80 \pm 0,08\%$  от общего числа ядросодержащих клеток.

Таким образом, полученные данные позволили охарактеризовать состав пула стволовых клеток пуповинной крови и продемонстрировали отсутствие влияния процедуры концентрации пуповинной крови на количество и состав стволовых клеток.

## **ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФОЦИТОВ ПУПОВИННОЙ КРОВИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Боякова Е.В., Шутьева А.Б., Абдуллаев Р.Т., Плясунова С.А.,  
Сабилова С.Э., Подколзина Э.А., Карпова Е.Э., Майорова О.А.,  
Румянцев С.А.**

*Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии  
и иммунологии Росздрава, Москва;  
«Банк стволовых клеток» Департамента здравоохранения Москвы*

В последние годы возрастает количество трансплантаций стволовых гемопоэтических клеток (ГСК) пуповинной крови. Основным осложнением трансплантации ГСК является реакция «трансплантат против хозяина» (РТПХ), развитие которой связывают с попаданием реципиенту лимфоцитов донора. Целью настоящего исследования стало изучение иммунологических характеристик лимфоцитов пуповинной крови и влияние на состав лимфоцитов процедуры концентрации пуповинной крови. Материалом исследования

служила пуповинная кровь 27 доношенных новорожденных при сроке гестации 38–42 нед. Пуповинную кровь получали путем пункции сосудов не позднее 5 мин после пересечения пуповины. Количество субпопуляций лимфоцитов определяли при помощи проточной цитофлюориметрии до и после проведения процедуры концентрации пуповинной крови. Показано, что количество CD3<sup>+</sup>-лимфоцитов не отличалось до и после процедуры концентрации и составило 17,9±1,44% и 19,2±1,4% от всех ядродержащих клеток соответственно. Количество и соотношение CD3<sup>+</sup>CD4<sup>+</sup>-клеток и CD3<sup>+</sup>CD8<sup>+</sup>-клеток в процессе концентрации также не изменилось и составило: до концентрации — CD3<sup>+</sup>CD4<sup>+</sup>-клетки — 12,62±1,12%, CD3<sup>+</sup>CD8<sup>+</sup>-клетки — 5,62±0,53%; после концентрации: CD3<sup>+</sup>CD4<sup>+</sup>-клетки — 13,23±1,12%, CD3<sup>+</sup>CD8<sup>+</sup>-клетки — 5,52±0,48% от всех ядродержащих клеток. Доля натуральных киллеров (NK) CD16<sup>+</sup>CD56<sup>+</sup>-клеток среди ядродержащих клеток пуповинной крови составила 5,97±0,67% и статистически значимо увеличилась после процедуры концентрации — 8,54±0,91% (p = 0,027). Таким образом, полученные данные позволили охарактеризовать состав лимфоцитов пуповинной крови и продемонстрировали отсутствие влияния процедуры концентрации пуповинной крови на количество и состав CD3<sup>+</sup>-лимфоцитов в сочетании со статистически значимым увеличением после концентрации доли NK-клеток.

## ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАЗА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Брызгалова О.В., Смирнов И.Е., Потапов А.С., Зябкина А.Г., Цимбалова Е.Г.

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

Обусловленное аутоиммунным процессом воспаление кишечной стенки при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) сопровождается дисрегуляцией системы гемостаза и нарушениями реологических свойств крови, что может приводить к формированию микротромбозов и тромбоваскулитам. Возникающая при этом коагулопатия непосредственно обуславливает выраженность воспалительных изменений, величину кровопотери при кишечном кровотечении и прогноз заболевания. Нами обследовано 38 больных ВЗК в возрасте от 6 мес до 17 лет, из них 12 детей — с болезнью Крона (БК), 26 — с неспецифическим язвенным колитом (НЯК). Диагноз был установлен на основании клинико-лабораторных, эндоскопических и морфологических методов исследования. Степень активности воспаления при НЯК и БК оценивалась с помощью клинического индекса активности по Rachmilewitz и педиатрического индекса активности болезни Крона (PIACD) соответственно. Оценка системы гемостаза проводилась у всех детей в динамике и включала определение следующих параметров: фибриноген, протромбиновый комплекс (ПК), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК). Проведенные исследования свертывающей системы крови показали, что у 75% детей с болезнью Крона и 62% больных НЯК отмечалось значимое повышение уровня РФМК, у 25% детей с БК и 7,7% детей с НЯК — повышение концентрации фибриногена. У детей с БК показатели активности воспалительного процесса тесно положительно коррелировали с содержанием в крови РФМК ( $r = 0,78$ ,  $p < 0,01$ ) и концентрацией фибриногена ( $r = 0,75$ ,  $p < 0,01$ ). Однако у больных НЯК значимых связей между показателями гемостаза и активностью течения НЯК не выявлено. На фоне терапии глюкокортикостероидами и препаратами 5-аминосалициловой кислоты (салофальк, пентаса) уровень РФМК снижался по сравнению с исходными данными и достигал нормы у 50% детей с БК и 75% больных НЯК. Таким образом, показатели РФМК и фибриногена можно использовать как дополнительные критерии оценки активности НЯК и БК и в соответствии с их динамикой проводить коррекцию нарушений гемостаза у детей с воспалительными заболеваниями кишечника

## ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Брызгалова О.В., Потапов А.С., Смирнов И.Е., Цимбалова Е.Г.,  
Зябкина А.Г.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Обусловленное аутоиммунным процессом воспаление кишечной стенки при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК) ведет к дисрегуляции системы гемостаза, нарушению реологических свойств крови, микротромбозам и микротромбоваскулитам. Возникающая при этом коагулопатия потребления обусловливает выраженность воспалительных изменений, величину кровопотери при кишечном кровотечении и прогноз заболевания.

**Пациенты и методы.** Нами обследовано 38 детей в возрасте от 6 мес до 17 лет, из них 12 детей с болезнью Крона (БК), 26 — с неспецифическим язвенным колитом (НЯК). Диагноз был установлен на основании клинико-лабораторных, эндоскопических и морфологических методов обследования. Степень активности воспаления при НЯК и БК оценивалась с помощью клинического индекса активности по Rachmilewitz и Педиатрического индекса активности болезни Крона (PIACD) соответственно. Оценка системы гемостаза проводилась у всех детей в динамике и включала определение следующих параметров: фибриноген, протромбиновый комплекс (ПК), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК).

**Результаты.** Исследования свертывающей системы крови показали, что у 75% детей с болезнью Крона и 62% детей с НЯК отмечалось значимое повышение уровня РФМК, у 25% детей с БК и 7,7% детей с НЯК — повышение концентрации фибриногена. На фоне терапии глюкокортикостероидами и препаратами 5-АСК уровень РФМК снижался по сравнению с исходными данными и достигал нормы у 50% детей с БК и 75% детей с НЯК. У детей с БК была установлена положительная корреляция степени активности воспалительного процесса с уровнем РФМК ( $r = 0,78$ ,  $p < 0,01$ ) и концентрацией фибриногена ( $r = 0,75$ ,  $p < 0,01$ ). Корреляционных связей между параметрами гемостаза и активностью НЯК выявлено не было.

**Заключение.** Таким образом, уровень РФМК и фибриногена можно использовать, как дополнительные критерии при оценке степени активности НЯК и БК. Противовоспалительная терапия ГКС и 5-АСК улучшает параметры свертывающей системы крови у детей с ВЗК.

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ АДЕНОТОМИИ

Брылев В.В.

Окружная детская больница, Нижневартовск;  
Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа — Югры

Воспалительные изменения слизистой оболочки полости носа и носоглотки сопровождаются нарушением ее функции: транспортной, всасывательной и защитной. Эти нарушения лежат в основе клинической картины длительного воспалительного процесса при аденоидной болезни той или иной степени. Это интоксикация, обструкция полости носа, головные боли, ринорея. Аденоидная болезнь у детей 3—5 лет чаще всего сопровождается этмоидитом или гайморозтмоидитом до 80% случаев. Приводим анализ результатов использования биопарокса и физиомера в послеоперационном периоде при аденотомии.

Взята основная группа — 30 больных детей. У всех сопутствующим заболеванием был гайморозтмоидит, явления фарингита выраженные в той или иной степени и двусторонний тубоотит, диагностированный у 8 детей. Всем детям после аденотомии через 3—4 ч брызгали биопарокс в нос и в горло по 2 дозы 4 раза в день, с 3-го дня подключали орошение полости носа спреем физиомера по 2 дозы в каждую поло-

вину носа 4–6 раз в день.

В контрольную группу вошли 30 детей с такой же сопутствующей патологией. В этой группе детей после аденотомии лечение не проводилось. После аденотомии в основной и контрольной группе отмечена положительная динамика. В основной группе носовое дыхание восстанавливалось, прекращались выделения из носа на 4–7-й день. У 4 больных восстановилась слуховая функция на 7–8-й день после аденотомии без специального лечения. В контрольной группе воспалительные явления в носу сохранялись значительно дольше. На 7-й день после аденотомии только у 30% детей полностью восстановилось носовое дыхание. У 70% (20 детей) имелись те или иные симптомы воспалительного процесса в полости носа и придаточных пазухах носа. Из 6 детей с тубоотитом на 7-й день после операции слух улучшился у 2, но и им пришлось проводить специализированное лечение.

Приведенные результаты позволяют сделать вывод, что целесообразно проводить комплексное лечение биопароксом и физиомером в послеоперационном периоде для более быстрого восстановления функций слизистой полости носа.

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАСТОИДИТА У ДЕТЕЙ

**Брылев В.В.**

*Окружная детская больница, Нижневартовск;  
Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа — Югры*

Мастоидит (М) — полиэтиологическое заболевание, характеризуется распространением воспалительного процесса на слизистую оболочку антрума, подслизистый слой, надкостницу и костные структуры сосцевидного отростка, протекает по типу остеомиелита и является осложнением острого гнойного среднего отита (ОГСО). После внедрения в клиническую практику антибактериальной терапии это осложнение стало встречаться реже, но значимость его по-прежнему остается высокой.

В ЛОР-отделении Окружной детской больницы за последние 10 лет больные с мастоидитом составили до 9% по отношению ко всем больным с ОГСО. Высокий процент больных мастоидитом объясняется поступлением детей из районов, где отсутствует детский ЛОР-врач, либо из городских поликлиник, в основном, это пациенты, поздно обратившиеся к врачу с осложненными формами острого гнойного среднего отита.

Большинство отохирургов придерживаются точки зрения, что основным способом лечения мастоидита является хирургическое лечение — антростомастотомия. Мы в своей практике используем комплексное консервативно-хирургическое лечение, которое включает в себя: консервативное лечение в сочетании с парацентезом и промыванием полости среднего уха антисептическими растворами с адреналином, адrenaлизацией носового устья слуховой трубы до 8 раз в сутки, обкалыванием сосцевидного отростка раствором линкомицина, тимпанопункцией или антропункцией. Комплексное консервативное лечение состоит из эмпирической антибактериальной терапии с учетом характера микрофлоры среднего уха, трансфузионной детоксической, гипосенсибилизирующей терапии, иммунотерапии.

За 10 лет в ЛОР-отделении пролечено 86 детей с мастоидитом и его осложнениями. Оперативное лечение проведено в первые сутки 12 больным. Остальные дети получали комплексное консервативно-хирургическое лечение. Рецидивов мастоидитов при комплексном консервативно-хирургическом лечении мы не наблюдали. Таким образом, наши наблюдения показывают, что выздоровление таких больных может быть достигнуто шадящим оперированием в сочетании с консервативным лечением.