

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ДЕТСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ**

**Дронов А.Ф., Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Аль-Машат Н.А.,  
Маннанов А.Х., Залихин Д.В., Чундокова М.А., Холостова В.В.**

*Российский государственный медицинский университет, Москва*

В клинике детской хирургии РГМУ за последние 24 года выполнено 6385 лапароскопических исследований и операций у детей с гастроэнтерологической патологией в возрасте от 3 сут до 15 лет. Оптимизация отдельных элементов лапароскопической техники дала возможность добиться максимальной безопасности, а также эффективности их применения.

Лапароскопическая аппендэктомия проведена у 3178 больных. Среди них осложненные формы наблюдались у 466 (14,6%) пациентов. Лапароскопический адгезиолизис при острой и хронической спаечной кишечной непроходимости был успешным в 90,2% наблюдений (у 418 пациентов из 463). По поводу хронического калькулезного холецистита и пороков развития желчного пузыря лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 384 детей в возрасте от 3-х до 14 лет. Применение разработанной нами щадящей методики лапароскопической дезинвагинации у 172 детей с кишечной инвагинацией позволило у 154 (89,5%) пациентов добиться полного расправления инвагината не прибегая к лапаротомии. У 154 больных в возрасте от 2-х мес до 14 лет выполнена лапароскопическая фундопликация. У 84 детей при выполнении лапароскопического исследования выявлены следующие осложненные формы дивертикула Меккеля: кровотечение из дивертикула — 46 больных, дивертикулит — 33, непроходимость кишечника, вызванная дивертикулом — 3; полное незаращение желчного протока отмечено в 2 наблюдениях. Лапароскопическая резекция дивертикула выполнена 78 пациентам. У шести больных из-за выраженности воспалительных изменений в дивертикуле произведен переход на открытую операцию.

После лапароскопических операций у всех категорий больных послеоперационный период протекал значительно легче, чем после открытых вмешательств. Отмечалось быстрое восстановление физической активности и функции желудочно-кишечного тракта. Количество послеоперационных осложнений уменьшилось в 3 раза, сроки пребывания в стационаре сократились в 2 раза. На первом этапе исследования имели место у двух больных интраоперационные осложнения — перфорация кишечника троакаром и повреждение общего желчного протока. Эти пациенты сразу же оперированы открытым методом с благоприятным исходом. Летальных исходов во всех группах больных не было.

## **ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПО ДАННЫМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ**

**Дубровина Л.Н., Казначеева Л.Ф., Рогатных Е.П., Рычкова Н.А.**

*Новосибирский государственный медицинский университет;  
Детская городская клиническая больница № 1 г. Новосибирск*

Проведено психологическое тестирование 27 детей подросткового возраста с атопическим дерматитом (АД). Продолжительность заболевания у пациентов составляла 10–17 лет, течение АД оценивалось как тяжелое — у 16 подростков (59,2%), среднетяжелое — у 11 (40,8%). Тестирование включало: определение типа отношения к болезни с помощью личностного опросника института им. Бехтерева, определение ситуативной и личностной тревожности с помощью теста Спилбергера. Гармонический тип отношения к болезни, с трезвой оценкой своего состояния не выявлен ни у одного пациента. Эйфорический тип с необоснованно повышенным настроением, пренебрежительным, легкомысленным отношением к болезни и лечению регистрируется в 40,7% случаев. Одинаково часто (26,9%) регистрировались сенситивный и ано-

зогностический типы. При этом для сенситивного типа характерной является чрезмерная озабоченность своей болезнью, для анозогностического — активное отбрасывание мыслей о болезни, отказ от лечения и обследования. Сочетание эйфорического типа с другими типами, (сенситивным, параноидальным, обсессивно-фобическим) встречалось в 68,5 % случаев. О сложном противоречивом отношении к своей болезни свидетельствует тот факт, что в 87,5% случаев эйфорический тип сочетается с анозогностическим. Эргопатический (22,2%), невротический (14,8 %), апатический (7,4%), тревожный (11,1 %), предполагают « уход в болезнь», отказ от борьбы, паранойяльный (14,8 %) — отражает сенсibilизированное отношение к болезни, с крайней подозрительностью к лекарственной терапии. Уровень тревожности зависит от тяжести заболевания. Так в группе подростков с тяжелым течением АД высокий уровень личностной тревожности отмечается в 50% случаев, ситуативной — в 31,3%, тогда как в группе со среднетяжелым течением АД личностная тревожность интерпретируется как умеренная в 100% случаев, ситуативной — в 63,6%. Низкий уровень ситуативной тревожности регистрируется у 12,5% детей с тяжелым течением АД, и в 36,4% случаев при среднетяжелом течении, что отражает неадекватное отношение к действительности. Представленные данные характеризуют необходимость проведения психокорректирующей терапии у подростков с длительно текущим АД.

## **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

**Дубровина Л.Н., Рычкова Н.А., Казначеева Л.Ф., Молокова А.В.**

*Новосибирский государственный медицинский университет;  
Детская городская клиническая больница №1, г. Новосибирск*

Одним из важных факторов, участвующих в формировании и течении атопического дерматита (АД), является дисфункция вегетативной нервной системы.

Оценка исходного вегетативного тонуса (ИВТ) по данным кардиоинтервалографии выявила распределение показателей исходного вегетативного гомеостаза по ваготоническому типу у 33% (n=44), по симпатикотоническому типу у 21,4% (n=12) и эйтонии у 45,6% (n=47) подростков, страдающих атопическим дерматитом (n=103). Тяжесть течения АД и состояние ИВТ имели обратную корреляционную зависимость ( $r = -0,48$ ). У больных с тяжелым и среднетяжелым течением АД ИВТ представлен был эйтонией у половины больных (n=36), в то время как при легком течении АД эйтонию регистрировали в 22,7% (n=5). Среди вариантов ИВТ преобладающим был ваготонический тип (30%, 35,7%, 50% соответственно тяжелому, среднему и легкому течению АД).

Изучение вегетативной реактивности (ВР) свидетельствовало о том, что у больных со средней (n=42) и легкой степенью (n=22) тяжести атопического дерматита гиперсимпатикотоническая ВР встречалась в 80,9% и в 68,2% соответственно. Асимпатикотоническая ВР регистрировалась у подростков с тяжелым течением АД в 10% наблюдений.

Оценка характера вегетативного обеспечения (ВО) деятельности сердечно-сосудистой системы у подростков с АД указывала на то, что при тяжелом течении аллергического воспалительного процесса кожи у 57,1% больных ВО было представлено гиперсимпатикотоническим вариантом, при среднетяжелом течении АД регистрировались нормальный (41,6%) и гиперсимпатикотонический варианты (50%) ВО. У больных с легким течением АД характерным был нормальный уровень (80%) ВО. Варианты клинортогостатической пробы, отражающие истощение адаптивной перестройки сердечно-сосудистой системы, у больных с тяжелым течением атопического дерматита встречались чаще (14,3%), чем при среднем (4,2%) и легком течении заболевания (0,3%).

## **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ**

**Дударев В.А., Дьяконова Е.Ю., Киргизов И.В., Зурбаев Н.Т., Волков М.О.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва;  
Красноярская государственная медицинская академия*

Эхинококкоз — это тяжелое заболевание паразитарного типа, характеризующееся разного рода осложнениями. Данное заболевание приводит к инвалидизации детей, а часто и к летальному исходу. Россия не принадлежит к эпидемичным странам, поэтому появление и распространение эхинококкоза связано с миграцией населения из разных стран и районов.

С 1990 по 2004 года по поводу эхинококкоза печени обследовано и оперировано 38 больных детей. Постановка диагноза основывалась на данных анамнеза, клинико-лабораторных, иммунологических и инструментальных методах обследования: КТ, УЗИ, сцинтиграфия, а также интраоперационной ревизии и морфологической верификации. Большинство больных были жители ближнего зарубежья (Средняя Азия) — 29 (76,3%), Красноярский край — 9 (23,6%). Всестороннее обследование дало возможность установить диагноз эхинококкоза печени в 100% случаев. Всевозможные клинико-анатомические формы эхинококкоза дают возможность расширить потенциал хирургического лечения. Применяли трансабдоминальные подреберные доступы (Черни, Кохера, Федорова) при локализации кист в правой доле 31 (81,5%), в левой доле достаточно было верхнесрединного доступа 7 (18,4%). Преимущественно использовали эхинококкэктомии с частичным ушиванием фиброзной капсулы, с ликвидацией остаточной полости (ушиванием). Полость обрабатывали 80–100% стерильным глицерином с экспозицией 10 минут. Операцию завершали стимуляцией регенерации печени с учетом тканевого давления (патент №2198621).

Радикальные оперативные вмешательства с анатомической резекцией II-III сегментов печени были выполнены у 4 (10,5%) больных. Паллиативная эхинококкэктомия с вылушиванием фиброзной капсулы — 4 (10,5%) случаях. Открытая эхинококкэктомия с марсупилизацией — 5 (12,5%) больных. В данных группах отмечены осложнения, остаточные полости в 3 случаях, абсцедирование в 2 случаях. Эхинококкэктомия с частичным иссечением фиброзной капсулы, ликвидация остаточной полости путем ступенчатого ушивания. Через год отмечена редукция остаточных полостей, при общем хорошем состоянии.

Таким образом, выбор метода эхинококкэктомии с частичным иссечением фиброзной капсулы и ликвидацией остаточной полости путем ушивания изнутри со стимуляцией регенерации печени, является целесообразным, что подтверждает опыт лечения больных детей с эхинококкозом печени.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

**Дулина Т.Р., Самсонова М.В.**

*НИИ пульмонологии, Москва*

Для изучения воспалительного компонента бронхиальной астмы (БА) обычно осуществляется морфологическое исследование биоптатов бронхов, цитологическая характеристика бронхоальвеолярной лаважной жидкости (БАЛ) и индуцированной мокроты (ИМ). Последний метод особенно предпочтителен в педиатрической практике, поскольку является неинвазивным, не имеет выраженных побочных эффектов и противопоказаний.

**Целью** нашего исследования было проведение сравнительного изучения цитологических характеристик ИМ и БАЛ, а также морфометрический анализ состояния эпителия бронхов у детей больных БА, и оценка информативности этих показателей как маркеров воспаления респираторного тракта. В исследование были включены 14 детей, больных БА средней тяжести в стадии ремиссии.

Сравнительный анализ цитологического состава ИМ и БАЛ показал, что соотношение клеточных элементов в них различается статистически достоверно: альвеолярные макрофаги в ИМ составили только  $48,6 \pm 5,8\%$ , а в БАЛ —  $83,6 \pm 5,4\%$ . Нейтрофилы в ИМ составили  $42,3 \pm 6,8\%$ , а в БАЛ —  $12,7 \pm 4,3\%$ . Эозинофилы в ИМ составили  $7,1 \pm 2,4\%$ , а в БАЛ —  $1,8 \pm 0,3\%$ .

При морфометрическом исследовании толщина базальной мембраны бронхов при БА составила в среднем  $7,7 \pm 0,8$  мкм, в контрольной группе —  $1,9 \pm 0,6$  мкм ( $p < 0,001$ ). У больных БА в биоптатах обнаружено нарушение соотношения реснитчатых и бокаловидных клеток в эпителии слизистой бронхов. Оно составляет  $1/2,6$  вместо нормального  $1/4 - 1/7$ . Утолщение базальной мембраны и изменение соотношения основных клеточных элементов эпителия слизистой бронхов указывает на наличие выраженного воспалительного процесса в стенке бронхов.

**Вывод.** Выявленные в период ремиссии заболевания цитологические, морфометрические и биохимические изменения у детей, больных БА средней тяжести, указывают на необходимость усиления их противовоспалительной терапии и обоснованности поиска новых негормональных противовоспалительных препаратов, либо физиотерапевтических процедур.

## **ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СЮЖЕТНОЙ КАРТИНКИ ДЕТЬМИ 6–10 ЛЕТ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА**

**Дунайкин М.Л., Брин И.Л., Вознякевич С.Д.**

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва;  
ЦПМСС «Раменки», Москва*

Изучали особенности деятельности детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с негрубыми последствиями перинатального поражения мозга по методике «Комплексная оценка психических процессов при интерпретации сюжетной картинки», позволяющей определить состояние внимания, зрительного гнозиса, речи, мышления и эмоционально-личностной сферы (М.Л. Дунайкин, И.Л. Брин, 2005). В исследовании приняли участие 53 ребенка 6–10 лет, из которых по клинико-неврологическим показателям у 31 пациента диагностирована преимущественная дисфункция правого и у 22 — левого полушария мозга. Дети с преимущественной дисфункцией правого полушария мозга отличались замедленным включением в задание, склонностью к детализации, превалированием нарушений лицевого гнозиса над предметным, лаконичностью и недостаточностью интонационно-мелодического оформления речи, дефектами звукопроизношения и просодики, ситуационно обусловленным нарушением разборчивости речи. Наблюдались своеобразие интерпретации с резонерскими тенденциями, приглушенность эмоционального реагирования, склонность к протестным реакциям при нарастании напряженности в ходе исследования, выраженное снижение синтонности по отношению к исследователю с игнорированием его эмоциональных реакций или отгороженностью. У этих детей преобладали агрессивные тенденции в трактовке сюжета и «формальная» стратегия деятельности. При преимущественной дисфункции левого полушария отмечались нарушения внимания с импульсивным включением в задание, вработываемость, повышенная отвлекаемость, выраженный недоучет деталей и соскальзывание на побочные ассоциации, истощаемость, преобладание предметных парагнозисов над лицевыми, трудности планирования высказываний с дефицитом лексических средств, трудности обобщения и смены гипотезы. Прослеживались склонность к сдерживанию эмоциональных реакций и их лабильность при нарастании напряженности в ходе исследования, превалирование нравоучительных тенденций и сопереживание при интерпретации сюжета, преобладание «неуверенной» стратегии деятельности с «ригидными» и «инсайтными» тенденциями.

Таким образом, имеет место зависимость особенностей интерпретации сюжетной картинки от преимущественной латерализации мозговой дисфункции.

## **ГРУППЫ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ: ИХ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО МАТЕРИНСТВА**

**Евтух О.В.**

*Общественная группа поддержки грудного вскармливания  
«Радуга материнства», Москва*

Материнское поведение формируется у будущей матери с рождения на примере женщин, окружающих ее. И все время, пока растут собственные дети, она учится материнству. В современном обществе будущая мать редко имеет возможность наблюдать воочию, как ухаживают за новорожденным ребенком, как выглядит грудное вскармливание. Свое представление о материнстве городская женщина формирует, смотря телепередачи, кинофильмы, читая журналы, из разговоров родственников и подруг. Современные семьи малочисленны и стремятся жить отдельно. Это приветствуется обществом, но нарушает преемственность в продолжении семейных традиций. «Лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать» — эта поговорка точно характеризует принцип работы групп поддержки грудного вскармливания. Матери из групп поддержки имеют свой положительный опыт грудного вскармливания. Они являются хорошим, доброжелательным, живым примером для других матерей. Молодая мама в таких группах может наблюдать, как и из чего складываются нормальные доверительные отношения в паре «мать-ребенок», может попросить совета или обоснования тех или иных действий более опытных матерей, видеть реальные результаты.

Информация о грудном вскармливании должна быть простой, доступной, приятной, разнообразной, очевидной и компетентной. Именно такую информационную поддержку оказывают общественные консультанты по грудному вскармливанию и матери из групп поддержки. Консультант по грудному вскармливанию и уходу за ребенком является как бы «тренером по материнству». «Как, что и почему в жизни здорового малыша?» — консультант и мать находят ответы на эти вопросы в процессе совместной работы. Большинство матерей, обратившихся однажды в группу поддержки за консультацией, не прерывают общения с членами группы на протяжении всего периода грудного вскармливания малыша. Есть и такие мамы, которые после родов следующего ребенка, непременно хотят продолжить сложившееся отношение.

Не секрет, что любая мать хочет обеспечить максимально лучшее развитие своих детей. Женщина стремится учиться материнству у других матерей, если их опыт воспитания детей ей нравится. Однако она не должна забывать и о собственном развитии, о своей личной жизни. Как совмещать саморазвитие и материнство — этот навык на собственном опыте успешно демонстрируют матери из групп поддержки грудного вскармливания. Своевременная информационная и психологическая поддержка кормящих матерей, а также помощь в освоении практических навыков грудного вскармливания и ухода за малышом — вот та реальная общественная ниша, которую успешно осваивают группы поддержки грудного вскармливания в разных регионах России.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ**

**Егорова Е.Ю., Чемоданов В.В., Краснова Е.Е., Картамышев И.П.**

*Ивановская государственная медицинская академия Росздрава*

Лечение детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД) должно предусматривать ликвидацию вегетативного дисбаланса, который способствует дезинтеграции физиологических механизмов и тесно взаимосвязан с различными звеньями патогенеза заболевания. Известно, что изменения вегетативного статуса приводят к нарушениям метаболического гомеостаза, повышению местных факторов агрессии, ослаблению защитных свойств слизистого барьера, активизации местной микрофлоры. В настоящее время одним

из наиболее эффективных методов воздействия на вегетативную нервную систему является иглорефлексотерапия (ИРТ).

Под наблюдением находилось 60 детей с ХГД, 28 из которых получили курс ИРТ на фоне стандартной терапии. Оценивали динамику клинических симптомов, параметры вегетативного статуса и ряд показателей метаболического профиля крови и слюны. Для составления акупунктурного рецепта проводили стандартный вегетативный тест ЦИТО, основанный на измерении электрической кожной проводимости (ЭКП) и кожной температуры (КТ) на стандартных точках акупунктуры кистей и стоп. Общая симпатикотония выявлена у 32% больных, ваготония у 30%, эйтония — 38%. У большинства детей отмечалась выраженная асимметрия показателей ЭКП и КТ на точках справа и слева. После проведения десятидневного курса ИРТ отмечалась существенная положительная динамика значений ЭКП и КТ, ликвидация асимметрии показателей. При оценке клинической картины отмечено, что на фоне ИРТ раньше на 1–3 дня купировались боли в животе, на 2–3 дня — диспепсические проявления, выявлено более быстрое устранение дисфункций сопряженных органов пищеварения. Наблюдалась положительная динамика ряда биохимических показателей крови и слюны, отражающих интенсивность ПОЛ (диеновые конъюгаты, малоновый диальдегид), синтез оксида азота, состояние антиоксидантной защиты (восстановленный глутатион), баланс макроэлементов ( $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{Mg}^{2+}$ ,  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ) крови и слюны. На фоне ИРТ коэффициенты распределения указанных метаболитов между кровью и слюной, характеризующие проницаемость гемато-саливарного барьера, приблизились к нормальным значениям. Таким образом, проведенные исследования показали, что ИРТ оказывает положительное влияние на организм в целом и на состояние органов желудочно-кишечного тракта, обладает выраженным гармонизирующим действием на вегетативную нервную систему и функционирование гемато-саливарного барьера.

## **ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА ПРИ ГРИППЕ У ДЕТЕЙ**

**Егоров В.Б., Ушакова И.А., Кузнецова Е.В.**

*Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа*

**Целью** настоящего исследования явилось изучение возможности применения иммуномодулирующей терапии стенозирующего ларинготрахеита (СЛТ) при гриппе у детей.

Под нашим наблюдением находилось 14 детей в возрасте от 1 до 3 лет, переносивших грипп со СЛТ.

Во всех случаях этиология заболевания документирована четырехкратным нарастанием титра специфических антител в РТГА. В качестве средства лечения использован анаферон детский по стандартной схеме.

Полученные результаты позволили отметить, что применение анаферона детского оказывает существенный положительный эффект на основные проявления болезни.

Уже на второй день лечения у 50% детей регистрировалась нормальная температура. А с третьего дня лечения ни у одного больного лихорадки отмечено не было. В то же время в группе сравнения нормализация температуры наступила только на 5-й день болезни.

Наиболее отчетливый эффект терапии имел место при учете симптоматики СЛТ. Так в течение первого дня лечения симптомы СЛТ исчезали у 21,4% больных, а с третьего дня проявлений СЛТ не регистрировались ни у одного больного. Одновременно купировалась одышка и исчезали физикальные изменения в легких. Напротив, в группе сравнения симптомы стеноза имели место до 4-го дня болезни. Именно у этих больных развилась пневмония и изменения в легких сохранялись до 12-го дня болезни.

С целью лабораторного подтверждения иммуномодулирующего эффекта нами было проведено определение уровня интерлейкина 4 в сыворотке крови. Если до начала лечения его содержание находилось в пределах нормальных величин, то уже на второй день регистрировался существенный его рост ( $22,7 \pm 0,4$  пг/мл при норме  $18,1 \pm 0,3$  пг/мл;  $p < 0,05$ ). Именно это подтверждает иммуномодулирующий эффект анаферона детского за счет стимуляции синтеза интерлейкина 4, способствующего активации  $\text{Tx2}$  иммунного ответа.

## ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ АНАФЕРОНА ДЕТСКОГО ПРИ ГРИППЕ У ДЕТЕЙ

Егоров В.Б., Ушакова И.А., Кузнецова Е.В., Тарасов С.А.

*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа;  
НПФ "Материя Медика Холдинг", Москва*

Целью настоящей работы явилось изучение иммуномодулирующих эффектов препарата анаферон детский. Обследование было проведено в 2-х группах детей. Первая группа — основная, дети леченные анафероном детским. Вторая — группа сравнения.

Анализ динамики специфических антител в РТГА показал, что в основной группе нарастание титров имело 80 кратный прирост, достигая 1:1024. Напротив, в группе сравнения регистрировался только 16-кратный прирост титра антител. Таким образом, использование анаферона детского стимулирует анти-телообразование.

Определение общего числа Т-лимфоцитов (CD-3+) показало, что в обеих группах в начале заболевания имело место развитие дефицита этих клеток. В основной группе больных уже на 3—4 день от начала лечения количество клеток CD-3+ достигало нормальных величин, тогда как в группе сравнения дефицит их содержания сохранялся ( $47,2 \pm 0,5\%$ , при норме  $60,7 \pm 0,2\%$ ;  $p < 0,05$ ).

Результаты исследования позволили выявить, что применение анаферона детского на начало терапии в основной группе приводило к значительному повышению уровней IFN- $\alpha$  и IFN- $\gamma$  до  $27,48 \pm 1,21$  пг/мл ( $P < 0,05$ ) и  $24,18 \pm 1,12$  пг/мл ( $P < 0,05$ ) соответственно (при  $18,23 \pm 1,14$  и  $19,24 \pm 1,60$  пг/мл в контрольной группе). Затем продукция IFN- $\gamma$  плавно снижалась, достоверно не достигая контрольных значений даже к периоду реконвалесценции.

При этом обращает на себя внимание содержание второго интерлейкина (IL-4) стимулирующего T $\alpha$ 2, уровень которого на 2 сутки лечения существенно увеличивался ( $27,2 \pm 0,1$  пг/мл). В контрольной группе уровень IL-4 оставался в пределах нормальных величин ( $18,1 \pm 0,1$  пг/мл). Вместе с тем, что IL-10 практически не отличались в контрольной и опытной группах на всем протяжении заболевания.

Таким образом, анаферон детский в основном стимулирует клеточное звено иммунной защиты и может применяться в качестве препарата патогенетической терапии вирусных инфекций.

## ОСТРЫЕ РЕАКЦИИ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Емеличева Л.Г., Тетерева Е.А., Кудрявцева Т.В., Большакова С.Н.,  
Смирнова С.Н.

*Ярославская государственная медицинская академия;  
Детская клиническая больница №1, Ярославль*

**Цель.** Выявить возможные причины и провоцирующие факторы развития острой крапивницы и отека Квинке у детей.

**Методы.** Изучены анамнестические, клинические данные и результаты лабораторного обследования 100 детей, госпитализированных в аллергологическое отделение по поводу острых кожных реакций.

**Результаты.** У 59% детей отмечалось сочетание крапивницы и отека Квинке, у 34% — симптомы изолированной крапивницы, в 7% случаев — изолированного отека Квинке. В возрасте до 1 года поступило 16% детей, от 1 года до 3 лет — 25%, с 3 до 7 лет — 26%, от 7 до 15 лет — 31%, старше 15 лет — 1%. В качестве провоцирующего фактора наиболее часто выступало употребление высокоаллергизирующих продуктов (78%) и либераторов (14%). В 19% случаев крапивница и отек Квинке развились на фоне лямблиоза, у 8% — на фоне хронической патологии ЛОР-органов. У части детей старшей возрастной группы выявлен хронический гастродуоденит, ассоциированный (5 случаев) или неассоциированный (2 случая) с хеликобактери-

озной инфекцией. Использование антибиотиков, чаще пенициллинового ряда предшествовало крапивнице в 5 случаях, жаропонижающих препаратов — в 4-х, поливитаминов — в 3-х, противокашлевых средств в 1 случае, особенно, если они использовались в форме сиропа. Развитие острой реакции на фоне противопаразитарной терапии имело место у 8 детей при использовании фуразолидона, на фоне применения нифурател — только у 1 ребенка. Единичными были случаи связи крапивницы с прививками или использованием косметических средств. При этом 47% детей имели наследственную отягощенность по аллергопатологии; каждый 4–5 ребенок раннего возраста имел симптомы экссудативно-катарального диатеза или реакции пищевой непереносимости. Истинные аллергические заболевания до развития острой реакции установлены только у 24% больных.

**Выводы.** Острые кожные реакции становятся все более частой патологией у детей всех возрастных групп, с которой сталкиваются врачи различных специальностей.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА РУЗАМ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ПАТОЛОГИЕЙ В ЛОР-ОРГАНАХ**

**Енина Е.А., Садовнича Л.Т.**

*Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь*

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность применения отечественного препарата рузам у детей с бронхиальной астмой и очагами инфекции в ЛОР-органах.

**Методы.** Были сформированы 2 группы детей, в возрасте от 1 года до 15 лет с различной степенью тяжести бронхиальной астмы и патологией в ЛОР-органах (аденоидиты, тонзиллиты, синуситы). Основная группа — 46 человек, получавших рузам подкожно по схеме 0,2 мл раз в неделю, курс составлял 10 недель. В контрольную группу вошли 20 детей, получавших только базисную терапию и соответствующих основной группе по возрасту, полу, степени тяжести бронхиальной астмы. Изучались иммунологические показатели, микрофлора в слизи носа и зева, динамика кожных тестов, функция внешнего дыхания.

**Результаты.** Клинико-иммунологическая эффективность оценивалась через 1, 3, 6 месяцев после завершения курса лечения. У детей, получавших рузам в 92% случаев отмечается облегчение дневных и ночных симптомов бронхиальной астмы, снижается частота обострений хронических заболеваний в ЛОР-органах, и как следствие, уменьшается объем симптоматической лекарственной терапии ( $p < 0,05$ ). Кроме того, у 18,9% детей была отмечена стойкая клиническая ремиссия в течение 1 года ( $p < 0,05$ ), не требовавшая использования базисной терапии, у 76% ( $p < 0,01$ ) возникла ремиссия сопутствующих аллергических заболеваний (атопический дерматит, аллергический ринит).

До лечения у 100% обследуемых детей из носоглотки выделялся *St. aureus*, в результате терапии с применением рузама частота его выделения снизилась до 8% ( $p > 0,01$ ). Иммуномодулирующий эффект рузама связан с возрастанием показателей нейтрофильного фагоцитоза, снижением уровня катионных белков, миелопероксидазы, CD4+клеток, IgM, увеличением CD3+ и CD8+клеток, уровня IgG ( $p < 0,05$ ). Уровень общего IgE до лечения в среднем составлял 760,18 ( $\pm 125,23$ ) МЕ/мл, после лечения в основной группе — 250,41 ( $\pm 75,6$ ) МЕ/мл, снизилась чувствительность к причинно-значимым аллергенам, в контрольной группе — 700,32 ( $\pm 96,15$ ) МЕ/мл ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Наши данные свидетельствуют о позитивном эффекте рузама, но через 6 месяцев отмечается тенденция возврата показателей к исходному уровню, что говорит о целесообразности проведения двух курсов в год.



## ТРИСОМИЯ 9 ХРОМОСОМЫ

**Жакупова Ж.С., Лобанова Н.В., Делягин В.М., Сарсенова Д.Н., Калибекова А.Т., Копылова Т.П.**

*Западно-Казахстанский консультативно-диагностический центр, Уральск, Казахстан; Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии, Москва*

**Цель.** Представить клинико-цитогенетическую картину при наличии трисомии 9 хромосомы.

**Методы.** Обследовано 3 пациента (1 девочка и 2 мальчика), из них девочка наблюдалась на протяжении 10 лет. Наряду с полным клиническим обследованием проводили анализ кариотипа по лимфоцитам периферической крови по общепринятой методике с окрашиванием GTG. Кариотипирование выполняли на аппарате автоматического кариотипирования Geneticscan A/B version 4,0 (США).

**Результаты.** Пациенты длительно наблюдались у невролога и психиатра по поводу так называемого детского церебрального паралича (ДЦП), резкой задержки умственного развития, судорожного синдрома. При клиническом обследовании выявлен дизморфический статус. Внешне: питание пониженное, общая мышечная гипотония, микроцефалия, низко посаженные (3) деформированные (2) ушные раковины, крупный мясистый нос, высокое небо, микрогензия, ретромигронатия. Глаза сидят глубоко, микрофтальмия (1), гипертелоризм глаз (2). Шея короткая. Гипертелоризм сосков (1). Пальцы рук деформированы, клинодактилия мизинцев (1), повышена подвижность в межфаланговых суставах. Стопы деформированы (левая стопа больше правой (1), вальгусная уставка (1). На рентгенограмме выявлено отсутствие средних фаланг II–V пальцев левой стопы (1). У мальчиков крипторхизм, микропенис (1), гипоспадия (1). По внутренним органам — дефект межпредсердной перегородки (1), дефект межжелудочковой перегородки (1), гипоплазия почек (1). Судорожный синдром (1). Атрофия дисков зрительных нервов (1). Усилен сосудистый рисунок покровных костей черепа (2), пальцевых вдавлений (1). При кариотипировании выявлены хромосомные наборы 47, xx +9 (pter → cen → q32(33) и 47, xy +9 (pter → cen → q32(33)). Трисомия была регулярной.

**Выводы.** В литературе описано около 74 случаев трисомии 9 хромосомы. Представленные 3 наблюдения свидетельствуют о том, что среди детей с дизморфическим статусом и умственной отсталостью, наблюдаемых по поводу ДЦП, возможна концентрация обсуждаемого синдрома.

## РЕДКИЕ ВАРИАНТЫ АНОМАЛИИ 4 ХРОМОСОМЫ

**Жакупова Ж.С., Лобанова Н.В., Делягин В.М.**

*Западно-Казахстанский консультативно-диагностический центр, Уральск, Казахстан; Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии, Москва*

**Цель.** Представить клинико-цитогенетическую картину при наличии кольцевой 4 хромосомы.

**Методы.** Обследовано 2 ребенка (мальчик 9 русский и девочка 8 лет казашка). Анализ кариотипа по лимфоцитам периферической крови проводили по общепринятой методике с окрашиванием GTG. Кариотипирование выполняли на аппарате автоматического кариотипирования Geneticscan A/B version 4,0 (США).

**Результаты.** Семейные пары молодые и здоровые. Беременности протекали с угрозой выкидыша, мама девочки лечилась по поводу анемии. Интранатально по данным ультразвуковых исследований диагностирована внутриутробная гипотрофия плода. Оба ребенка родились с низким весом. Внешний вид обоих детей был дизморфичен. Лоб нависающий, выраженный гипертелоризм глаз, антимоноголоидный разрез век, страбизм, стеноз слезоносовых ходов (мальчик), переносица широкая и высокая, нос крючковидный,

длинный фильтр, подбородок маленький, острый. Уши расположены низко. Низкий рост волос. Мышечная гипотония, атаксия-дистония. Клинодактилия мизинцев. У девочки множественные пятна цвета «кофе с молоком» на левом бедре и ягодице, у мальчика — капиллярная гемангиома лба. У мальчика выявлен дефект межпредсердной перегородки и крипторхизм, снижение умственного развития, тугоухость, эпилепсия (с 8 мес.). В 7 лет обнаружен сахарный диабет 2 типа. У девочки при рождении был диагностирован врожденный гипотиреоз, на момент обследования посещала общеобразовательную школу. Девочка редко болела, мальчика наблюдали как часто болеющего ребенка. Костный возраст детей соответствовал паспортному. В кариотипе кольцевая хромосома 4 во всех метафазных пластинках. Кариотип девочки 46, xx, г4; кариотип мальчика — 46, xy, г4. В некоторых метафазных пластинках выявлены по 2—3 кольца, кольца дицентрики, тетрацентрики и крупные кольца с большим количеством центромер.

**Выводы.** Кольцевая 4 хромосома — цитогенетическое основание синдрома Вольф-Хиршхорна. Особенности представленных наблюдений — в их сочетании с метаболическими нарушениями.

## ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

**Жамлиханов Н.Х., Езюкова Г.В.**

Городская детская больница № 4, Чебоксары

Актуальным, до настоящего времени остается правильное, рациональное питание, выбор смесей для больных детей грудного возраста, находящихся на искусственном вскармливании. В аллергологическом отделении находились 16 детей, мальчиков 9, девочек 7, в возрасте от 6—9мес. — 3 и от 9—12 месяцев — 13 детей. Все дети были госпитализированы с клиническим диагнозом: Атопический дерматит, младенческая форма в периоде обострения. Легкое течение наблюдалось у 11 детей, средней тяжести у 7 детей. Грудное вскармливание получали до 1мес. — 15, до 2мес. — 13, до 6мес. — 7 и до 9 мес. — 5 детей. При поступлении на стационарное лечение у всех детей наблюдалась анемия легкой степени, в копрограмме определялись «компоненты жира» у 14 детей, кишечные колики, сопровождающиеся плачем у 3 детей, снижение бифидобактерий в кале ниже  $10^{-6}$  у 14 детей, запоры у 7 детей, твердый стул у 2 детей. В качестве питания была выбрана адаптированная смесь Нутрилон Пепти ТСЦ и одновременно проводилось лечение основного заболевания: кетотифен, супрастин, зиртек, фенистил, местное лечение — адвантан, фенистиль гель, мальтофер, лактобактерин, бифидобактерин, УФО общее. На фоне Нутрилон Пепти ТСЦ и лечения уже на 7 день уменьшились проявления гастроинтестинального синдрома, в среднем прибавка массы тела составила 250,0 гр., а через 2 недели восстановился уровень гемоглобина в крови (120—125 г/л), копрограмма нормализовалась, стул мягкий сформированный, содержание бифидобактерий выше  $10^{-9}$  в 1 г кала, полностью прошел дерматогastroинтестинальный синдром. Контрольную группу составили 15 детей с атопическим дерматитом, младенческая форма, в периоде обострения, мальчиков — 6, девочек 9 детей. С легким течением 7 детей и среднетяжелым течением — 8 детей. Наблюдалась все те же симптомы, что в основной группе. Дети получали разные адаптированные смеси и то же лечение. Общее улучшение наступило только через 2 недели. У 12 детей частично сохраняется дерматогastroинтестинальный синдром, прибавка в массе ниже, чем в основной группе.

**Выводы.** При комплексном лечении атопического дерматита у детей грудного возраста целесообразно использование в качестве лечебного питания Нутрилон Пепти ТСЦ, в результате чего достигается быстрый эффект от проводимой терапии и повышается уровень здоровья ребенка