

и женская консультация — 21%. Половина девочек подросткового возраста считает, что посещать врача гинеколога необходимо по мере необходимости — 47%; профилактически один раз в полгода — 27%; один раз в год — 13%, при наличии заболеваний — 7%, один раз в два года — 7% опрошенных.

Из вопросов интимной жизни респондентов, прежде всего, интересует проблемы взаимоотношений с партнером — 36,1%; куда обратиться за помощью по интимным вопросам — 26,1%; как вести себя во время беременности, родов — 17,5%; информация о венерических заболеваниях — 14,8%; средства контрацепции — 11,8%. Информацию об интересующих вопросах сохранения здоровья девочки-подростки хотели бы получать: от родителей — 36,4%; от пси-

хологов — 33,6%; детских гинекологов — 31,9%; из средств массовой информации — 26,6%; от сверстников — 22,8%; участковых врачей-педиатров — 9,5%; от медицинских работников школы — 8%; от сексуальных партнеров — 8%.

Таким образом, организация медико-социальной помощи в муниципальной детской поликлинике играет важную роль в формировании здоровья девочек-подростков. В ее оказании принимают активное участие участковые врачи-педиатры совместно с сотрудниками медицинской академии, так как могут предоставлять подросткам и их родителям не только качественную информацию, но и способствовать формированию у подростков навыков ответственного отношения к собственному здоровью.

Аутоиммунный гепатит у детей

А. А. КАМАЛОВА, А. Р. ШАКИРОВА, М. Ш. ЗАЙНЕТДИНОВА, Г. В. ЦУЦОЛ,
Г. М. БИКМУЛЛИНА, Н. М. ИГНАТЬЕВА

Казанский государственный медицинский университет,
Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, Казань.

УДК 616.36-002-053.2

Аутоиммунный гепатит (АИГ) — прогрессирующее гепатоцеллюлярное воспаление неясной этиологии, характеризующееся наличием перипортального гепатита, гипергаммаглобулинемии, печеночно-ассоциированных аутоантител и положительным ответом на иммуносупрессивную терапию.

Согласно современной классификации АИГ различают АИГ 1 типа, при котором обнаруживают антинуклеарные антитела (АНА), а также аутоантитела к гладкой мускулатуре (SMA) и АИГ 2 типа, при котором выявляются аутоантитела к микросомальному антигену печени и почек (LKM-1).

Актуальность проблемы обусловлена, прежде всего, трудностью своевременной диагностики, быстрым прогрессированием в цирроз печени, а также отсутствием на сегодняшний день единой схемы лечения, которая позволила бы нам добиться полной ремиссии не только на клинико-лабораторном уровне, но и на морфологическом.

Цель исследования: анализ особенностей течения аутоиммунного гепатита у детей.

В период с 1995 по 2007 год в гастроэнтерологическом отделении ДРКБ МЗ РТ г. Казани с диагнозом Аутоиммунный гепатит наблюдалось 13 детей. Возраст детей составил от 7 до 17 лет. Причем заболевание чаще встречалось в возрасте пре- и пубертата (37 и 47% соответственно). Большинство составили девочки (62%), что согласуется с литературными данными. При постановке диагноза АИГ исключались инфекционные поражения гепатотропными вирусами, болезнь Вильсона-Коновалова, гемохроматоз, дефицит α 1-антитрипсина, лекарственный гепатит, неалкогольный стеатогепатит.

По данным анамнеза, у большинства больных (62%) predisposing факторов к развитию аутоиммунного гепатита не выявлено. Возможными триггерными факторами развития могли явиться вакцинация против гепатита В (у 3-х больных), а также длительное применение противотуберкулезных средств, в частности изониазида, у 2-х больных. Однако причинную связь между действием токсических факторов и развитием АИГ доказать не удалось.

В нашей клинике мы наблюдали 2 варианта течения. Более чем в 70% случаев начальные симптомы заболевания соответствовали картине острого вирусного гепатита. У остальных больных наблюдалось малосимптомное, подострое течение. Следует отметить, что при 2 варианте течения подавляющее большинство пациентов поступили с признаками уже сформированного цирроза печени. Цирроз печени был диагностирован у 78% больных, причем у 50% — в первую госпитализацию.

Типичными клиническими симптомами при АИГ служат гепатомегалия (100%), желтуха (77%), астеновегетативный синдром (70%), спленомегалия (60%), абдоминальный синдром (48%). Реже встречались внепеченочные проявления — телеангиэктазии на коже (45%), носовые кровотечения (25%), пальмарная эритема (15%), суставной синдром (20%).

В случае формирования цирроза печени развивается внутрипеченочная форма портальной гипертензии, которая в клинике характеризовалась варикозным расширением вен пищевода 1 (35%) и 2 степени (15%), гиперспленизмом (55%), увеличением диаметра портальной и селезеночной вен (57%), спленомегалией (60%), гипертензионной гастропатией (80%), гепатомегалией (100%).

По лабораторным данным наиболее типичным признаком следует считать синдром цитолиза в виде повышения активности трансаминаз более, чем в 5-6 раз по сравнению с нормой; синдром холестаза в виде повышения уровня билирубина, гаммаглутамилтранспептидазы; мезенхимально-воспалительный синдром в виде повышения тимоловой пробы; гепатопривный синдром в виде снижения ПТИ. Среди иммунологических нарушений мы наблюдали увеличение ЦИК, повышение уровня иммуноглобулинов G. Характерным является обнаружение аутоантител и повышение уровня γ -глобулинов в крови (более чем в 1,5 раза по сравнению с нормой).

Немаловажное значение имеет биопсия печени. Она была проведена у половины больных. Гистологические изменения, отмечающиеся при АИГ, не являются патог-



номоничными, однако достаточно типичны. Характерна картина хронического активного гепатита, крупноклеточная инфильтрация портальных полей преимущественно Т-лимфоцитами, ступенчатые либо мостовидные некрозы. В далеко зашедших стадиях очаги некроза замещаются соединительной тканью, и развивается цирроз печени.

Таким образом, АИГ — относительно редкое заболевание, характеризуется тяжелым течением, быстрым формированием цирроза печени, заболевают преимущественно девочки пре- и пубертатного возраста.

И в заключение приводим слова Международной группы по изучению АИГ (2000 г.): «В настоящее время не существует ни клинических, ни лабораторных, ни гистологических признаков, которые могли бы считаться патогномичными для АИГ. Диагноз данного заболевания должен основываться на комбинации различных характерных признаков с обязательным, тщательным исключением других причин, способных привести к развитию хронического диффузного поражения печени».

Качество жизни как критерий эффективности наружной терапии атопического дерматита у детей раннего возраста

Г. Р. КАМАШЕВА, С. А. ВАЛИУЛЛИНА, Р. Ф. ХАКИМОВА
Казанский государственный медицинский университет, Казань;
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва.

УДК 616.5-001-053.3

Цель исследования: оценка эффективности наружной терапии острой фазы атопического дерматита (АД) у детей раннего возраста с использованием критерия качества жизни (КЖ).

Методы: под наблюдением находилось 50 детей в возрасте от 4 мес. до 3 лет с острой фазой АД, из них 6 детей с легким, 30 — с среднетяжелым, 14 — с тяжелым течением АД и 20 здоровых детей того же возраста. Для объективизации степени тяжести применялся индекс SCORAD. Изучение КЖ проводилось с использованием международного инструмента QUALIN (Manificat S., Dazord A., France, 1997), который состоит из родительской и врачебной формы и оценивает 4 основных аспекта функционирования ребенка: «Поведение и общение», «Способность оставаться одному», «Семейное окружение», «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (для детей до 1 года) и «Психологический статус и физическое здоровье» (для детей от 1 года до 3 лет). Лечение АД проводилось с применением антигистаминных препаратов, наружной терапии на фоне гипоаллергенной диеты. Наружная терапия включала ежедневное нанесение нефторированного препарата — метилпреднизолона ацепоната (Адвантан) 1 раз в день с последующим интермиттирующим применением через день в комбинации с нестероидным кремом «Глутамол с цинком для детей» 2 раза в день с дальнейшей монотерапией последнего. Продолжительность лечения определялась степенью тяжести АД. Курс лечения Адвантаном с ежедневным и последующим интермиттирующим его применением при легком течении составил $4,1 \pm 4,4$ и $3,8 \pm 2,1$ дней, при среднетяжелом — $6,9 \pm 0,8$ и $12,4 \pm 2,0$ дней, при тяжелом течении — $8,9 \pm 2,0$ и $14,2 \pm 2,3$ дня соответственно. Оценка эффективности с использованием индекса SCORAD проводилась до начала терапии и на 2 и 4 неделе лечения. Исследование показателей КЖ до и на 4 неделе лечения.

Результаты: достоверное снижение индекса SCORAD по сравнению с исходным показателем отмечалось у всех детей. Так, у детей с легким течением АД исходный индекс SCORAD составил $18,8 \pm 4,1$ балла, а на 2 и 4 неделе — $3,8 \pm 1,3$ и $2 \pm 1,8$ баллов соответственно ($p < 0,001$), у детей со среднетяжелым

течением — $35,8 \pm 5,2$ — $9,17 \pm 4,5$ — $4,6 \pm 2,3$ баллов ($p < 0,001$), с тяжелым течением — $56,4 \pm 7,6$ — $14,9 \pm 4,6$ — $10,5 \pm 6,5$ баллов соответственно ($p < 0,001$). При анализе показателей КЖ по результатам родительской и врачебной версии у детей с легким течением АД достоверных изменений выявлено не было. Причем показатели КЖ до начала терапии и на 4 неделе лечения АД статистически значимо не отличались от показателей КЖ здоровых детей. В группе детей со среднетяжелым течением АД по результатам родительской версии отмечено достоверное повышение значений общего балла ($p < 0,001$) и по следующим аспектам функционирования: «Поведение и общение» ($p < 0,01$), «Способность оставаться одному» ($p < 0,05$), «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» для детей до 1 года и «Психологический статус и физическое здоровье» для детей от 1 года до 3 лет ($p < 0,001$). По результатам врачебной формы выявлено повышение значений общего балла ($p < 0,001$) и по шкалам: «Поведение и общение» ($p < 0,001$), «Способность оставаться одному» ($p < 0,01$), «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» для детей до 1 года и «Психологический статус и физическое здоровье» для детей от 1 года до 3 лет ($p < 0,001$). У детей с тяжелым течением по ответам родителей улучшение показателей КЖ имеет место по общему баллу ($p < 0,001$) и по шкалам: «Поведение и общение» ($p < 0,05$), «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» для детей до 1 года и «Психологический статус и физическое здоровье» для детей от 1 года до 3 лет ($p < 0,001$). Анализ врачебной версии опросника у детей с тяжелым течением АД показал достоверное повышение показателей КЖ по общему баллу и по всем аспектам функционирования ($p < 0,001$). Побочных реакций в ходе лечения зарегистрировано не было.

Таким образом, комбинированное применение нефторированного препарата Адвантан и нестероидного крема «Глутамол с цинком» позволяет эффективно и безопасно контролировать аллергическое воспаление при АД, а также значительно повышает качество жизни детей со среднетяжелым и тяжелым течением АД.