

ые+иммуноглобулин — 2,5%. На фоне проводимой терапии субфебрилитет купировалась у 100% больных. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, этиологию длительных субфебрилитетов в большинстве (74,3%) случаев выявить не представляется возможным. Тем не менее, наиболее результативной

комбинацией препаратов является комбинация: АБ (ЦФ III поколения, макролиды) + противовирусные препараты, что позволяет предположить вирусно-бактериальный генез длительных субфебрилитетов у детей.

Теория и практика иммунокоррекции в педиатрии

Т. Б. СЕНЦОВА

Институт иммунологии РАМН, г. Москва.

УДК 612.017.1-053.2

Принципами иммуномодулирующей терапии у детей являются: этапность, непрерывность и приемственность ведения больного ребенка, получающего иммуномодулирующую терапию, последовательное использование иммуностропного средства на всех этапах комплексного лечения ребенка (стационар — поликлиника — санаторий) до полного восстановления функции всех звеньев иммунной системы, безопасность препарата, индивидуальный подбор иммуномодулирующих препаратов, обладающих одной направленностью, но имеющие различные механизмы действия, сочетание иммуномодулирующей терапии с медикаментозными (антибиотики, противогрибковые и другие препараты) и немедикаментозными (курортными и физиотерапевтическими) методами лечения и реабилитации. Доказано, что дети раннего возраста не могут не болеть ОРВИ, однако эти заболевания должны возникать не часто и протекать легко. Однако,

на практике иммуномодулирующий препарат, как правило, назначается эмпирически. Клинико-иммунологические критерии назначения иммунокорректирующей терапии в настоящее время только разрабатываются. У часто болеющих детей могут встречаться разнообразные иммунные нарушения, однако они, как правило, нестойки и хорошо компенсированы другими звеньями иммунитета. Поэтому приоритетными в педиатрии следует считать применение растительных адаптогенов, таких как Иммунал. Проведенное исследование эффективности применения Иммунала у детей с аллергическими заболеваниями показало, что длительность ОРВИ уменьшилась на 2 дня, при этом были менее выражены симптомы интоксикации. Иммуномодулирующий эффект Иммунала проявлялся в увеличении фагоцитарной активности нейтрофилов, показателей клеточного иммунитета и цитокинов.

Эффективность лечения хронической холинергической крапивницы

О. В. СКОРОХОДКИНА

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань.

УДК 616.514

Крапивница является одним из самых распространенных заболеваний, как среди взрослых, так и среди детей. Известно, что симптомы крапивницы наблюдаются хотя бы один раз в жизни у 10-20% популяции. При этом существует многообразие форм этого заболевания, которые отличаются по этиологии, течению и механизмам развития. Холинергическая крапивница, как нозологическая форма, встречается преимущественно у подростков и людей молодого возраста. Следует отметить, что уртикарные высыпания в этом случае чаще всего провоцируются физической нагрузкой или эмоциональным стрессом, что существенно снижает качество жизни подростков, учитывая особенности этого возрастного периода. Кроме того, существенную проблему составляют подростки и юноши призывного возраста, у которых наличие заболевания, его хроническое течение и недостаточная эффективность лечения могут быть препятствием для несения службы в вооруженных силах.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности различных групп антигистаминных препаратов второго поколения у больных с холинергической крапивницей, составляющих, согласно современным рекомендациям, основу терапии различных форм заболевания.

Материал и методы. На базе Республиканского центра клинической иммунологии МЗ РТ за период с 2003 по 2005 гг. обследовано 82 пациентов с различными формами крапивницы. Среди наблюдавшихся пациентов острая крапивница была диагностирована у 8 (9,7%), хроническая — у 74 (90,2%) больных. У пациентов с хронической крапивницей превалировала физическая форма, которая наблюдалась у 58 больных (78,3%), диагноз холинергической крапивницы был выставлен 12 (20,6%) пациентам. Следует отметить, что у 2 из них характерные уртикарные высыпания имели генерализованный характер и сочетались с такими симптомами как сердцебиение, боли в животе, одышка.



Согласно современным рекомендациям по лечению крапивницы, всем пациентам с явлениями хронической крапивницы были назначены препараты второго поколения: цетиризин получали 32 больных (43,2%), эбастин — 25 (33,7%), дезлоратадин — 17 человек (22,9%). Из 12 пациентов с хронической холинергической крапивницей 6 пациентов (50%) в качестве базисной терапии заболевания использовали цетиризин, 4 (33,3%) — эбастин и 2 (16,6%) — дезлоратадин.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что назначение антигистаминных препаратов второго поколения больным с холинергической крапивницей на систематический прием привело к более благоприятному течению заболевания у всех наблюдаемых пациентов. Однако, в группе больных получавших цетиризин отмечалась более значимая динамика. Так, у 4 подростков из 6 на фоне проводимого лечения наблюдалось полное исчезновение элементов на коже, причем более эффективен был прием препарата накануне предполагаемой физической нагрузки, нежели чем после манифестации высыпаний. Кроме того, пациенты,

имевшие клинические признаки генерализованной анафилактической реакции, на фоне приема цетиризина также имели положительную динамику в форме снижения интенсивности указанной симптоматики.

Выводы. Таким образом, несмотря на немногочисленную группу обследованных больных, полученные результаты свидетельствуют о достаточной эффективности цетиризина в лечении хронической холинергической крапивницы, что в целом соответствует и данным других авторов, рекомендующих при этой патологии использовать гидроксизин (Р. Паттерсон и соавт., 2000). Однако применение активных метаболитов гидроксизина, к коим относятся цетиризин и левоцетиризин, очевидно является более предпочтительным в лечении данной патологии, ибо дает возможность существенно снизить вероятность развития фармакологически-обусловленных побочных эффектов препаратов при сохранении достаточного терапевтического эффекта.

Роль ультразвукового исследования в выявлении патологии поджелудочной железы у детей первого года жизни

Н. А. СОЛОВЬЕВА, А. П. ПИГАЛОВ, Г. А. КУЛАКОВА, Е. А. КУРМАЕВА

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань.

УДК 616-076.4-053.3

Приоритетным национальным проектом «Здоровье» поставлена цель — повышение доступности и качества медицинской помощи населению России и, в первую очередь, детям. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 28 апреля 2007 г. № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» нами проведено ультразвуковое исследование внутренних органов (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, почки, мочевой пузырь) у 253 детей первых месяцев жизни, проживающих в районе деятельности детской поликлиники № 9 г. Казани. Из них: здоровых детей, находящихся на грудном вскармливании, было 115, на искусственном вскармливании — 34. Атопический дерматит к моменту исследования диагностирован у 32 детей, конъюгационная желтуха — у 21 ребенка. Среди обследованных были выделены реконвалесценты ОРЗ после применения антибактериальной терапии — 13 человек, реконвалесценты ОКИ — 9 и с дисбактериозом кишечника — 29 детей.

Результаты исследования показали, что размеры поджелудочной железы у здоровых детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании, соответствовали возрастным размерам и составили: головка поджелудочной железы — 5 мм, тело — 5 мм, хвост — 4,5 мм (без учета селезеночной вены). Было обращено внимание, что у здоровых детей, на-

ходящихся на искусственном вскармливании, размеры поджелудочной железы превышали размеры поджелудочной железы у здоровых детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании (6,2 мм — 5,7 мм — 5,5 мм). Наиболее значительное увеличение размеров поджелудочной железы регистрировалось у детей с конъюгационной желтухой (11,1 мм — 8,3 мм — 8,9 мм). Нами установлено, что и у реконвалесцентов ОРЗ после приема антибиотиков, также отмечалось увеличение ее размеров (9,2 мм — 8,6 мм — 9,5 мм). При обследовании детей, после перенесенной ОКИ, также наблюдалось превышение размеров исследуемого органа до 9,8 мм — 7,3 мм — 8,4 мм, а при наличии дисбактериоза кишечника увеличение размеров поджелудочной железы достигало 8,5 мм — 6,6 мм — 9,0 мм.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что проведение ультразвукового исследования является важным диагностическим методом при профилактическом осмотре детей первых месяцев жизни. При этом следует подчеркнуть, что поджелудочная железа является органом, тонко реагирующим на различные изменения состояния здоровья ребенка. Поэтому необходим тщательный подбор базового питания детей, находящихся на искусственном вскармливании, а также проведение адекватной диетотерапии и соответствующей медикаментозной коррекции при различных заболеваниях детей первых месяцев жизни.