

плазменных, склоняет диагноз в сторону инфекционного мононуклеоза. Определение СОЭ как критерия диагностики представляется нерациональным.

Не выявлено достоверной корреляции между повышением уровня СРБ и бактериальной этиологией острого тонзиллита. По сравнению с вирусными тонзиллитами бактериальные чаще дают выраженное повышение СРБ, однако чувствительность этого теста невелика (41%). Достоверное различие получено лишь при сравнении бактериальных и ЭБВ-тонзиллитов с уровнем СРБ ниже 30 мг/л, который был характерен для инфекционного мононуклеоза ($p=0,001$). По результатам исследования, этот белок может повышаться в остром периоде при любой форме воспаления небных миндалин и не является абсолютным критерием дифференциальной диагностики острых тонзиллитов в детском возрасте.

У большинства детей со всеми тремя формами острого тонзиллита результат ПКТ был отрицательным. Тем не менее, ПКТ умеренно повышался как при бактериальных (18% случаев), так и при вирусных тонзиллитах (14% случаев при инфекционном мононуклеозе). Показатели ПКТ абсолютно не коррелировали со значениями СРБ. Таким образом, и этот тест не позволяет надежно различать вирусный и бактериальный тонзиллиты.

При оценке диагностической ценности различных сочетаний маркеров воспаления показано, что диагностическая ценность определения СРБ для дифференциальной диагностики бактериальной и вирусной инфекции ограничивается больными с нормальным числом лейкоцитов.

Так как не было установлено различий по частоте выявления высокого уровня маркеров воспаления при сравнении бактериальных и вирусных тонзиллитов, оценивалась длительность лихорадочного периода при вирусной инфекции на фоне антибактериальной терапии у детей с высоким и низким уровнем маркеров воспаления. При респираторной вирусной инфекции и инфекционном мононуклеозе лихорадочный период на фоне антибиотиков имеет примерно одинаковую длительность у детей с высоким и низким уровнем маркеров воспаления в сыворотке. Большинство детей с

вирусным тонзиллитом лихорадили до 5 суток. Исходя из этого, сделан вывод о неэффективности антибиотиков при респираторной вирусной инфекции даже в тех случаях, когда она сопровождается повышением уровня маркеров «бактериального» воспаления.

Заключение. Наличие маркеров воспаления при вирусных тонзиллитах не может считаться показанием к назначению антибиотика [2,4]. Однако, с учетом несколько большей частоты высокого уровня биомаркеров у детей с бактериальным тонзиллитом, при неуверенности в диагнозе вполне оправданы назначение антибиотика этим детям и оценка его эффективности.

Литература

1. Таточенко, В.К. Антибиотико- и химиотерапия инфекций у детей / В.К. Таточенко. – М.: ИПК Континент-Пресс, 2008. – 256 с.
2. Brook, I. Treatment of non-streptococcal tonsillitis with metronidazole / I. Brook, A.E. Gober // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* – 2005. – Vol. 69, №1. – P. 65-68.
3. Domingues, O. Clinical presentation and characteristics of pharyngeal adenovirus infections / O. Domingues, P. Rojo, S. De las Heras, D. Folgueria, J.R. Contreras // *Pediatric Infections Disease Journal.* – 2005. – Vol. 24, №8. – P. 733-734.
4. Vranjes, Z. Acute infections of the upper respiratory tract-factors that contribute to diagnosis and antibiotic prescription decisions / Z. Vranjes, V. Katic, N. Vinter-Repalust, L. Jurkovic [et al.] // *Acta Med. Croatia.* – 2007. – Vol. 61, №1. – P. 83-90.

Ключевые слова: острый тонзиллит, С-реактивный белок, прокальцитонин, лейкоцитоз, нейтрофилез

THE INFLAMMATORY MARKERS ROLE IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE TONSILLITIS IN CHILDREN

DARMANIAN A.S., BAKRADZE M.D., ZINOVYEVA A.E.

Key words: acute tonsillitis, C-reactive protein, procalcitonin, leukocytosis, neutrocytosis

© И.В. Дворяковский, Г.М. Дворяковская, 2010
УДК 616.36-002-036.12-053.2:616-073.48

ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ У ДЕТЕЙ, ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

И.В. Дворяковский, Г.М. Дворяковская
НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН, Москва

Хронические гепатиты (ХГ) занимают ведущее место среди болезней гепатобилиарной системы в детском возрасте и входят в число лидирующих причин инвалидности и смертности у детей. Современная классификация ХГ предпо-

лагает в постановке диагноза совместную оценку клинико-лабораторных, гистологических и этиопатогенетических данных. Ведущая роль отводится морфологическим исследованиям, которые являются «золотым стандартом» диагностики ХГ [1]. Из визуальных методов исследования в диагностике ХГ значительное место занимает ультразвуковая (УЗ) диагностика.

Целью работы явилась оценка УЗ и морфологических данных в зависимости от этиологического фактора при ХГ у детей.

Дворяковский Игорь Вячеславович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением ультразвуковой диагностики НИИ педиатрии НЦЗД РАМН, тел.: 8(499)1322601, 8-903-171-91-31; e-mail: dvor2009@yandex.ru.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 219 детей с хроническим вирусным гепатитом В (ХГВ), 54 ребенка с ХГД, 172 ребенка с хроническим вирусным гепатитом С (ХГС) и 65 детей с аутоиммунным гепатитом (АИГ) в возрасте от 1 до 17 лет.

Диагностика ХГ была основана на выявлении в сыворотке крови маркеров вирусных гепатитов В, D и С. Диагноз АИГ выставлялся при наличии у пациентов гипер-глобулинемии, аутоантител (ANA, SMA, anti-LKM1) в сыворотке крови, высокого уровня трансаминаз и IgG и при отсутствии признаков вирусных гепатитов.

Всем детям проводилось УЗ исследование органов брюшной полости и доплерографическая (ДГ) оценка кровотока по сосудам портальной системы и чревного ствола по общепринятым методикам с помощью ультразвукового аппарата Logiq-9 (GE HC, США) с использованием конвексного датчика с частотами 6,0–8,0 МГц и линейного датчика с частотами 10,0–14,0 МГц. Полученные данные УЗ исследования сравнивались с данными пункционной биопсии печени, которая была выполнена у большинства больных. Разница во времени между этими исследованиями не превышала 3–5 дней.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ полученных данных показал, что общими эхографическими признаками для всех ХГ были гепатомегалия, степень выраженности которой зависит от активности процесса, и гиперэхогенность паренхимы печени. Отличительным УЗ признаком явилась неоднородность паренхимы, которая соответствовала морфологическим изменениям ткани печени и зависела от этиологического фактора ХГ. При ХГВ паренхима печени характеризовалась среднеочаговой диффузной неоднородностью. При ХГС имели место два типа неоднородности паренхимы: мелкоочаговая диффузная неоднородность (75% пациентов), которая ассоциировалась с преобладанием жировой дистрофии гепатоцитов и среднеочаговая диффузная неоднородность (25%), по морфологическим данным соответствующая гидропической дистрофии гепатоцитов. Признаком, свидетельствующим о хронизации процесса при ХГС, являлась визуализация лимфатических узлов в области ворот печени или мезентериальных лимфоузлов. При АИГ выраженная неоднородность паренхимы была обусловлена гиперэхогенными тяжами по ходу ветвей воротной вены и чередованием изо- и гипоэхогенных участков паренхимы.

Высокоэхогенные тяжистые структуры по ходу ветвей воротной вены с ровным контуром, независимо от этиологического фактора, соответствовали

морфологическим признакам минимально выраженного фиброза. Неравномерно утолщенные тяжистые структуры были характерны для тяжелого фиброза, что подтверждалось данными морфологического исследования. Этот УЗ признак можно считать высокоинформативным для диагностики выраженности фиброза при ХГ: специфичность составила 100% и чувствительность – 80% [2]. Показатели ДГ зависели от выраженности фиброза. При отсутствии фиброза изменений портальной гемодинамики и кровотока по сосудам чревного ствола не отмечалось. При минимально выраженном фиброзе наблюдалась тенденция к повышению объемного кровотока по сосудам портальной системы. У всех детей с тяжелым фиброзом отмечались достоверные изменения ДГ-показателей: увеличение объемного кровотока за счет повышения его линейной скорости по сосудам портальной системы и повышение ИР в общей печеночной артерии. Форма ДГ-кривой по средней печеночной вене у детей с признаками фиброза в основном имела двухфазный характер и реже была монофазной.

Заключение. Таким образом, морфологическая верификация результатов УЗ исследования позволила выделить совокупность сопоставимых особенностей ХГ у детей, что имеет значительную ценность в диагностическом процессе, особенно в ситуациях, когда по ряду причин невозможно проведение пункционной биопсии. Данные УЗ исследования при ХГ у детей могут ориентировать клинициста на наличие и выраженность фиброзных изменений и характер дистрофии гепатоцитов.

Литература

1. Диагностика и лечение хронических вирусных гепатитов В, С, и Д у детей. Научно-практическая программа для врачей. – М., 2002. – 60 с.
2. Дворяковская, Г.М. Сравнительный анализ данных ультразвукового и морфологического исследований печени при хронических гепатитах у детей / Г.М. Дворяковская, С.М. Якушенко, И.В. Дворяковский [и др.] // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2005. – № 1. – С. 39–48.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, хронический гепатит

ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF CHRONIC HEPATITIS IN CHILDREN

DVORIAKOVSKI I.V., DVORIAKOVSKAYA G.M.

Key words: ultrasonic diagnostics, chronic hepatitis

© Е.Г. Дмитриенко, О.М. Конова, 2010
УДК: 616-053.2; 616-08

ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОРОДТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ

Е.Г. Дмитриенко, О.М. Конова

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Коновая Ольга Михайловна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая отделом научной разработки профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных технологий НЦЗД РАМН, тел.: (499)134-01-56, 916-605-80-63; e-mail: Konova@nczd.ru.

Высокий уровень загрязнения атмосферного воздуха в мегаполисах, помимо прямого отрицательного влияния на здоровье населения, приводит к снижению содержания кислорода. От хронической гипоксии страдает сегодня