

Проведен анализ результатов обследования 40 детей с врожденным обструктивным мегауретером в возрасте от 2 нед. до 11 лет, преобладали дети до 1 года (62,5%). Большинство пациентов составили мальчики — 34 ребенка (85%).

Одностороннюю локализацию порока имели 27 детей (67,5%), двустороннюю — 6 (15%), 4 ребенка имели двусторонний мегауретер в сочетании с клапанной обструкцией уретры (10%) и 3 — мегауретер единственной левой почки (7,5%).

Бессимптомное течение заболевания, когда показанием к госпитализации явилась только пренатальная на сроке 22-35 недель или постнатальная ультразвуковая диагностика порока, отмечено у 34 детей (85%). В остальных случаях заболевание манифестировало мочевым синдромом (лейкоцитурия, гематурия), а у детей с клапанной обструкцией уретры — и синдромом нарушенного мочеиспускания.

Для оценки фенотипических маркеров дисплазии соединительной ткани у детей с врожденным обструктивным мегауретером нами проведен их качественный и количественный учет. В специально разработанные для детей разного возраста фенотипические карты заносились главные и второстепенные, а также висцеральные маркеры недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Степень дисплазии оценивалась с помощью критериев Милковской-Димитровой Т. (1987) и Фоминой Н.А. (2001).

Оценка биохимических маркеров деградации компонентов соединительной ткани заключалась в определении суточной экскреции оксипролина (ОП) и суммарных фракций гликозаминогликанов (ГАГ) в моче.

Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ «STATISTIKA for Windows 6.0».

В результате проведенного анализа мы установили, что, по классификации Милковской-Димитровой, 42,5% детей из 40 имели единичные стигмы дисэмбриогенеза (в виде глазного гипертелоризма, эпиканта, готического неба и т.д.), что явилось недостаточным для констатации даже легкой степени дисплазии соединительной ткани.

25% из 40 детей имели легкую степень дисплазии, 20% — среднюю и лишь 12,5% — тяжелую степень дисплазии соединительной ткани. При этом фенотипические признаки тяжелой степени дисплазии выявлены у детей с наиболее тяжелыми или множественными пороками развития.

При определении неспецифических биохимических маркеров деградации компонентов соединительной ткани (оксипролин, гликозаминогликаны) с использованием методов J. Bergman в модификации Краснопольской К.Д. (для ОП) и Косягина Д.П. в модификации Краснопольской К.Д. (для ГАГ) в суточной моче с высокой степенью достоверности ($p=0,05$) обнаружено их превышение у детей с врожденным обструктивным мегауретером.

Таким образом, изучение метаболизма соединительной ткани при врожденном обструктивном мегауретере путем определения фенотипических признаков позволило констатировать их наличие у детей с тяжелыми формами одно- и двустороннего мегауретера в 57,5%. В большинстве случаев они отмечены у пациентов с тяжелыми или множественными пороками. Было выявлено, что повышение уровня экскреции продуктов деградации соединительной ткани (ГАГ и оксипролин), отмеченное в 99,5% случаев, достоверно свидетельствует о высокой активности фиброзирующих процессов у детей с врожденным обструктивным мегауретером.

615.37:614.4-053.2

ЛИТЯЕВА Л.А., ГУБАЧЕВА Т.Ф.

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава»,
МУЗ «МДГКБ», Диагностико-реабилитационный центр, г. Оренбург

Иммунобиокорригирующие подходы к профилактике повторов инфекционно-воспалительных заболеваний у детей

Инфекционно-воспалительные заболевания (ИВЗ) бактериальной, вирусной и смешанной этиологии занимают ведущее место среди патологии детей раннего возраста. В последние годы заметно возрастает удельный вес ОРВИ, острых кишечных инфекций (ОКИ) в этой возрастной группе. Проводимая комплексная терапия с включением антибактериальных

средств, неблагоприятно влияющих на иммунологическую и микробиологическую систему у таких детей, не всегда оказывается эффективной, что приводит к развитию повторных эпизодов этих инфекций. Учитывая ведущую роль состояния иммунологической и микробиологической защиты в развитии, течении и исходе ИВЗ детей раннего возраста, актуально вклю-



чение в комплексную терапию препаратов, направленных на повышение уровня неспецифической и колонизационной резистентности.

Цель работы: повышение эффективности комплексной терапии ИВЗ у детей раннего возраста с помощью заместительной терапии человеческим рекомбинантным интерфероном альфа-2b (препаратом виферон -1) в сочетании с пробиотиками (аципол/линекс).

Проведено клинико-лабораторное наблюдение 40 детей, направленных в Диагностико-реабилитационный центр из-за повторов ИВЗ и неэффективности их лечения, в том числе антибиотикотерапии.

Все наблюдаемые дети в первые 6 месяцев жизни перенесли острые кишечные инфекции (ОКИ) (20) или острые респираторные заболевания (ОРЗ) (20) с их повтором в последующие 6 месяцев. Причиной ОКИ у большинства детей были грамотрицательные аэробные энтеробактерии (АЭГОБ): *Proteus* spp. (4), *Citrobacter* spp. (3), *Klebsiella* spp. (4), *Enterococcus* spp. (3), у 6 из них этиология ОКИ не имела бактериологического подтверждения. ОКИ протекали по типу энтероколита в среднетяжелой и тяжелой формах, чему в немалой степени способствовали имевшиеся у них ante- и перинатальные факторы риска. У части детей после перенесенной ОКИ прослеживались функциональные нарушения кишечника: срыгивания (11), снижение аппетита (16), метеоризм (6), боли в животе (8), патологические примеси в кале (13). На момент обращения у части из них были повторы ОКИ (8), причем у 5 детей в первые 3 месяца после первого заболевания, 9 детей перенесли ОРЗ, 6 из них 2 и более раз.

В группе пациентов (20), перенесших ОРЗ, повторно болели 12 детей, 9 — два раза и трое — три раза, последние по клиническим показаниям лечились в стационаре.

Исследования микробиоценоза кишечника выявили у большинства детей дисбиотические изменения: снижение количественного уровня бифидобактерий (28), лактобактерий (24), синдром атипичных эшерихий (13), пролиферацию различных условно-патогенных бактерий (УПБ) (11). Копрологические ис-

следования обнаружили признаки нарушенного пищеварения более чем у половины детей: амилорея (12), стеаторея (16). В бактериологических посевах из зева и носа отмечен обильный рост золотистого стафилококка (27), гемолитического стрептококка (8), сочетание золотистого стафилококка и синегнойной палочки (3), золотистого стафилококка, гемолитического стрептококка, нейссерий и кандид (2).

В гемограмме общее количество лейкоцитов составляло от $5 \times 10^9/\text{л}$ до $11 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов от $0,42 \times 10^9/\text{л}$ до $0,66 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитов от $2,6 \times 10^9/\text{л}$ до $3,8 \times 10^9/\text{л}$, юные нейтрофилы не обнаруживались. В иммунограмме у большинства детей (38) отмечалось снижение содержания сывороточного IgA до 0,4–0,8 г/л.

Всем детям в комплексной терапии ИВЗ и для профилактики их повторов проводилась иммунобиокоррекция поликомпонентным пробиотиком (аципол/линекс) и иммуномодулятором Виферон-1 (суппозитории) в течение 10 дней (расширенная схема) или 2,5 мес. (продолжительная схема) и мазь (интраназально). Суточная и курсовая дозы были индивидуальными с учетом тяжести ИВЗ и частоты их повторов. После окончания коррекции у всех детей были получены положительные результаты: купировались клинические проявления ИВЗ, показатели нормофлоры кишечника достигли оптимального уровня у 20 детей и приблизились к таковому у 6, уровень УПБ у всех детей снизился до допустимого количества ($< 10^4$ КОЕ/г), отмечена элиминация УПБ со слизистых зева и носа. Нормализовалось количество лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов, лимфоцитов, а также сывороточного IgA. Повтор ИВЗ в последующие 6 месяцев был зарегистрирован у 10 детей: ОКИ у 3, ОРЗ у 7 и только однократно.

Таким образом, дети первого года жизни, перенесшие ИВЗ, для полного восстановления здоровья и профилактики их повторов нуждаются в комплексной иммунобиореабилитации. Расширенная и продолжительная виферонотерапия в сочетании с пробиотикокорригирующей терапией у таких детей способствуют стабилизации достигнутых результатов и уменьшает частоту повторов ИВЗ.

613.953.11-053.2

ЛУКУШКИНА Е.Ф., БАСКАКОВА Е.Ю.

ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Нижний Новгород

Неадекватное вскармливание ребенка в грудном возрасте — риск метаболических нарушений в будущем

Теоретическая основа: регулярный контроль за физическим развитием является важным средством оценки пищевого статуса грудных детей и детей раннего возраста. Физическое развитие ребенка служит индикатором прошлых и настоящих условий жизни.

Программы поддержки грудного вскармливания позволяют увеличить его распространенность. Однако на сегодняшний день его уровень продолжает оставаться низким.

Цель: изучить отдаленные последствия вскармливания грудных детей неадаптированными молочными продуктами,