

шение IgE к бактериальным и грибковым аллергенам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 108 детей и подростков от 1 года до 18 лет, из них 58 — с НСМИ, 50 — с atopическим дерматитом. Изучение микрофлоры кишечника у пациентов с НСМИ и АД проводили согласно приказу Минздрава России (ОСТ 91500.11.0004-2003). У пациентов с НСМИ и atopическим дерматитом оценивали клинические проявления аллергии, результаты определения в сыворотке крови общего IgE и специфических IgE к аллергенам в иммуноферментных тест-системах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительное исследование у 58 детей с НСМИ и у 50 — с АД частоты сенсибилизации к пищевым (91,4% и 96,0%, $p>0,05$), бытовым (79,3% и 66%, $p>0,05$), пылевым (31,0% и 20,0%, $p>0,05$), бактериальным и грибковым (27,6% и 40,0% $p>0,05$) аллергенам не показало статистически значимых различий. Из 58 — у 12 (20,7%) пациентов с НСМИ, имеющих сенсибилизацию к *Staph. aureus* по результатам повышения специфических IgE в крови, выделен *Staph. aureus* из фекалий в концентрации $3,42\pm0,29$ LgKOE/г, что достоверно выше среднего уровня ($3,42\pm0,29$ LgKOE/г и $1,07\pm0,2$ LgKOE/г соответственно, $p<0,05$). Из 58 — у 13 (22,4%) детей с НСМИ, имеющих сенсибилизацию к *Candida albicans* по результатам повышения специфических IgE в крови, выделены *Candida albicans* из фекалий в концен-

трации $4,5\pm0,21$ LgKOE/г, что достоверно выше среднего уровня ($4,5\pm0,21$ LgKOE/г и $2,72\pm0,32$ LgKOE/г соответственно $p<0,05$). Пролиферация *Staph. aureus* и *Candida albicans* в фекалиях у 28 детей с НСМИ с клиническими проявлениями аллергии и сенсибилизацией к аллергенам достоверно выше, чем у 30 с латентной сенсибилизацией к аллергенам (71,4% и 10,0%; 43,1% и 16,7% соответственно, $p<0,05$). У 15 (30%) пациентов с atopическим дерматитом, имеющих сенсибилизацию к *Staph. aureus*, выделен стафилококк из фекалий в концентрации $4,42\pm0,29$ LgKOE/г, что выше среднего уровня в кале у всех детей с atopическим дерматитом ($4,42\pm0,18$ и $2,68\pm0,31$ LgKOE/г соответственно, $p<0,05$). У 7 (14%) детей с atopическим дерматитом, имеющих сенсибилизацию к *Candida albicans*, выделена *Candida albicans* из фекалий в концентрации $3,9\pm0,21$ LgKOE/г, что достоверно выше, чем в среднем уровень у всех детей с atopическим дерматитом ($3,9\pm0,21$ и $2,26\pm0,37$ LgKOE/г соответственно, $p<0,05$).

ВЫВОДЫ

Установлена прямая корреляция частоты сенсибилизации к *Candida albicans* и *Staphylococcus aureus* и уровня колонизации ими кишечника у детей с atopическим дерматитом и НСМИ, имеющих клинические проявления аллергии и сенсибилизацию к аллергенам. При пролиферации *Candida albicans* и *Staphylococcus aureus* в фекалиях у детей с НСМИ следует определять в крови специфические иммуноглобулины IgE к бактериальным и грибковым аллергенам, проводить целенаправленную терапию.

К ВОПРОСУ О SPINA BIFIDA OCCULTA

© Е. О. Калиничева

СПбГМА им. И. И. Мечникова, кафедра педиатрии, Санкт-Петербург

Spina bifida occulta (SBO) — нарушение слияния дуг позвонков, не сопровождающееся формированием спинномозговой грыжи. В начале XX в. Fuchs и Mattauschek предложили имевшую впоследствии многих сторонников теорию миелодисплазии, согласно которой указанная патология может являться одной из причин развития энуреза. Это связано с вероятным сдавлением при ней спинного мозга, главным образом, мозгового конуса и конского хвоста, где расположены спинальные центры регуляции мочеиспускания. В последние десятилетия большинством авторов данная взаимосвязь опровергнута. Однако до настоящего времени многие практикующие врачи еще продолжают придавать ей

определенное значение, в недалеком прошлом даже проводилось оперативное лечение энуреза при SBO [Козарев В. А. (1986)].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Исследование взаимосвязи SBO с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря (НДМП). Кроме того, мы решили проанализировать, встречаются ли при SBO клинические признаки локального (в пояснично-крестцовой области) дизэмбриогенеза, очень часто обнаруживаемые при *spina bifida aperta*. Нами обработаны 54 истории болезни детей в возрасте от 8 до 17 лет, находившихся на лечении во II детском ортопедическом отделении СПбНЦЭР

им. Г. А. Альбрехта с диагнозом сколиотическая болезнь грудного отдела позвоночника I–II степени. Для верификации указанного диагноза всем детям проводилась стандартная спондилография грудного отдела. В качестве сопутствующей рентгенологической находки SBO выявлена у 14 пациентов (26%). Во всех наблюдениях имелось расщепление S1, в 7 — в различных комбинациях оно сочеталось с незаращением дужек L4, L5, S2. У 5 детей со SBO (36%) обнаружен гипертрихоз в пояснично-крестцовой области, в то время как из остальных пациентов указанный признак отмечен только у 1 ребенка (2,5%). С целью выявления возможного наличия НДМП детям с SBO проведена оценка суточного ритма и характера мочеиспусканий. Ни у одного ребенка НДМП не наблюдалась

ВЫВОДЫ

1. *Spina bifida occulta* не является причинно значимым фактором возникновения НДМП.
2. Выявление у 36% детей со *Spina bifida occulta* локального признака дизэмбриогенеза (гипертрихоза в пояснично-крестцовой области), еще раз подтверждает необходимость рассматривать данную рентгенологическую находку не как нормальный анатомический вариант [Рейнберг С. А. (1964)], а как форму спондилодисплазий позвоночника.
3. Сравнительная оценка частоты *Spina bifida occulta* у детей в популяции (которая по литературным данным может составлять до 40%) с частотой *Spina bifida occulta*, выявленной у детей со сколиотической болезнью (26%) подтверждает положение о том, что *Spina bifida occulta* не приводит к деформации позвоночного столба.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ МАТРИЦА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАМИ С ГЕМАТУРИЕЙ

© Л. Р. Кальметьева

ГУЗ Республиканская детская клиническая больница, г. Уфа

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование уровня моноцитарного хемоаттрактивного протеина-1 (МХП-1) в моче для оценки активности и стадии почечного процесса, определение возможности использования данного показателя в качестве диагностического и прогностического маркера.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 19 больных детей с обострением хронического гломерулонефрита (ХГН) с гематурией в возрасте от 6 до 17 лет. Наряду с клинико-лабораторными методами проводилось иммунологическое обследование, включавшее определение концентрации сывороточных иммуноглобулинов (Ig) классов А, М, G; уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). По данным ДНК-цитометрии периферической крови оценивались плоидность и кинетика клеточного цикла. Уровень МХП-1 определялся в моче методом иммуноферментного анализа с использованием моно- и поликлональных антител (ЗАО «Вектор-Бест», г. Новосибирск). Семь пациентов на момент обследования получали глюкокортикоиды, а 2 ребенка — двухкомпонентную иммуносупрессивную терапию (азатиоприн и гормоны). Полученные данные подвергались корреляционно-регрессионному анализу

с использованием непараметрических методов статистики (ранговый коэффициент корреляции Спирмена и Mann Whitney Test).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе корреляционного анализа установлены положительные взаимосвязи, характеризующие высокую активность воспалительного процесса и раскрывающие этиопатогенетические механизмы формирования обострения ХГН с гематурией: МХП-1 – Ig M (0,53), МХП-1 – S-фаза (0,61), ЦИК – S-фаза (0,73), протеинурия – СОЭ (0,56), Ig M – холестерин (0,51). При этом возрастание уровня мочевого экскреции МХП-1 сопровождалось активацией первичного иммунного ответа (Ig M) и элиминационных механизмов защиты (ЦИК), а также повышением пролиферативной активности клеток периферической крови (S-фаза). Об эффективности проводимой иммуносупрессивной терапии свидетельствуют отрицательные связи МХП-1 – гормоны (–0,47), протеинурия – цитостатики (–0,56).

ВЫВОД

В результате корреляционного анализа установлены значимые маркеры активности иммунологического процесса и эффективности проводимой иммуносупрессивной терапии у детей с хроническим гломерулонефритом с гематурией.