

Полученные в ходе наших исследований данные свидетельствуют о широком спектре нарушений со стороны ВОПТ у младенцев со срыгиваниями и рвотой при перинатальных поражениях ЦНС. У 94,2% этих детей по данным рН-метрии отмечаются различные секреторные и моторно-сфинктерные нарушения, а при эндоскопическом исследовании у 60% пациентов диагностированы воспалительные заболевания ВОПТ.

В этой связи дети с гастроинтестинальными нарушениями (ГИН), по нашему мнению, нуждаются в проведении комплексного клиничко-инструментального исследования, направленного на верификацию характера поражения ВОПТ.

Алгоритм обследования детей с синдромом срыгивания и рвоты при перинатальном поражении ЦНС предполагает обязательное исследование функций ВОПТ методом продолжительной поэтапной рН-метрии. Метод рН-метрии позволяет судить о кислотообразующей функции желудка, является «золотым стандартом» для диагностики гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов. Безопасность и точность, простота, высокая чувствительность к малым концентрациям H^+ -ионов, доступность для детей раннего возраста делает метод рН-метрии приоритетным при обследовании функций ВОПТ у младенцев. Показания для проведения продолжительной рН-метрии у детей раннего возраста: синдром срыгиваний и рвоты; беспокойство, связанное с кормлением; рецидивирующие заболевания бронхолегочной системы; гипотрофия. Противопоказания: желудочное кровотечение; аневризма аорты; ожоги, дивертикулы и стриктуры пищевода; острые инфекционные заболевания; сердечная декомпенсация; гемофилия; варикозное расширение вен пищевода. При невозможности выполнения детям рН-метрии нами разработаны дифференциально-диагностические критерии типов ГИН при синдроме срыгиваний и рвоты, позволяющие диагностировать характер нарушений кислотообразования и моторики.

Единственным методом верификации воспалительного процесса верхних отделов пищеварительного тракта, в том числе и у детей раннего возраста, в настоящее время является фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с биопсией. Однако, именно у этого контингента больных должно быть минимизировано использование инвазивных методов диагностики. В этой связи, одной из важнейших задач мы считали разработку неинвазивного

метода дифференциальной диагностики воспалительного и невоспалительного характера поражения ВОПТ у этой категории пациентов. Для верификации заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта нами предложен способ диагностики путем исследования желудочного сока с определением уровня нитрат-ионов и при их значении выше 2 ммоль/л выявляют воспалительные изменения ВОПТ, а при концентрации нитрат-ионов ниже 2 ммоль/л — функциональные. Предложенный нами метод позволяет среди всех младенцев с гастроинтестинальными нарушениями выделить группу детей с подтвержденным воспалительным характером процесса в ВОПТ для проведения необходимого в данной ситуации исследования (ФЭГДС) с целью уточнения локализации воспалительного процесса.

Принципиально важно, что при гистологическом исследовании биоптатов и уреазном тесте, ни у одного обследованного ребенка раннего возраста с воспалительными поражениями ВОПТ не был выявлен *Helicobacter pylori*. В последние годы активно обсуждается роль условно-патогенной флоры в развитии воспалительных заболеваний эзофагогастродуоденальной зоны. Нашими исследованиями показано, что при наличии воспалительного заболевания гастродуоденальной зоны у детей отмечается снижение представителей нормальной микрофлоры желудка и расширение видового состава за счет достоверного увеличения числа условно-патогенной флоры, несвойственной данному биотопу, преимущественно за счет энтеробактерий, что свидетельствует о развитии дисбиоза эзофагогастродуоденальной зоны при воспалительных заболеваниях ВОПТ. Нами предложена и внедрена лечебная программа при синдроме срыгиваний и рвоты у детей с перинатальными поражениями ЦНС, которая включает: 1) патогенетическую терапию, направленную нормализацию функций ЦНС 2) симптоматическую терапию для коррекции секреторных и/или моторных нарушений ВОПТ с использованием диетотерапии, по показаниям — антацидов, прокинетиков, ферментов. Полученные нами результаты, свидетельствующие об участии условно-патогенной флоры в формировании воспалительного процесса в ВОПТ, открывают перспективы разработки новых схем лечения гастроинтестинальных нарушений у детей раннего возраста с учетом состояния микрофлоры эзофагогастродуоденальной зоны.

К ВОПРОСУ ОБ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДИСПЕПСИИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА

Краснова Е.Е., Чемоданов В.В., Балдаев А.А., Горнаков И.С., Копылова Л.А., Вавилов В.Ю., Клыкова Е.Н., Костылева А.В.

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
МУЗ «Детская городская клиническая больница № 1», г. Иваново

По данным эпидемиологических исследований, распространенность среди детей и подростков заболеваний, сопровождающихся синдромом диспепсии, составляет от 7 до 40%. Такая высокая

встречаемость патологии обязывает врачей при обращении пациентов с комплексом расстройств, включающих боль или дискомфорт в эпигастрии, чувство переполнения в подложечной области по-

сле еды, раннее насыщение, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу, составляющих суть синдрома диспепсии, четко придерживаться алгоритмов диагностики. Согласно современным рекомендациям, основное количество больных с данной симптоматикой должно быть обследовано в амбулаторных условиях. Однако в повседневной практике это положение может быть выполнено далеко не всегда, что в первую очередь обусловлено большим объемом исследований, необходимых для постановки диагноза. Именно поэтому нередко сохраняется целесообразность обследования ребенка в условиях соматического стационара, где есть возможность в короткие сроки провести весь комплекс необходимых исследований.

В нашей клинике отработана четкая система обследования детей с синдромом диспепсии. Так, уже на приемном отделении врач на основании клинических симптомов проводит скрининг заболеваний, составляющих группу органической диспепсии (язвенная болезнь, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь, панкреатит). Одновременно составляется план лабораторного и инструментального обследования, включающий в первую очередь неинвазивные методы исследования, с тем чтобы в дальнейшем дифференцированно отбирать больных для проведения ФЭГДС. К таким неинвазивным тестам относятся УЗИ внутренних органов, включая исследование двигательной функции желчного пузыря, дыхательный тест на инфекцию *H. pylori*, оценка копрограммы, исследование кала на яйца глистов методом накопления и на лямблиоз, общий и биохимический анализы крови. На базе клиники апробированы и новые неинвазивные тесты — определение летучих жирных кислот в слюне, оценка активности гемато-саливарного барьера по уровню ряда макроэлементов в крови и слюне, которые с большой точностью позволяют провести дифференциальный диагноз между функциональными и воспали-

тельными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта. В настоящее время идет апробация метода гастроэнтерографии, внедрение которого позволит выявлять характер моторно-эвакуаторных нарушений и, соответственно, корригировать лечебные мероприятия.

Тщательный анализ клинических данных и результатов неинвазивных методов исследования способствует более четкому и целенаправленному отбору больных для ФЭГДС. Здесь следует отметить, что в педиатрической практике диагноз хронического гастрита/гастродуоденита чаще всего основывается именно на эндоскопических данных, поскольку морфологические исследования, являясь «большими» инвазивными методами, имеют ограниченное применение у детей. Гистологическое исследование биоптатов мы проводим в основном у пациентов с длительным течением заболевания, когда повышается вероятность формирования атрофического гастрита.

В ходе диагностического поиска нередко возникают ситуации, которые требуют существенного расширения или полного изменения первоначально запланированного комплекса исследований. При этом требуется консультация таких специалистов, как невролог, уролог, детский гинеколог, хирург и даже ортопед.

Таким образом, мы считаем, что существующие протоколы исследования составляют лишь основу для диагностики заболеваний, сопровождающихся синдромом диспепсии. Сам же процесс диагностики является индивидуальным и зависит от конкретной ситуации. А осуществление его в условиях стационара, при ежедневном контроле и возможности коррекции со стороны лечащего врача, ускоряет постановку окончательного диагноза и способствует повышению лечебно-реабилитационных мероприятий в дальнейшем.

ФЕЛЛИНОЗ: ТАКТИКА ПЕДИАТРА

Кузнецова О.В., Ратманова Г.А., Левенец А.Я., Баранова Н.Н., Бойцова Л.Н.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Феллиноз (болезнь кошачьей царапины, доброкачественный ретикулез) не редкое заболевание детского возраста. Несмотря на то, что феллиноз описан более 50 лет назад, до настоящего времени дискутируется вопрос этиологии заболевания, и как следствие этого, тактики ведения больного. В исследованиях последних лет возбудителями заболевания считались вирусы, грамотрицательные бактерии, бартонеллы.

Цель исследования: углубленное обследование больных феллинозом детей в плане уточнения этиологических моментов заболевания в каждом конкретном случае, обобщение результатов и отработка элементов ведения в условиях амбулаторно-поликлинического звена педиатрической службы.

Под нашим наблюдением в течение 4 лет находилось 31 ребенок, у которых развитие заболевания связано с царапинами кошек. Всем детям проводи-

ли общеклиническое обследование и иммуноферментный анализ (ИФА) для выявления антител к хламидийным и токсоплазменным антигенам. Инкубационный период заболевания варьировал от 3 до 30 дней. На месте инфицированной царапины, покрытой струпом, появлялась инфильтрация мягких тканей, нагноение. Температура в течение 3—10 дней повышалась до 38—39°C. У всех детей было опухолевидное увеличение одного или нескольких региональных лимфоузлов. Увеличения лимфоузлов вне региона первичного очага не наблюдалось. Лимфоузлы плотно-эластической консистенции, не спаяны между собой и окружающими тканями, перинодулярный отек, болезненные при пальпации. Кожа над узлами была гиперемирована, с синюшным оттенком, у 2 детей цвет кожи не менялся. При вскрытии лимфоузлов (4 детей) выделялся гной желтого цвета. У 4 детей был конъюнктивит (царапины на лице), у 2 пятнисто-папулезная сыпь, у 1 — узловатая эритема. В ана-