

свидетельствовало о средовой обусловленности гормональных дисфункций.

Выявленные нарушения эндокринной регуляции, коррелирующие с тяжестью гематологических расстройств, обуславливали дестабилизацию физиологических процессов. Следовательно, напряженность в системе эндокринных желез можно рассматривать в качестве первичного стрессорного ответа, который обуславливает адаптационные нарушения со стороны гемопоэза. Поэтому можно предположить ведущую роль эндокринных нарушений в генезе ранних форм гематологических отклонений. Продолжительные стрессорно-адаптационные реакции в условияхотягощенного преморбидного фона и пролонгированной внешней агрессии приводят к истощению защитно-приспособительных

механизмов, что отражается в корреляции показателей последних с тяжестью гематологических расстройств ($p < 0,05$).

Полученные данные указывают на принципиальную возможность риска развития анемий у детей путем воздействия системы факторов инициации заболевания и механизмов, обеспечивающих устойчивость организма к ним. Нарушения в системе защиты организма способствуют наиболее раннему становлению гематологических расстройств ($p < 0,05$). Фактором манифестации заболевания могут являться стрессорные реакции, способствующие углублению нарушений гомеостаза, создающие предпосылки для патоактивации наследственно обусловленных и закономерно легко ранимых физиологических процессов.

616.9-053.2

Г.В. САНТАЛОВА, Е.А. КОНДОРОВА, Г.Р. ВАЛЕЕВА, Е.А. МАКСИМОВА

Самарский государственный медицинский университет

Лечение вторичного иммунодефицита у детей с хроническим течением персистирующих инфекций

Несмотря на значительные успехи, которых добилась современная медицина в области вирусологии и иммунологии, проблема так называемых персистирующих инфекций все еще остается весьма актуальной. Заболеваемость не имеет тенденции к снижению, а наоборот, возрастает. В связи с вышесказанным постоянно продолжается поиск эффективных, экономически доступных схем лечения и профилактики.

Под нашим наблюдением находились дети с вялотекущими формами персистирующих инфекций (вызванных вирусом простого герпеса, хламидиями), при которых длительное время держался субфебрилитет, не происходила естественная санация дыхательных путей, активизировались очаги хронической инфекции, возникали осложнения. Мы отметили резистентность микроорганизмов к антибактериальным, противовирусным препаратам.

У всех пациентов наблюдались признаки вторичного иммунодефицита, что подтверждалось нестабильностью результатов терапии, несмотря на массивное этиотропное лечение. Насущной была задача мобилизации резервов иммунной защиты, ее активизации.

Мы воспользовались методом антигомтоксической терапии, который позволяет обеспечить регрессивную викариацию или затормозить прогрессивную викариацию, уменьшить степень выраженности патологической симптоматики.

Антигомтоксические препараты отвечают современным требованиям к лекарственным средствам: не вызывают таких побочных эффектов, как иммуносупрессия, дисбактериоз, аллергогенность; максимально быстро выводятся из организма, не токсичны; нормализуют обменные процессы, активируют и регулируют работу иммунной системы, способствуют естественному выведению избыточных и вредных веществ.

Обследование проводилось с 2007 по 2009 гг. у 90 больных в возрасте от 5 до 12 лет с хроническим течением персистирующих инфекций (хламидийной — 42 ребенка, герпетической — 48 пациентов), лечившихся в Самарском центре по персистирующим инфекциям и паразитарным инвазиям педиатрического отделения городской больницы №5 г. Самары.

У 5,1% детей инфекция была врожденной. Диагноз врожденной инфекции был поставлен на этапе обследования в течение первых 6 месяцев жизни, когда методом ПЦР определяли наличие возбудителя.

Анализируя распределение больных по половому признаку, мы не отметили принципиальной разницы среди детей с персистирующими инфекциями (девочки составили 48,8%, мальчики — 51,2%).

Анализ анамнестических данных показал, что большинство детей были от первой беременности (61,4%). Многие матери имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Инфекционный синдром встречался у 21,7% детей и проявлялся частыми ОРВИ, бронхитами, хронической инфекцией ЛОР-органов, лимфаденопатиями, длительным субфебрилитетом. Аллергический синдром встречался в 16,5% случаев и характеризовался дерматитами в сочетании с частыми ОРВИ, бронхиальной астмой, поллинозом. Аутоиммунный синдром (9,4% случаев) был представлен ювенильным артритом, гломерулонефритом, повторными пневмониями, тромбоцитопатиями. В большинстве случаев наблюдались симптомы хронической интоксикации.

Нами были выделены: группа пациентов, наблюдаемая в процессе антигомтоксической терапии (56 пациентов — 62,2%), и группа контроля (34 человека — 37,8%) — дети,



лечившиеся ранее традиционными методами (антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, противокашлевые, бронхолитики, кортикостероиды, иммуностимуляторы или сочетание медикаментозной и физиотерапии), — для сравнительного анализа результатов лечения. Группы были сопоставимы по возрасту, диагнозам, длительности заболевания.

Оценка клинических проявлений заболевания позволила нам распределить детей основной группы по фазам патологического процесса (фазы гомотоксикоза) с целью дифференцированного подхода к назначению антигематоксической терапии (Эхинацея композитум, Галиум-Хель, Траумель С, Лимфомиозот, Мукоза композитум, Убихинон композитум, Козэнзим композитум, дренажные средства).

Длительность антигематоксической терапии в основном составляла 4–6 недель. Анализ полученных данных показал, что у 90% пациентов основной группы первые положительные сдвиги в состоянии были отмечены через 3–4 недели от начала терапии — значительно уменьшились симптомы иммунной недостаточности, тогда как в контрольной группе за указанный срок выраженность клинических проявлений практически не изменилась. В течение последующих двух месяцев у 87% детей основной группы уменьшились размеры печени и лимфатических узлов; в контрольной группе размеры печени уменьшились у 52% пациентов, лимфоузлов — у 12%. Наблюдение в течение года после лечения показало снижение числа ОРВИ до двух — трех раз и отсутствие длительного субфебрилитета после болезни только в основной группе.

616.61-002.3-053.2

О.А. СЕДАШКИНА

Оренбургская государственная медицинская академия

Клинические особенности пиелонефрита у детей с дисплазией соединительной ткани

Хронический пиелонефрит — наиболее распространенное заболевание почек у детей, характеризующееся полиморфностью клинических симптомов, трудностью ранней диагностики с формированием хронической почечной недостаточности и инвалидизацией больных уже в детском возрасте (Вялькова А.А., 1978, 2005; Папаян А.В., 1995; Игнатова М.С., 1998, 2000; Коровина Н.А., 2001; Дементьева Т.Г., 2001, 2006; Зверев Д.В., 2007).

С целью определения клинических особенностей хронического пиелонефрита (Хр.ПН) у детей с недифференцированным синдромом соединительно-тканной дисплазии (НССТД) проведено комплексное нефро-урологическое обследование и анализ клинико-параклинических показателей у 154 детей с НССТД, больных Хр.ПН. Дети распределены по нозологическим формам болезни на группы, сопоставимые по возрасту и признакам НССТД: 90 больных с пиелонефритом на фоне НССТД; 64 ребенка с пиелонефритом без органических признаков НССТД.

Результаты исследования: У детей с Хр.ПН, развившемся на фоне дисплазии, выявлены различные фенотипические

признаки НССТД: гипермобильность суставов (63,3%), сандалевидная щель (89,12%), готическое небо (69,2%), сколиоз (60,4%), эпикант (43%), плоскостопие (35%), патология зрения (31%), spina bifida (30%), оттопыренные уши (29%), приросшие мочки (20%), широкое переносье (19,7%), килевидная грудная клетка (9,13%), повышенная растяжимость кожи (24%), выраженность венозной сети кожи (17,5%), расширенные капилляры (43%), астеническое телосложение (26,7%), грыжи передней брюшной стенки (2,6%). У 75% детей с Хр.ПН фенотипические признаки сочетались с пороками развития ОМС.

Доказана взаимосвязь тяжести соединительно-тканной дисплазии с частотой аномалий ОМС и выраженностью клинических симптомов заболевания. Научно обосновано, что пациентам с высокой степенью соединительно-тканной дисплазии показано целенаправленное обследование для исключения органических признаков НССТД и клинически значимых изменений мочевой системы.