

были выявлены патологические изменения печеночной паренхимы, наиболее выраженные при ХВГ В по сравнению с ХВГ С, что согласуется с литературными данными [1].

Заключение. Таким образом, УЭП может использоваться у детей на амбулаторном этапе обследования как неинвазивный метод диагностики степени фиброза печени при ХВГ, что является определяющим фактором для выбора тактики лечения.

Литература

1. Детская гепатология / под ред. Б.С. Каганова. – М.: Издательство «Династия», 2009. – 576 с.
2. Павлов, Ч.С. Биопсия печени: методология и практика сегодня / Ч.С. Павлов, В.Т. Ивашкин // Рос. журн. Гастроэнтерол., гепатол., колопрокт. – 2006. – Т. 16, № 4. – С. 65-78.
3. Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей / Ш. Шерлок, Д. Дули. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 864 с.

4. Talwalkar, J.A. Непрямая эластография печени с помощью ультразвука в диагностике фиброза: систематический обзор и метаанализ / J.A. Talwalkar, D.M. Kurtz, S.J. Schoenleber [et al.] // Клиническая гастроэнтерол. и гепатол. – 2008. – Т. 1, № 2. – С. 76-83.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит, фиброз печени, диагностика, дети

RESULTS OF ULTRASONIC ELASTOGRAPHY APPLICATION FOR DIAGNOSTICS OF HEPATIC FIBROSIS IN CHILDREN WITH CHRONIC VIRUS HEPATITISES

SURKOV A.N., GUNDOBINA O.S., KOMAROVA E.V., TATYANINA O.F., NAMAZOVA-BARANOVA L.S.

Key words: chronic virus hepatitis, hepatic fibrosis, diagnostics, children

© Коллектив авторов, 2010
УДК 615.281.035:616–053.2:616.24–008.4

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

О.В. Тарасова, О.Ф. Лукина, О.И. Симонова
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Муковисцидоз (МВ) – частое, наследственное заболевание с полиорганной клинической картиной, которое характеризуется, в первую очередь, проявлениями тяжелого хронического бронхолегочного процесса и выраженного бронхообструктивного синдрома. Для объективной оценки состояния функции внешнего дыхания (ФВД) у детей с МВ и контроля эффективности проводимого лечения традиционно используются функциональные методы исследования легких [2,4]. При современном течении МВ нередко встречаются трудности в точной оценке тяжести течения заболевания, особенно у больных в раннем возрасте. До недавнего времени у детей в возрасте до 5 лет отсутствовали объективные методы диагностики нарушений ФВД, так как выполнение осмысленных форсированных дыхательных движений во время проведения исследования в этом возрасте невозможно [2,4]. Широкое внедрение компьютерных технологий в медицинскую практику способствовало разработке новых неинвазивных методов с использованием спокойного дыхания, позволяющих диагностировать нарушение бронхиальной проходимости у детей раннего возраста [1]. Метод бронхофонографии (БФГ) был разработан российскими исследователями в 1993 году [3].

Было показано, что метод высокоинформативен при диагностике обструктивного синдрома у детей раннего и школьного возраста с бронхиальной астмой и бронхолегочной дисплазией.

Материал и методы. Обследован 41 ребёнок с МВ, от 2 месяцев до 6 лет, М – 18, Д – 23. 31,7% (13) детей были в возрасте 2 месяцев – 3 лет; с легким течением МВ – 2 (4,9%), среднетяжелым – 26 (63,4%), тяжелым – 13 (31,7 %). Из них у 13 больных (3-5 лет) отмечалась ремиссия МВ: 1 (7,7%) – лёгкое течение, 11 (84,6%) – среднетяжёлое, 1 (7,7%) – тяжёлое. Жалоб не было, аускультативно – без особенностей. Обострение МВ было у 28 (68,3%): 12 (42,8%) – тяжёлое течение, 15 (53,6%) – среднетяжёлое, 1 (3,6%) – лёгкое. Этот период характеризовался возникновением одышки в покое различной степени выраженности, шумным затрудненным дыханием, влажным продуктивным кашлем с обилием мокроты слизисто-гнойного характера. При аускультации выслушивалось жёсткое, иногда ослабленное дыхание с множеством сухих «свистящих» и массой разнокалиберных влажных хрипов на фоне напряженного выдоха.

Результаты и обсуждение. У детей со среднетяжелым течением МВ в возрасте 2 мес. – 6 лет в периоде ремиссии при полном отсутствии клинической и аускультативной картины бронхообструктивного синдрома в 30% случаев выявлялись признаки обструктивных нарушений только по данным БФГ: увеличение показателя акустической работы дыхания в высокочастотном диапазоне – APD_2 ($p < 0,001$) и повышение K_1 ($p < 0,05$).

Тарасова Ольга Владимировна, аспирант отделения пульмонологии и аллергологии НЦЗД РАМН, тел.: 8-926-4967853; e-mail: Sabrina_81-81@mail.ru.

В периоде обострения МВ у 28 детей (2 мес – 6 лет) клиническая картина бронхообструктивного синдрома подтверждалась в 95% случаев показателями БФГ ($p < 0,05$).

Таким образом, для диагностики бронхообструктивного синдрома у детей с МВ раннего возраста наиболее информативным является метод бронхофонографии, который объективно выявляет нарушения бронхиальной проходимости независимо от тяжести и периода болезни. В периоде клинической ремиссии заболевания с помощью бронхофонографии можно выявить скрытые обструктивные нарушения вентиляции легких, которые требуют лечения. Особенно важным является то, что метод позволяет диагностировать бронхообструкцию, которая требует медикаментозной терапии, при отсутствии клинических проявлений этого состояния, в том числе при аускультации. Критерием диагностики нарушений бронхиальной проходимости при исследовании функции внешнего дыхания методом БФГ являются: увеличение «акустической» работы дыхания, регистрация колебаний в высокочастотном диапазоне.

Литература

1. Геппе, Н.А. Бронхофонография в комплексной диагностике бронхиальной астмы у детей / Н.А.

Геппе, В.С. Малышев, М.Н. Лисицын [и др.] // Пульмонология. – 2002. – №1. – С. 47-55.

2. Лукина, О.Ф. Современные методы исследования функции легких у детей / О.Ф. Лукина // Лечащий врач. – 2003. – № 33. – С. 32-34.
3. Малышев, В.С. Способ диагностики дыхательных шумов, обусловленных бронхолегочной патологией у детей / В.С. Малышев, С.Ю. Каганов, В.Т. Медведев // Патент РФ №5062396, бюл. №181995.- 1993.
4. Kerem, E. The relation between genotype and phenotype in cystic fibrosis—analysis of the most common mutation (delta F508) / E. Kerem, M. Corey, B.S. Kerem, J. Rommens, D. Markiewicz, H. Levi-son, L.C. Tsui, P. Durie // N. Engl. J. Med. – 1990. – Vol. 323. – P. 1517-1522.

Ключевые слова: бронхофонография, функция внешнего дыхания, муковисцидоз, дети, ранний возраст

NEW POSSIBILITIES OF EXTERNAL RESPIRATORY FUNCTION ASSESMENT OF THE EARLY AGE CHILDREN WITH MUCOVISCIDOSIS (MV)

TARASOVA O.V., LUKINA O.F., SIMONOVA O.I.

Key words: bronchophonography, external respiratory function, mucoviscidosis, children, early age

© Коллектив авторов, 2010
УДК 613.95:616.24–002–085.28

ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

А.Г. Тимофеева, Т.В. Сергеева, Т.В. Маргиева, Т.С. Вознесенская,
О.В. Комарова, А.Н. Цыгин
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Основным методом лечения нефротического синдрома у детей остается кортикостероидная терапия [1, 2, 5]. В настоящее время для лечения нефротического синдрома, наряду с наиболее часто применяемыми ранее алкилирующими агентами циклофосфамидом и хлорбутином, широко используются селективные иммуносупрессанты, такие как циклоспорин А и мофетила микофенолат [3, 4].

Цель исследования – сравнительное изучение эффективности различных иммуносупрессивных препаратов при нефротическом синдроме у детей.

Материал и методы. В исследование было включено 118 детей с нефротическим синдромом в возрасте от 1 до 16 лет. В зависимости от чувствительности к преднизолону больные были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 57 пациентов со стероид-зависимым нефротическим синдромом (СЗНС), во вторую – 61 больной со стероид-резистентным нефротическим синдромом (СРНС). Всем больным со СРНС была проведена биопсия почки. Среди морфологических вариантов преобладал фокально-сегментарный

гломерулосклероз, вторым по частоте был мезангио-пролиферативный гломерулонефрит.

При СЗНС лечение алкилирующими агентами проводилось у 20-ти больных, циклоспорином – у 26-ти детей, микофенолата мофетилем – у 11-ти пациентов. При СРНС иммуносупрессивная терапия включала в себя алкилирующие препараты у 10 пациентов, циклоспорин – у 40 детей и микофенолата мофетил – у 11-ти больных.

Курсовая доза хлорамбуцила (0,2 мг/кг в сутки) и циклофосфамида (2 мг/кг в сутки) достигалась в течение 3-4-х месяцев. Мофетила микофенолат применялся в дозе 1000мг/м² поверхности тела в сутки, длительность приема составляла 1,5 – 3 года. Циклоспорин назначали в дозе 3-6 мг/кг массы тела в сутки под контролем уровня препарата в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение. При СЗНС в условиях применения алкилирующих цитотоксических препаратов (n=20) полная ремиссия нефротического синдрома достигалась у 100% больных. Преднизолон удалось отменить только у 11-ти детей. При наблюдении в течение более 3 лет стойкая ремиссия сохранялась только у 3 (16,7%) пациентов, которые оставались к этому времени под наблюдением. У 12-ти (66,7%) из этих 18-ти детей развился рецидив нефротического синдрома в сроки от 1 месяца до 1 года 4 месяцев после прекращения лечения. У остальных 3 больных рецидив наступил еще во время терапии. В среднем

Тимофеева Анна Георгиевна, кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник, Ученый секретарь ГУ НЦЗД РАМН, тел: 8(095)967-15-96; e-mail: timofeeva@nczd.ru.