

начала терапии только у 23% детей был установлен диагноз «определенного АИГ», у 76% - «предположительный». Положительная клиническая динамика на фоне иммуносупрессивной терапии явилась дополнительным подтверждением диагноза АИГ. После начала терапии 31% детей с «предположительным АИГ» перешли в категорию «определенного». В 100% случаев стартовая терапия проводилась в виде монотерапии преднизолоном. В зависимости от применяемой схемы лечения дети были разделены на 3 группы. В первой группе (23%) применялась схема с быстрым снижением дозы преднизолона. Во второй группе (67%) использовалось лечение с медленным снижением дозы преднизолона. В дальнейшем в обеих группах был подключен азатиоприн. В третью группу вошло 10% детей, получивших лечение в виде монотерапии преднизолоном.

Во всех 3 группах на 3 - 4 неделе лечения отмечалась положительная динамика. Полной эффективности лечения удалось достигнуть у 25% больных. У данных детей применялась II схема, на фоне которой в течение 1 месяца уменьшилась клиническая симптоматика, на 50% улучшились печеночные пробы, уровень трансаминаз в следующие 6 месяцев не превышал нормальные показатели более чем в 2 раза. Частичная эффективность наблюдалась у 75% больных. Рецидивы заболевания отмечались через 11±5 месяцев от начала терапии у 75% детей. При этом у 50% детей к развитию рецидива привело снижение дозы преднизолона ниже 10 мг/сутки, у 35% детей рецидив был связан с интеркуррентными инфекциями, у 15% детей — с травмами. Наибольшая частота рецидивов (89%) наблюдалась у детей со сформированным циррозом печени. В настоящее время 5 детей в состоянии клинико-лабораторной ремиссии получают поддерживающую тера-

пию преднизолоном в дозе 5-10 мг/сутки, 3 детей в сочетании с азатиопринем в дозе 25 мг/сутки. В настоящее время ни одному больному полностью не отменена иммуносупрессивная терапия. У 1 ребенка в ближайшее время планируется проведение трансплантации печени. На фоне длительной иммуносупрессивной терапии мы наблюдали побочные действия препаратов: у 45% выявлен остеопороз с высоким риском переломов через 7±2,3 лет иммуносупрессивной терапии, аменорея у 23%, синдром Кушинга у 89%, повышение АД у 27%, инфекции у 66%, отставание в физическом развитии у 45% больных.

Повторная биопсия была проведена с целью решения вопроса об отмене гормональной терапии у 1 больной, у которой удалось достигнуть полной клинической эффективности лечения на фоне монотерапии преднизолоном в течение 2 лет. Но сохранение активности по данным гистологического исследования биоптата (лимфоцитарной инфильтрации, выраженных цирротических изменений), не позволило отменить терапию.

Выводы: 1. С увеличением стажа АИГ высока вероятность развития перекрестных синдромов (АИГ/ПБЦ, АИГ/ПСХ, и др.) и присоединение других аутоиммунных заболеваний. 2. Международная балльная система может использоваться для диагностики АИГ у детей. 3. Несмотря на положительный ответ на иммуносупрессивную терапию у 100% больных в дебюте заболевания, рецидивы заболевания у 75%. 4. Развитие побочных эффектов на фоне длительной иммуносупрессивной терапии, сохранение иммунологической активности и гистологических изменений даже при полной эффективности лечения диктует необходимость дальнейшего совершенствования схем лечения аутоиммунного гепатита и поиска новых безопасных лекарственных средств.

Г.Р. КАМАШЕВА, Р.Ф. ХАКИМОВА

Казанский государственный медицинский университет

616.5-002-053.3

## Проблемы терапии атопического дерматита у детей раннего возраста в практике врача-педиатра

Патогенетическую основу атопического дерматита (АД) составляет хроническое аллергическое воспаление кожи. Современные подходы к терапии острой фазы АД у детей раннего возраста базируются на элиминации специфических и неспецифических триггеров, фармакотерапии с применением антигистаминных препаратов, высокоэффективных в отношении кожных высыпаний и зуда, а также наружной терапии с учетом стадии, распространенности, локализации воспалительного процесса и анатомо-физиологических особенностей строения кожи у детей данной возрастной группы.

**Цель исследования:** анализ назначенного врачами-педиатрами лечения АД у детей раннего возраста.

**Методы исследования:** проанализированы данные медицинской документации (история развития ребенка (форма № 112 у)) и анамнеза заболевания 140 детей раннего возраста

о проведенном ранее лечении врачами-педиатрами детских поликлиник обострений АД.

**Результаты:** анализ медицинской документации 140 детей с АД, а также данные анамнеза показали, что у 63,5% больных лечение АД не соответствовало общепринятым стандартам лечения данного заболевания. 25,7% детей с проявлениями АД лечение назначено не было. 5,7% детей были даны только рекомендации по гипоаллергенной диете. В 9,3% случаях проводилась монотерапия антигистаминными препаратами. Местную терапию нестероидными препаратами получали 7,8% детей, среди которых часто применялись препараты, содержащие дексапантенол (бепантен, Д-пантенол), 0,1% диметинден (фенистил-гель), обладающие слабыми противовоспалительными свойствами. Следует отметить низкую частоту назначения нестероидного крема элидел (в 6,5% случаев). У 15%

детей имела место монотерапия топическими кортикостероидами (ТКС) для купирования кожного процесса, причем у 3% — с применением галогенизированных ТКС, а у 12% детей — преимущественно с использованием негалогенизированного препарата Адвантан. Однако при анализе продолжительности наружной терапии Адвантаном было установлено, что в подавляющем большинстве случаев препарат применялся эпизодически или короткими курсами, что приводило к обострению кожного процесса через несколько дней после его отмены. Лишь у 36,5% детей лечение проводилось согласно общепринятым стандартам и включало назначение антиги-

стаминных препаратов, адекватной топической терапии на фоне гипоаллергенной диеты. Необходимо отметить, что только у 10% детей в комплексное лечение АД была включена вспомогательная топическая терапия увлажняющими средствами.

Выводы: результаты исследования свидетельствуют о низкой информированности врачей-педиатров об основных принципах терапии АД у детей раннего возраста, что требует включения актуальных вопросов детской аллергологии, в том числе и по диагностике и лечению АД в программы систематического усовершенствования врачей-педиатров.

614.4-053.2

**В.А. КЕЛЬЦЕВ, О.В. ЧУРБАКОВА, Т.А. ЖИЛЯКОВА**

Самарский государственный медицинский университет

## Основные направления профилактических мер при вирусных гепатитах у детей

В настоящее время в РФ хронические гепатиты (ХГ) — серьезная медицинская и социальная проблема (Балаян М.С., Михайлов М.И., 1999; Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., 2003; Шляхтенко Л.И. с соавт., 2001). Эпидемиологическая ситуация у детей остается пока нерешенной проблемой общества. По данным Всемирной организации здравоохранения, более трети населения земли уже инфицировано вирусом гепатита и страдает различными формами этого заболевания. Актуальность проблемы в педиатрии определяется инфицированностью населения вирусными гепатитами, ранним заражением детей. Настораживает тот факт, что вирусные гепатиты все больше становятся педиатрической проблемой, так как 70-80% инфицированных вирусами В и С — дети и подростки до 19 лет (А.Р. Рейзис, Н.В. Матанина, Д.А. Шрамов, 2006).

Показатели заболеваемости населения вирусным гепатитом являются важными для оценки эпидемиологической обстановки как по стране, так и в отдельном регионе.

Мы рассмотрели проблему вирусных гепатитов на примере детского инфекционного отделения ГКБ №2 им. Н.А. Семашко.

Анализ заболеваемости вирусными гепатитами в детском инфекционном отделении ГКБ №2 им. Н.А. Семашко в 2008 году показал, что количество госпитализированных детей составило 116. Дети были в возрасте от 7 месяцев до 18 лет. Наиболее часто болеющие хроническими гепатитами составляли дети в возрасте от 13 до 18 лет — 55,9%. Среди пациентов преобладали мальчики — 71,3%. В основном, все дети поступали в состоянии средней тяжести, при выписке состояние оценивалось как удовлетворительное.

По этиологии госпитализированные больные с вирусными гепатитами разделились в 2008 году в следующей хронологии: ОВГА — 63 госпитализированных детей (54,3%), острый вирусный гепатит В (ОВГВ) — 5 (4,3%), ХГВ — 14 (12,1%), ХГС — 19 детей (16,4%), хронический гепатит В+С (ХГ В+С) — 1 (0,86%), ХГ неуточненной этиологии — 6 (5,17%), аутоиммунный хронический гепатит — 1 (0,86%), токсический гепатит — 4 (3,44%), врожденный гепатит — 3 (2,6%).

На амбулаторном приеме побывало 639 детей. Среди них с вирусными гепатитами: 8 (1,25%) реконвалесцентов ОВГА, 178 (27,8%) с ХГВ, 194 (30,3%) с ХГС, с ХГ(В+С) 112 (17,5%), с аутоиммунным хроническим гепатитом — 2 (0,3%), с хроническим гепатитом CMV — 17 (2,7%) амбулаторных детей, 1 (0,15%) больной с хроническим вирусным гепатитом G (ХВГГ). По сравнению с 2007 годом количество амбулаторных больных было меньше (761) в 2008 г. (639). Если учесть, что заболевшие вирусными гепатитами дети, были рождены во время низкой рождаемости, то говорить о снижении заболеваемости вирусными гепатитами в 2008 году нельзя.

Острота современной эпидемиологической ситуации вирусными гепатитами требует активной работы по профилактике вирусных гепатитов, так как, несмотря на снижение заболеваемости ХГВ, происходит неуклонный рост заболеваемости ХГС и микст гепатитами В+С. Обоснована необходимость вакцинации больных ХГС против гепатита В, а также лиц с ХГ против гепатита А. Показано, что введение вакцин таким больным ведет в большинстве случаев к появлению у них специфических антител в защитной концентрации (Шахгильдян И.В. и соавт. 2008 г.).

Основной путь снижения заболеваемости гепатитом В — это проведение вакцинации против этого вируса всего населения.

Нейтрализация источника инфекции достигается путем выявления всех больных и вирусоносителей с последующей организацией их лечения и наблюдения, полностью исключающих возможность распространения заболевания в окружении.

Только мероприятия по профилактике гепатита, направленные на выявление источников инфекции и принятие профилактических мер, могут снизить заболеваемость вирусными гепатитами. Специфическая вакцинопрофилактика с помощью высокоэффективных вакцин с высокой иммуногенностью (98-100%) способна защитить не только «отдельные контингенты риска» в отдельно взятых странах, но и во всем мире (Рейзис А.Р., 2001).