

ния коллатерального кровотока, более выраженные в конечности с обильными высыпаниями. Биопсия кожи, проведенная в трех случаях, выявила явления воспаления и дистрофии капилляров кожи.

У 1/3 детей по коагулограмме отмечена склонность к гипокоагуляции, у 1 ребенка поставлен диагноз болезни Виллебранда. Показатели периферической крови не отличались от возрастных норм. У 2/3 детей по данным иммуноферментного анализа выявлены антитела к вирусам Эпштейна-Барра, цитомегалии, герпеса, в сочетании с антителами к токсоплазме, хламидиям.

Всем детям проведена лазеротерапия на сосуды нижних конечностей, внутрь и местно в виде мази — нестероидные противовоспалительные препараты (вольтарен, ортофен, диклофенак). При

отягощенном аллергологическом анамнезе, а также при наличии отечности элементов назначались антигистаминные средства. На фоне проведенной терапии у большинства детей отмечена положительная динамика кожных проявлений. Полное исчезновение элементов происходит в течение 4—8 месяцев. У части детей (у 1/3) изменения сохранились, хотя следует отметить уменьшения объема кожных поражений.

Таким образом, у большинства наблюдаемых нами больных хроническая пигментная пурпура развивалась на фоне инфекционной агрессии (вирусы, бактерии и др.) в сочетании у ряда детей с изначальной склонностью к гипокоагуляции. Включение в комплекс лечебных мероприятий противовоспалительных средств позволяет получить положительный эффект.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Копилова Е.Б., Шияев Р.Р., Москвина Л.П., Завьялова А.В., Князева И.В., Петрова О.А.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»
ОГУЗ «Ивановская областная детская клиническая больница»

Болезни органов пищеварения относятся к наиболее распространенной неинфекционной патологии детского возраста, занимая по частоте второе место после заболеваний органов дыхания. В структуре патологии пищеварительного тракта у детей ведущее место занимают поражения его верхних отделов. Дебютом гастродуоденальных нарушений у детей раннего возраста чаще всего являются упорные срыгивания и рвоты. В то же время, известно, что этот клинический симптомокомплекс является неспецифическим и встречается с различной частотой при многих заболеваниях детей раннего возраста. Как показывает практический опыт, наиболее часто дифференциальный диагноз срыгиваний и рвоты у детей раннего возраста необходимо проводить между функциональными расстройствами гастродуоденальной зоны, органическими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), перинатальным поражением ЦНС (гипертензивно-гидроцефальным синдромом, синдромом вегетативно-висцеральных дисфункций), врожденными аномалиями развития желудочно-кишечного тракта (атрезии, стенозы, врожденный короткий пищевод, врожденная халазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, кольцевидная поджелудочная железа, гипоплазия поджелудочной железы, незавершенный поворот кишечника, пилоростеноз), остро возникшими ситуациями (инвагинация, острая кишечная непроходимость, аппендицит и др.), эндокринными нарушениями, синдромом дисбактериоза кишечника, гастроинтестинальной аллергии, синдромом мальабсорбции. В этой связи сотрудниками кафедры детских болезней педиатрического факультета ИвГМА и областной детской клинической больницы разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм диагностики за-

болеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей раннего возраста с синдромом упорных срыгиваний и рвоты.

Диагностическая программа предполагает:

1. Сбор и оценку анамнеза: выявление наследственной отягощенности по заболеваниям гастродуоденальной зоны; сроки манифестации синдрома срыгиваний и рвоты, характер питания ребенка (естественное, искусственное); детальный анализ характера срыгиваний и рвоты (связь с приемом пищи, плачем, моторной активностью ребенка, объем, цвет и запах срыгиваемых масс, наличие в содержимом примеси желчи, створоженного или непереваренного молока).
2. Клиническое обследование больного (физическое развитие, наличие симптома «песочных часов», пигментации кожи, характер стула).
3. Лабораторное обследование: общий анализ крови, копрограмма, микробиологическое исследование кишечника, при необходимости биохимический анализ крови, иммунологическая диагностика пищевой аллергии.
4. Консультации специалистов: невролога, для уточнения характера перинатального поражения нервной системы и ведущего неврологического синдрома; хирурга.

Следует отметить скудность объективных симптомов, выявляемых при осмотре ребенка раннего возраста, позволяющих заподозрить патологию ВОПТ. В этой связи важную диагностическую ценность приобретают результаты дополнительных инструментальных методов исследования.

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 клинко-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 фиброэзофагогастро-дуоденоскопия (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 эзофагогастро-дуоденальной 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 эзофагогастро-дуоденальной 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 эзофагогастро-дуоденальной 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-