

цатиперстной кишки — 33,3% (ЯБДК). Уреазный тест в у больных этой группы был положительный в 84% случаев.

Среди детей с ХГД, протекающем на фоне АД, осложненного кандидозной инфекцией, чаще встречалась эрозивная форма — 56,7% случаев, несколько реже — гипертрофическая — 40% и редко — поверхностная форма — 3,3%.

Изучение видового состава грибов рода *Candida* показало, что при ХГД у детей вид *Candida albicans* высевался в 80% случаев, *Candida krusei* — в 10%, *Candida stellatoidea* — в 6,7%, а *Candida tropicalis* — 3,3%. У пациентов с ХГД, имеющих сочетанное поражение кожи и слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта грибами рода *Candida*, в 83,3% случаев в сыворотке крови определялся высокий уровень циркулирующего кандидозного антигена (ЦКА), тогда как умеренный — только в 16,7% случаев. Грибковая инфекция при АД вызывает не только грибковое поражение кожи, но и способствует микотической сенсibilизации организма. Это подтверждается тем, что у всех обследуемых больных в крови определялись специфические IgE-антитела к грибам рода *Candida*.

Результаты ФГДС в группе детей с ХГД, ассоциированным с грибами рода *Candida* показали, что у 56,7% детей имелись эрозии, у 100% — наличие отека и застойной гиперемии, а у 13,3% — белесоватые мелкоочечные наложения. Во всех наблюдениях отмечено сохранение признаков активности процесса после стандартной терапии заболевания.

Среди детей с ЯБДК, осложненной кандидозной инфекцией и протекающей на фоне АД, на первом месте находятся грибы *Candida albicans* — 66,9%, на втором месте *Candida krusei* — 13,3%, другие виды рода *Candida* встречались в единичных случаях. Среди пациентов с ЯБДК, имеющих колонизацию слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта грибами рода *Candida*, во всех случаях в сыворотке крови определялся циркулирующий кандидозный антиген. Причем высокий уровень ЦКА отмечался в 86,7% случаев, а умеренный — в 13,3%.

Результаты ФГДС в данной группе детей показали, что в 100% случаев отмечалась замедленная эпителизация язвенного дефекта на фоне традиционной терапии, в 80% случаев застойная гиперемия слизистой оболочки вокруг язвы и в 20% мелкоочечные белесоватые наложения на дне язвенного дефекта.

При сочетанном поражении кожи и слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта грибами рода *Candida* клиническая картина АД, осложненного вторичной грибковой инфекцией, имела некоторые особенности. Отмечалось одновременное обострение кожного процесса и гастродуоденальной патологии (84,4%), преобладание тяжелого течения АД (индекс SCORAD составил в среднем 70,3 баллов) и распространенных форм АД с обязательным вовлечением в процесс складчатых областей (73,3%), устойчивость к традиционной терапии, проявлений как кожной аллергии, так и патологии со стороны желудочно-кишечного тракта (100%). В связи с развитием грибковой сенсibilизации прием продуктов, содержащих грибы (кисломолочные продукты, дрожжевое тесто, сыр и др.), а также сладких напитков приводит к обострению со стороны кожного процесса и одновременному ухудшению ХГД (появление тупых болей в животе, вздутие живота, повышенное газообразование). После антимикотической терапии на фоне улучшения кожного процесса отмечается клинико-эндоскопическая ремиссия ХГД и ЯБДК во всех наблюдаемых случаях.

У больных АД, осложненным микотической инфекцией с сочетанным поражением кожи и слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта грибами рода *Candida* выявлены наиболее значимые изменения со стороны показателей клеточного звена иммунитета и фагоцитарной активности нейтрофилов — снижение относительного и абсолютного количества CD_3^+ Т-лимфоцитов, CD_4^+ Т-лимфоцитов, CD_{19}^+ В-лимфоцитов — и соотношения CD_4^+/CD_8^+ .

Выраженные изменения установлены при анализе показателей фагоцитарной активности нейтрофилов. Так, у пациентов с АД, осложненным сочетанной кандидозной инфекцией, отмечалось достоверное снижение ФЧ и ФИ. Отмечено также повышение спонтанного НСТ-теста и снижение стимулированного НСТ-теста. В целом, у больных с АД, осложненным кандидозной инфекцией, снижение общего количества Т-лимфоцитов и соотношения CD_4^+/CD_8^+ отмечалось в 65,6% случаев. Фагоцитарные дисфункции имели место в 82,8% случаев, а сочетанное угнетение Т-клеточного звена иммунитета и фагоцитарные дисфункции — у 54,7% пациентов.

Выявленная этиологически значимая роль грибов рода *Candida*, в формировании сочетанных форм АД и хронической гастродуоденальной патологии у детей требует совершенствования терапии, которая должна включать в себя элиминацию причинно-значимых аллергенов (диетотерапия и контроль за факторами окружающей среды), фармакотерапию с назначением антимикотиков, наружную терапию, обладающую противовоспалительным, противогрибковым и антибактериальным эффектами, коррекцию сопутствующей патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и иммунотерапию.

Диетотерапия с исключением из рациона питания продуктов, содержащих грибы, имеет существенное значение при сочетанном поражении кожи и слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта грибами рода *Candida*, так как позволяет уменьшить микотическую сенсibilизацию и остроту воспалительного процесса в коже и пищеварительном тракте.

При наличии сочетанной микотической инфекции показано назначение системных антимикотиков. С этой целью назначался дифлюкан (флуконазол) по оригинальной методике в зависимости от уровня ЦКА в сыворотке крови. При высоком уровне кандидозной антигенемии препарат назначался внутрь в дозе 6 мг/кг в течение 14 дней ежедневно, затем — 1,5 месяца по 150 мг 1 раз в неделю. При умеренном уровне антигенемии — по 5 мг/кг в течение 7 дней, затем — 150 мг 1 раз в неделю — 3 недели, а при низком уровне — по 3 мг/кг в течение 7 дней, затем — 150 мг однократно.

В комплексе с системной применяется местная терапия, оказывающая фунгицидное, противомикробное и противовоспалительное действие. С этой целью назначался препарат Скин-кап по разработанной схеме: при отеке, мокнутии и экссудации на I этапе применяли аэрозоль Скин-кап в течение 7 дней 2-3 раза в день, а затем, на II этапе — крем Скин-кап 2 раза в день в течение 2-3 недель в сочетании с лечебно-косметическим уходом за кожей. При отеке, гиперемии и инфильтрации без мокнутия сразу назначали крем скин-кап в течение трех недель 2 раза в день.

Пациентам, имеющим нарушения со стороны иммунологических показателей — угнетение клеточного звена иммунитета и депрессию нейтрофильных фагоцитов, в состав комплексной терапии включают иммуномодуляторы — полиоксидоний в дозе 0,1 мг/кг массы тела через день — 10 инъекций на курс.

Проводимая комплексная терапия АД и хронической гастродуоденальной патологии, ассоциированных с грибами рода *Candida* и протекающих на фоне грибковой сенсibilизации, приводит к общему терапевтическому эффекту в 80,5% случаев. При этом высокий индивидуальный терапевтический эффект имел место у 55% пациентов (снижение индекса SCORAD более чем в 3 раза). Клиническая эффективность лечения АД проявлялась и в сокращении длительности периода обострения в 2 раза. У больных была достигнута стойкая ремиссия заболевания, уменьшились сроки их пребывания в стационаре. Изучение отдаленных результатов показало, что средняя длительность ремиссии увеличилась в 4 раза и составила 10 месяцев. Кроме того, после проведенного лечения, значительно снизилась интенсивность характерных клинических проявлений со стороны кожного процесса: снижение интенсивности зуда, уменьшение площади высыпаний, снижение активности воспалительных элементов, сокращение длительности рецидива. Результаты микологического обследования показали отрицательный результат в 75,5% случаев. Уровень циркулирующего кандидозного антигена в 71% случаев снизился до следовых количеств на фоне снижения количества аллергенспецифических IgE к грибам рода *Candida*.

У пациентов отмечалась стойкая ремиссия не только АД, но и гастродуоденальной патологии. Эндоскопически у всех больных с АД, имеющих сопутствующий ХГД, осложненный микотической инфекцией, после проведенной терапии исчезли белесоватые мелкоочечные наложения, а в 90,7% случаев — застойная гиперемия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. У пациентов с АД, имеющих сопутствующую ЯБДК, осложненную микотической инфекцией, после лечения в 100% случаях отмечалась полная эпителизация язвенного дефекта. Длительность ремиссии ХГД и ЯБДК увеличилась в 3,2 раза.

Таким образом, комплексная терапия АД, осложненного микотической инфекцией, при сочетанном поражении кожи и слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта грибами рода *Candida* с применением системного антимикотика (флуконазол), наружного средства — скин-кап приводит к высокой клинико-иммунологической эффективности на фоне снижения уровня грибковой сенсibilизации.

Внезапная экзантема. Случай из практики

Ф. И. СИБГАТУЛЛИНА, ДРКБ МЗ РТ.

Внезапная экзантема (детская розеола, шестая болезнь) — острая детская инфекция, которую вызывают герпес-вирусы человека типов 6 и 7. Заболевание проявляется внезапным подъемом температуры, когда через несколько дней она снижается, появляется сыпь.

Поражаются дети от 6 до 24 мес. Инкубационный период 5-15 сут. Температура повышается до 38,9-40,6 °C и держится в течение четырех суток, несколько снижаясь по утрам. Затем температура стремительно падает и в это время появляется сыпь. Несмотря на высокую лихорад-



ку, дети чувствуют себя хорошо. Сыпь носит характер мелких розовых пятен и папул диаметром от 1 до 5 мм, расположены элементы обособленно или сливаются между собой. Локализация — туловище, шея. Пока температура держится, сыпи нет. Механизм появления сыпи неизвестен. Дифференциальный диагноз проводят с краснухой, корью, скарлатиной, инфекционной эритемой, другими вирусными инфекциями, сопровождаемыми сыпью (вызванные энтеровирусами, ЕСНО вирусами, вирусами Коксаки), лекарственными токсидермиями.

Заболевание обычно приходит самостоятельно. Осложнения редки, иногда на фоне высокой температуры возникают фебрильные припадки. Возможна инвагинация кишечника, гепатит. Подобно другим герпес-вирусам человека, возбудители внезапной экзантемы сохраняются в организме пожизненно в латентном состоянии. Ребенок, перенесший заболевание в грудном возрасте, может заразиться вторым из этой пары герпесвирусов и заболеть внезапной экзантемой еще раз.

Диагноз ставится на основании клинической картины. Серологические реакции. У переболевших в крови появляются антитела классов JgJ и JgM к герпесвирусам человека типа 6 и 7. Другие исследования — выделение вируса в культуре клеток, определение вирусных антигенов методом прямой иммунофлюоресценции в моноцитах крови, идентификация вирусных ДНК с помощью ПЦР.

Приводим собственное наблюдение.

Девочка А., 1 год, заболела остро 29.08.06 г. Поднялась температура до 38,5 °С, которая держалась на цифрах 38–39,4 °С в течение 6 дней. При осмотре на 3 день заболевания, состояние было расценено как среднетяжелое за счет высокой гипертермии. Никаких изменений со стороны внутренних органов выявлено не было. Зев был чист. Катаральных явлений не было. Периферические лимфатические узлы не пальпировались. Аускультативных и пальпаторных изменений со стороны внутренних

органов выявлено не было. Больной был назначен парацетамол в дозе 15 мг/кг/сут. в 3–4 приема. На 5-й день заболевания при осмотре было обращено внимание на появление бледно-розовой необильной пятнисто-папулезной сыпи на лице (щеки, лоб) шее, груди, спине, животе, местами сливающегося характера. В течение 24 часов сыпь распространилась на нижние конечности, а на лице стала угасать. После распространения сыпи на все туловище и конечности сразу улучшилось общее состояние, температура литически снизилась до нормы и больше не поднималась. Через 1–2 дня после появления сыпи родители считали ребенка здоровым, хотя сыпь держалась 5 дней.

ОАК: 1.09.06 г. (4 день болезни):

Нв — 104 г/л, Er = $4,2 \times 10^{12}$, L = $2,9 \times 10^9$, п — 1, с — 55, э — 2, м — 1, СОЭ = 4 мм/час.

2.09.06 г. (5 день болезни):

Нв = 101 г/л, Er = $4,7 \times 10^{12}$, L = $2,8 \times 10^9$, п — 1, с — 9, л — 80, м — 10, э — 0, СОЭ 4 мм/час.

ОАМ: L — 2–4 п/зр., Er — 0–1–2 п/зр. бел — отр.

ОАК: 5.10.06 г. (через 1 мес. после перенесенной инфекции):

Er = $4,04 \times 10^{12}$, Нв = 101 г/л, L — $7,3 \times 10^9$, п — 0, с — 23, э — 0, м — 3, л — 74, СОЭ 5 мм/час.

14.09.06 (через 17 дней после начала заболевания):

ИФА — АТ к краснухе JgG = 0,73, JgM = отр.

Ан. жизни: Ребенок родился здоровым. Рос и развивался соответственно возрасту. Ничем не болел. Мать краснухой в детстве не болела.

На основании типичной клинической картины (внезапное появление сыпи на фоне литического дисфункции температуры после периода лихорадки в течение 6 дней, при отсутствии катаральных и каких-либо других изменений со стороны внутренних органов) выставлен диагноз внезапной экзантемы.

Применение поляризованного света прибора «Биоптрон» в педиатрии

М. А. ХАН, д.м.н., профессор, руководитель отдела заболеваний детей и подростков направления медицинской реабилитации и физиотерапии, главный детский физиотерапевт Департамента Здравоохранения г. Москвы

С давних времен для оздоровления широко используется естественный свет. Благоприятное влияние света на организм человека побуждало постоянный поиск и стремление к разработке аппаратов для светотерапии.

В настоящее время в лечебных и профилактических целях используется практически весь спектр оптического излучения (ультрафиолетовый, инфракрасный, видимый). Первая установка индуцированного света (лазера) была сконструирована еще в 1960 г. Однако желание получить высокую терапевтическую эффективность при минимальной энергетической нагрузке на организм явилось основанием для создания нового вида фототерапии — поляризованного света, представляющего полихроматическое, некогерентное излучение низкой интенсивности, обладающего более мягким, щадящим действием по сравнению с лазерным облучением.

Для получения поляризованного света был создан аппарат «Биоптрон» («BIOPTRON AG», Швейцария). С помощью аппарата «Биоптрон» генерируется наиболее полезная видимая и слегка греющая инфракрасная часть солнечного света, исключая ультрафиолетовый диапазон, что делает его безвредным, не представляющим опасности для глаз и кожи ребенка.

Экспериментальными исследованиями и клиническими наблюдениями выявлены выраженные биопозитивные эффекты поляризованного света в виде усиления защитных сил организма, иммуномодулирующего действия, стимуляции обмена веществ, противовоспалительного и обезболивающего влияния, улучшения реологических показателей крови. Данные о благоприятном влиянии поляризованного света на состояние различных органов и систем определило необходимость проведения исследований по научному обоснованию применения этого физического фактора в педиатрии.

С этой целью под руководством Российского научного центра восстановительной медицины и курортологии МЗ и СР РФ были проведены многоцентровые исследования в различных детских лечебно-профиллак-

тических учреждениях г. Москвы и Московской области (поликлиники, больницы, санатории, дома ребенка, оздоровительные и реабилитационные центры).

Клинические наблюдения и специальные исследования, проведенные у 364 детей в возрасте от 2-х недель до 18 лет, показали эффективность поляризованного света при многих заболеваниях детского возраста: у новорожденных, при ожогах, у часто болеющих детей, бронхиальной астме, бронхитах, болезнях ЛОР-органов, дискинезии желчевыводящих путей, нейрогенной дисфункции мочевого пузыря и др.

На основании проведенных исследований установлена, прежде всего, безопасность метода и возможность использования поляризованного света прибора «Биоптрон» с самого раннего возраста, то есть уже в периоде новорожденности с целью воздействия на течение кожного процесса при опрелостях, потнице и омфалитах.

Убедительные данные получены о высокой эффективности поляризованного света у детей с ожогами при включении его в ранние сроки для стимуляции эпителизации и в дальнейшем предупреждения образования келоидных рубцов.

Приоритетным направлением педиатрии является оздоровление часто болеющих острыми респираторными заболеваниями детей, число которых достигает 15% среди дошкольников. В настоящее время для оздоровления часто болеющих детей используется широкий спектр профилактических средств, в том числе коротковолновое ультрафиолетовое излучение, вызывающее денатурацию и фотолиз нуклеиновых кислот и белков в месте локализации. Поэтому данные о снижении частоты острых респираторных заболеваний при проведении профилактических курсов поляризованного света обусловили возможность использования этого физического фактора в качестве альтернативного метода физио-профилактики.

В последние годы отмечается значительный рост аллергических заболеваний у детей, среди которых атопический дерматит занимает первое место. Под влиянием поляризованного света прибора «Биоптрон» уже после