



стигало 96,24% при легком течении БА как при лечении бытовыми, так и пыльцевыми аллергенами. При чем, чем моложе ребенок был в начале лечения, тем более эффективными оказывались результаты (при проведении СИТ до 10 летне-

го возраста отличные и хорошие результаты встречались от 85,3% до 87,5%). Таким образом, очевидна экономическая целесообразность и эффективность СИТ больных БА в условиях дневного стационара.

Аллергический ринит у детей с аденоидными вегетациями

Г. М. ЗАЙНЕТДИНОВА, В. В. РАФАИЛОВ, С. А. СЕНЕК

ГМУ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ РТ, г. Казань,
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань.

УДК 614.211-002-053.2

Аллергический ринит (АР) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний. Известно, что у 30-40% детей раннего возраста аллергическое воспаление стимулирует чрезмерное увеличение к 2-м годам аденоидных вегетаций, выходящего за рамки физиологической гиперплазии. АР у 70% детей школьного возраста, задерживает возрастную инволюцию аденоидных вегетаций, которые, в свою очередь, вызывают не только нарушение носового дыхания, но и распространение воспалительного процесса на слизистую оболочку полости носа. АР является предрасполагающим фактором развития острого среднего отита.

Цель работы: изучить течение АР у больных с гиперплазией глоточной миндалины.

Материалы и методы: исследование проведено у 68 пациентов с АР в возрасте от 1 до 14 лет. 1-ю группу составили 34 человека с АР в сочетании с аденоидными вегетациями, 2-ю группу — 34 ребенка с АР. Всем детям проводилось обследование, включавшее в себя анализ аллергологического анамнеза, кожное тестирование набором стандартных диагностических неинфекционных аллергенов, определение общего и специфических IgE в сыворотке крови; оценивался уровень сывороточного IgA, IgM, IgG.

Результаты: У пациентов 1-й группы заболевание формировалось в дошкольном возрасте (до 6 лет), при чем наи-

более часто (59%) — в раннем возрасте (до 3-х лет). При этом в 3 раза чаще (65%), чем во 2-й группе встречались частые ОРВИ, в 4 раза — рецидивирующие средние отиты (24%). У половины пациентов этой группы клиническим проявлениям АР предшествовали признаки атопического дерматита, у каждого третьего встречался эпизод острой крапивницы. Уровень общего IgE в сыворотке крови у большинства пациентов (65%) в обеих группах не превышал значений 200 МЕ/мл. Обращает на себя внимание, что у 40% детей 1-й группы уровень сывороточного IgA был снижен. Эта тенденция преобладала у больных, имевших средний и высокий уровень общего IgE в сыворотке крови. Одинаково часто при кожном тестировании и определении специфических IgE встречалась повышенная чувствительность к аллергену домашней пыли (94%), *D. pteronyssinus* (43%). Однако при этом у детей 1-й группы значительно чаще выявлялась сенсibilизация к аллергену шерсти кошки (53%), шерсти собаки (29%), молока (35%), в 2 раза реже — к пыльцевым аллергенам.

Выводы: Аллергическое воспаление у детей с гиперплазией глоточной миндалины способствует более тяжелому течению АР, появлению сопутствующего отита, часто сопровождается снижением уровня IgA в сыворотке крови.

Выхаживание недоношенных детей: новые проблемы возрастной физиологии и клинической неонатологии

Л. И. ЗАХАРОВА

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, г. Самара.

УДК 616-053.32

Большой интерес клиницистов к вопросам физиологии, пограничных состояний и патологии недоношенных детей был всегда — и с научных позиций, так как каждый недоношенный ребенок — уникальный объект исследования, — и с практической точки зрения. В настоящее время этот интерес возрос, в связи с развитием интенсивной модели здравоохранения, с сохранением жизни каждого ребенка и в связи с обоснованным в нашей стране переходом к ВОЗовским критериям живорожденности, начиная с 22 недель гестации и 500 г массы.

Отношение к возможностям выхаживания детей с проблемами при рождении кардинально изменилось — от терапевтического «нигилизма» к признанию больших пластических и репаративных возможностей новорожденного.

Методы изучения физиологии ребенка в перинатальном периоде сложны, особенно в отношении внутриутробного периода, рождающегося плода и только что родившегося новорожденного. Изучение внутриутробного развития позднего плода проводится в основном косвенными методами (функ-

циональными, биохимическими, гормонометрическими) через общее состояние и показатели материнского организма. Даже такое информативное, перспективное исследование, как УЗИ, УЗИ плода проводится через ткани материнского организма. Гораздо реже применяют прямые инвазивные методы — трансабдоминального амниоцентеза, кордоцентеза. Для внутриутробного плода это малодоступно.

Второй подход — исследование преждевременно родившихся в разные сроки гестации детей с экстраполированием их физиологических, функциональных, иммунобиологических и других показателей на внутриутробный плод разных сроков развития.

Однако само событие преждевременного рождения вносит большие изменения во внутреннюю среду организма.

Наши многолетние научные исследования, проведенные в отделениях выхаживания недоношенных детей областного Перинатального центра и городского Неонатального центра, посвящены решению актуальных вопросов клинической пренатологии:

Ускорена ли реализация онтогенетической программы развития в постнатальном периоде у недоношенных детей по сравнению с внутриутробными плодами, продолжающими свое внутриутробное развитие?

В какие сроки по сравнению с доношенными сверстниками сглаживаются анатомо-физиологические, функционально-метаболические, гормонально-иммунологические особенности недоношенного ребенка, в том числе с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела?

Как регулировать нутритивный статус и иммунную систему недоношенного ребенка?

Как отделить влияние самой причины, вызвавшей преждевременное рождение?

В работе использовали методы клинического наблюдения, радиоиммунные методы исследования адаптивных гормонов в сыворотке крови, α -фетопротейна и сывороточного альбумина, мелатонина в порционной моче, а также функциональные методы исследования.

Нами установлено, что по показателям гормонально-метаболического гомеостаза недоношенные дети не ускоряют реализацию онтогенетической программы развития, поскольку осуществляют «позднюю фазу» гормонально-метаболической адаптации, длительность и выраженность которой находится в обратной зависимости от срока гестации. Начинаясь после элиминации материнских стрессовых гормонов из организма новорожденного, эта фаза отражает становление эндогенных гормональных функций и проявляется периодами гипотриодтиронин — и гипокортизолемии, имеющими клинико-метаболические проявления, которые следует учитывать при выхаживании недоношенных детей.

По показателям общей и эффективной концентрации альбумина и α -фетопротейна в сыворотке крови в динамике неонатального периода выявлены прогрессивный и регрессивный варианты созревания белково-синтетической функции печени. Они характеризуются различными темпами постнатального синтеза сывороточного альбумина и регресса синтеза α -фетопротейна в печени. Обоснованы индивидуальные схемы заместительной терапии гипоальбуминемии и индукции созревания печени.

Установлено, что ранним диагностическим критерием преждевременных родов является смещение акрофазы мелатонина с ночных на вечерние часы. Различные сроки становления циркадианной составляющей в спектре биоритмов ЧД, ЧСС, АД коррелируют с особенностями течения раннего неонатального периода. Обоснована методика дифференцированного использования температурного режима и освещенности в выхаживании недоношенных детей, а также наиболее информативное время регистрации диагностически значимых функциональных и биохимических показателей.

Применение в комплексном выхаживании разработанных нами рекомендаций позволило смягчить клинико-метаболические проявления пограничных состояний у недоношенных детей.

Уточнена структура патологических отклонений у детей с экстремально низкой массой тела при рождении и проведении первичной реанимации, а также эволюция этих патологических отклонений в первые недели и месяцы жизни:

Дыхательные: баротравма, O_2 токсичность, дефицит поверхностно-активных веществ (сурфактанта) — респираторный дистресс-синдром, бронхо-легочная дисплазия.

Сосудистые (незрелость мозговой сосудистой сети): внутрижелудочковые кровоизлияния (гипокапния, большая и быстрая жидкостная нагрузка, гемодинамические нарушения в сосудах пуповины) — перивентрикулярная лейкомаляция — детский церебральный паралич.

Неврологические: перинатальная асфиксия — гипоксически-ишемическая энцефалопатия (терапевтическое окно очень кратковременное) — задержка психомоторного развития, детский церебральный паралич, эпилепсия.

Со стороны дистантных анализаторов: световой шок, звуковой шок, O_2 токсичность — ретинопатия недоношенных, тугоухость.

Инфекционно-воспалительные: внутриутробная инфекция — перинатальная инфекция, нозокомиальные инфекции.

Длительная катаболическая направленность обмена: родовой стресс, охлаждение, недостаточная нутритивная поддержка (позднее начало парентерального питания, позднее начало энтерального питания, в том числе грудным молозивом, специализированными смесями для недоношенных (Пре-Нутрилон), фортификаторами грудного молока) — язвенно-некротический колит — ранняя анемия новорожденных, дисбиоз кишечника, снижение IQ.

Кроме этого, следует отметить проблемы, порождаемые ведением родов на 22-28 нед беременности:

— новые технологии раннего энтерального питания при интенсивной терапии недоношенных детей с экстремально низкой массой тела;

— особенности тактики родильных домов при рождении недоношенных детей с экстремально низкой массой тела;

— корректная стартовая респираторная терапия (профилактика постнатальных повреждений мозга);

— психологические аспекты взаимоотношений (врач и мать (семья) ребенка с экстремально низкой массой тела);

— психологическая модель взаимодействия матери и ребенка с экстремально низкой массой тела.