

улучшению качества наблюдения за детьми с заболеваниями органов пищеварения. Не менее важным представляется решение таких вопросов, как внедрение новых диагностических и лечебных технологий; разработка системы реабилитации, способствующей оздоровлению больных и снижению риска инвалидизации; повышение квалификации врачей-педиатров на всех уровнях работы с больными: поликлиника – стационар – оздоровительные комплексы.

## **О РОЛИ ВЫЯВЛЕНИЯ МАРКЕРОВ TORCH-КОМПЛЕКСА ПРИ ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ ЖЕЛТУХ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Ушакова Р.А., Козлова С.Н.

Уральская государственная медицинская академия,

Академический медицинский центр «Семья и здоровое поколение»

Дифференциальная диагностика желтух у новорожденных и детей раннего возраста – задача сложная. Как показывает педиатрическая практика, в данной возрастной группе довольно часто отмечается затяжное течение желтухи. Функциональная незрелость печени новорожденного обуславливает развитие физиологической желтухи. Однако, переходящий ее характер в одних случаях и затяжной – в других, возможность сочетания ее с тяжелыми поражениями ЦНС, полиорганность клинических симптомов, всё это в совокупности делает необходимым проведение тщательной расшифровки патологических состояний, сопровождающихся гипербилирубинемией.

За последние десятилетия огромную социально-экономическую и демографическую значимость приобретает проблема внутриутробных инфекций (ВУИ), ближайшие и отдаленные последствия которых являются причиной в отклонении состояния здоровья у детей. Вовлечение гепатобилиарной системы при заболеваниях ВУИ становится столь очевидной, что позволяет по-новому взглянуть на роль TORCH-инфекций в затяжном течении желтух.

Цель исследований: определить частоту встречаемости гипербилирубинемий у новорожденных и детей раннего возраста и установить роль TORCH-инфекций в пролонгированном течении желтух.

Материалы и методы исследования.

За период 2002-2003 гг. в Академический медицинский центр «Семья и здоровое поколение» обратились родители 625 пациентов в возрасте от 14 дней до 12 месяцев жизни. Затяжное течение желтухи отмечалось у 165 (26,4%) детей. Проанализировано 52 истории болезни детей раннего возраста с длительными гипербилирубинемиями с

мониторингом состояния здоровья в течение года. Учитывались анамнестические данные течения беременности и родов у матерей, результаты исследований функциональных проб печени, УЗИ органов брюшной полости, НСГ головного мозга у детей. Маркеры TORCH-комплекса выявляли методом ИФА с помощью тест систем фирмы Вектор-Бест (г. Новосибирск) на аппарате StatFax300+. Индикацию генетического материала возбудителей проводили методом ПЦР наборами ампли-Сенс (г. Москва) на аппарате Терцик МС 2. Методами ИФА и ПЦР обнаруживали маркеры следующих инфекций: *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Rubella*, *Hepatitis viruses B и C*, *Cytomegalovirus hominis*, *Herpesviruses hominis 1 и 2*, *Candida albicans*, *Toxoplasma gondii*, *Human immunodeficiency virus*. При подозрении на врожденный гипотиреоз исследовали кровь на гормоны с определением уровня ТТГ, сТ4. Иммунный статус детей оценивали до старта специфической терапии. Обработка полученных данных проведена методом вариационной статистики.

#### Результаты и их обсуждение.

24 (46,1%) новорожденных были выписаны из роддома на 6-7-ые сутки жизни с диагнозом конъюгационная желтуха или гипербилирубинемия, из них 18 (75%) детей родились с нормальными весо-ростовыми показателями. Отмечено, что 4 (16,7%) ребенок родились доношенными, 5 (20,8%) - недоношенными, 6 (25%) - с внутриутробной гипотрофией. По шкале Апгар на 7-9 баллов произведена оценка параметров у 90,4% новорожденных. На грудном вскармливании находилось 32 (66,7%) ребенка. Средняя продолжительность желтухи составила 52,8±4,8 дня. Показатели общего билирубина на 4-7-й день жизни достигали 149,05±13,26 мкмоль/л, а в динамике к возрасту 1 месяц сохранялись на уровне 87,05±8,8 мкмоль/л, отмечалось значительное преобладание непрямого фракции билирубина. Повышение значений трансаминаз (АСТ, АЛТ) зафиксировано у 20 (41,7%) пациентов с преимущественным преобладанием фракции АСТ (1,5-3 нормы). Увеличение размеров печени более трех недель отмечено у 50 (91,7%) новорожденных. Маркеры холестаза с повышением уровня щелочной фосфатазы (ЩФ) определялись у пациентов с клиникой гепатита и превышали нормативные параметры в 2-3 раза.

Прослеживается следующая частота сочетанных клинических синдромов у детей: энтероколит, вызванный условнопатогенной флорой (УПФ) - 53,8%, поражение ЦНС в виде гипертензионно-гидроцефального синдрома (ГГС) - 46,1% и пирамидной недостаточности - 44,2%, нормохромная анемия 1 ст. - 34,6%, кандидоз кожи и слизистых

-28,8%, гнойные поражения глаз (конъюнктивит, дакриоцистит) - 38,5%, субфебрилитет более двух недель - 23,1%.

При нейросонографическом исследовании у 38 (90,5%) обследованных детей зарегистрированы изменения в виде ГГС - 69%, перивентрикулярной ишемии и повышенной пульсации сосудов мозга - 35,7%, кисты в области таламуса и сосудистых сплетений - 26,2%, кальцинатов - 7,1%. Кефалогематома отмечена у 5 (9,6%) новорожденных.

При обследовании новорожденных детей на маркеры TORCH-комплекса инфекционные факторы выявлены у 45 (88,2%) пациентов: моноинфекция - у 30 (58,8%) детей, микст-агенты выделены у 15 (29,4%) малышей. Маркеры репликации вируса герпеса обнаружены у 14,3% детей, уреаплазмоз установлен у 39,1% обследованных, хламидиоз - 17,9%, токсоплазмоз - у 1 ребенка. HBsAg выделен у 1 (3,8%) больного и PНК HCV - у 2 (7,6%) пациентов. С наибольшей частотой определялись маркеры активной репликации CMV-инфекции - у 34 (75,5%) больных.

В иммунном статусе у детей с затяжным течением желтухи отмечены следующие изменения: достоверное снижение количества гранулоцитов ( $p < 0,05$ ) и концентрации IgA ( $p < 0,01$ ), активация системы комплемента ( $p < 0,001$ ) с увеличением уровня IgG ( $p < 0,02$ ), что позволяет нам предполагать об активности инфекционного процесса.

Матери, дети которых наблюдались с длительной гипербилирубинемией, были инфицированы ЗППП в 94,2% случаев. Урогенитальный уреаплазмоз подтвержден у 32,7% женщин, генитальный герпес - 19,2%, хламидиоз - 15,4%, микоплазмоз - 11,5%, баквагиноз - 9,6%, цитомегаловирус - 5,8%. Отягощенный акушерский анамнез отмечен у 96,1% беременных. Наиболее часто определялась угроза невынашивания - у 57,7% матерей, дрожжевой кольпит - 46,1%, анемия - 44%, патологическая прибавка в весе и водянка - 36,5%, трозия шейки матки - 32,7%. Эутиреоз зафиксирован у 3 (5,8%) женщин.

Выводы. У каждого четвертого доношенного ребенка желтуха пролонгируется до 52,8+4,8 дня жизни. Увеличение размеров печени наблюдается у 96,1% детей. Маркеры активной репликации возбудителей TORCH-комплекса обнаруживаются у 88,2% обследуемых с затяжным течением желтухи. В заключение, нами предлагаются некоторые организационно-методические рекомендации. Наблюдая на участке новорожденных детей с затяжным течением желтухи, рекомендуется проведение контрольных исследований крови на печеночные пробы: трансаминазы АСТ и АЛТ, билирубин и фракции, щелочную фосфатазу. Дети раннего возраста с длительной гипербилирубинемией и увеличенной печенью от матерей с отягощенным акушерским анамнезом должны быть отнесены к группе повышенного риска инфицирования. Обнаружение у ребенка из группы риска клинических симптомов, указывающих на

полнорганность поражений, позволяет настроить участкового врача на поиск маркеров TORCH-инфекций, что помогает обосновать проведение этиотропной терапии и предупредить инвалидизацию больного.

## **СТУПЕНЧАТАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ**

Добролюбова Н.М., Липина В.Р.

Городская детская клиническая больница №9

Цель работы: исследование по изучению целесообразности и эффективности режима ступенчатой антибиотикотерапии у детей при внебольничных пневмониях разной степени тяжести (преимущественно среднетяжелых), требующих лечения в условиях стационара. Проведен ретроспективный, сравнительный анализ 40 детей с острой пневмонией, поступивших из дома в инфекционное (пульмонологическое) отделение детского стационара.

Группа детей из 16 человек пролечена ступенчатым методом (цефуросим в/м или амоксилав в/в 3 – 5 дней, в среднем длительность парентеральной антибиотикотерапии составила 4,1 дня, с последующим переходом на энтеральный прием этих же препаратов). Вторая группа - 20 детей, получала только парентеральные формы (цефазолин в/м, цефтриаксон или цефотаксим в/в или в/м) весь курс лечения (в среднем 10 – 14 дней). Комплексная терапия не отличалась в обеих группах и включала в себя постельный режим, питание по возрасту, по показаниям — инфузионную терапию, жаропонижающие, отхаркивающие, ингаляции муколитиков, физиолечение. Клинический и биохимический анализы крови выполняли при поступлении, далее в динамике на 8-12-й день лечения. Эффект терапии оценивался ежедневно.

При сравнении эффективности двух режимов антибиотикотерапии не выявлено различий в динамике клинического течения, лабораторных и рентгенологических показателей. Одновременно анализировались и экономические затраты на лечение в обеих группах. Как и предполагалось, в группе детей с пневмонией, где применялся режим ступенчатой последовательной терапии, расходы на антибактериальные препараты были на 60 % ниже, чем в группе сравнения.

Таким образом, режим ступенчатой последовательной антибиотикотерапии продемонстрировал высокую эффективность, удобство в применении и экономическую целесообразность. Режим ступенчатой терапии (последовательное применение парентерально с последующим переходом на пероральный прием) является более щадящим для детей, так как вдвое сокращается число инъекций антибиотиков.