

болевания кожи, кроветворных органов и т. д. Для многих токсикантов установлены достоверные связи концентрации с клинико-лабораторными показателями состояния здоровья детей.

**А. М. Градинаров, О. А. Беглянина**  
*Уральская государственная медицинская академия*  
*г. Екатеринбург*

## **ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС КАК АТРИБУТИВНЫЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

При атопии наиболее часто первым ярким симптомом аллергически измененной реактивности является атопический дерматит (АД). Литературные данные последних лет свидетельствуют о том, что у 30 % детей с АД в последующем развивается бронхиальная астма (БА) и поллинозы (Балаболкин И. И., 2004).

Вопрос о факторах, способствующих смене шокового органа при атопии, о возрасте смены шокового органа, об особенностях респираторной патологии на ранних стадиях ее формирования находится в стадии пристального изучения. Нуждается также в изучении вопрос о висцеральных нарушениях, на фоне которых у детей формируется атопический марш, в частности состояние сопредельных с органами дыхания отделов желудочно-кишечного тракта. В связи с этим была сформулирована цель нашей работы – выявление атрибутивных факторов риска у детей с АД, способствующих смене шокового органа в раннем и дошкольном возрасте. Здесь нами анализируется частота и характер нарушений в клапанно-сфинктерном аппарате гастроэзофагальной зоны и влияние этих нарушений на клинику респираторных симптомов у детей с АД.

Под наблюдением находилось 53 ребенка в возрасте от 1 года 4 месяцев до 6 лет. Наблюдаемые нами пациенты с различными проявлениями АД и с формирующейся или с уже сформировавшейся респираторной патологией выявлялись на амбулаторных консультациях, в дальнейшем находились на обследовании и лечении в пуль-

монологическом отделении областной детской клинической больницы № 1 (главный врач С. Н. Боярский, заведующая пульмонологическим отделением И. П. Шуляк). У всех детей с первых месяцев жизни диагностирован АД в соответствии с международными критериями, предложенными J. M. Hanifin, Y. Rajka (1980). В индивидуальном возрастном интервале от 9 месяцев жизни до 2 лет у наблюдавшихся нами детей на фоне АД впервые манифестировали симптомы со стороны верхних и нижних отделов респираторного тракта. Это были симптомы рецидивирующего воспалительного процесса в лорорганах, рецидивирующего ларингита и трахеита, бронхиты с обструктивным компонентом и бронхообструктивный эпизод при рецидивирующих острых респираторных вирусных инфекциях. Динамика АД на этом фоне у детей была различной: – у 1/5 детей кожный процесс не претерпевал существенных изменений; у подавляющего большинства отмечалось уменьшение выраженных кожных симптомов; у 1/5 детей вообще исчезли кожные симптомы атопии.

В процессе анализа клинических симптомов у наблюдаемых нами детей выявлена группа из 28 человек (больше половины), у которых отмечены особенности клиники респираторных симптомов и рефрактерность к терапии, проводимой согласно рекомендациям научно-практической программы «Бронхиальная астма у детей: диагностика, лечение и профилактика» (Москва, 2004). Отмеченными особенностями клиники являлись приступообразный ночной кашель, эпизоды непродуктивного кашля с рвотой, приносящей облегчение, которые до последнего времени описывались и расценивались как составная часть бронхообструктивного симптомокомплекса при атопической БА. Рефрактерность терапии выражалась в том, что вышеуказанные симптомы сохранялись даже при назначении топических стероидов и не купировались полностью ни селективными  $\beta$ -2-агонистами, ни теофилинами. При дополнительном и целенаправленном сборе анамнеза у детей указанной группы выявлены такие симптомы, как рецидивирующие срыгивания, рвота на первом году жизни, отрыжка воздухом, руминации, пищевые погрешности (обильная еда перед сном, ночные беспорядочные кормления), что заставило нас заподозрить у всех 28 детей гастроэзофагальный рефлюкс (ГЭР). Для суждения о несостоятельности антирефлюксных

механизмов и влиянии нарушений в клапанно-сфинктерном аппарате гастроэзофагальной зоны на формирование и течение респираторной патологии у детей с АД вышеуказанной группы детей была проведена скинтиграфия пищевода и желудка. Исследования проведены в отделении радиоизотопной диагностики ОДКБ № 1 (заведующая отделением И. М. Сибирцева) на эмиссионном компьютерном двухдетекторном томографе «DST-XL» (Sophia medical, США–Франция). После дачи через рот радиофарм-препарата Tc-99m, каких-либо побочных реакций и осложнений при исследовании не отмечено ни у одного ребенка.

У всех 28 детей при обследовании выявлен гастроэзофагальный рефлюкс; клинических и эндоскопических данных, свидетельствующих при этом о наличии эзофагита, не отмечено. Последнее позволило отнести выявленные изменения к группе функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта – функциональный гастроэзофагальный рефлюкс (X1, K21.9 по МКБ-Х). Полученные нами результаты исследования позволяют предположить, что у детей с АД в раннем и дошкольном возрасте смена шокового органа очень часто сопровождается несостоятельностью сфинктерно-клапанного аппарата, выражающейся в ГЭР, что, несомненно, усугубляет аллергическое воспаление на всем протяжении респираторного тракта и, вполне возможно, является одним из триггерных факторов формирования респираторного синдрома у детей с АД.

Наши результаты показывают, что такие клинические симптомы, как приступообразный ночной кашель, эпизоды непродуктивного кашля с рвотой, приносящей облегчение в ряде случаев, особенно в сочетании с рефрактерностью к терапии, могут расцениваться как «маска» респираторной аллергии. Полученные предварительные данные позволяют считать, что в ряде случаев базисная терапия респираторной аллергии у детей должна дополняться мероприятиями, направленными на улучшение функционального состояния клапанно-сфинктерного аппарата гастроэзофагальной зоны и включающими в себя изменение режима питания, введение антирефлюксных смесей, профилактику ГЭР во время сна ребенка, а также назначение прокинетических препаратов. При этом вызывает сомнение целесообразность включения в терапию теофиллинов, кото-

рые согласно литературным данным вызывают снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера (Изачик Ю. А., Хавкин А. П., 2002).

Проведенные исследования дают основание для следующих выводов:

1. Несостоятельность клапанно-сфинктерного аппарата гастроэзофагальной зоны может усугублять аллергический воспалительный процесс на всем протяжении респираторного тракта; возможно, она является одним из атрибутивных факторов формирования дерматореспираторного синдрома у значительной части детей с АД в раннем и дошкольном возрасте.

2. Указанный механизм может способствовать рефрактерности терапии как формирующейся, так и уже сформировавшейся респираторной патологии.

3. У детей с АД, имеющих сочетание респираторной аллергии с ГЭР, комплекс лечебных мероприятий должен дополняться терапией, направленной на профилактику и лечение рефлюкса.

**С. А. Зилеева<sup>1</sup>, А. Б. Латыпов<sup>2</sup>, М. М. Хайдаров<sup>1</sup>**

*Республиканский кожно-венерологический диспансер<sup>1</sup>*

*Башкирский государственный медицинский университет<sup>2</sup>*

*г. Уфа*

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

В Республике Башкортостан медико-социальное обеспечение детей с хроническими дерматозами находится под пристальным вниманием дерматовенерологической и педиатрической служб. Такие распространенные кожные болезни, как атопический дерматит, псориаз, наследственные и другие хронические дерматозы, нередко приводят к социальной дезадаптации и снижению качества жизни. Особого внимания заслуживают алергодерматозы у детей: в последние 3 года в Республике Башкортостан мы наблюдали рост общей