

9. Ahmal J. Atopic dermatitis: A disease of general baso-active mediator dysregulation // Int.Arch.Allergy and Appl. Immunol. - 1976. - V.59. - P.233-239.

10. Bretin M.P., Dokot K., Spira A. Les tentatives de l'adolescente. Aspects epidemiologiques // Agents and Actions. - 1985. - V.42. - N 3. - P.255-259.

11. Greene J.W., Walker L.S., Hickson G., Thompson J. Stressful life events and somatic complaints in adolescents // Pediatrics. - 1985. - V.75. - N 1. - P.19-22.

12. Kim P., Ferrara A., Chess S. Temperament of asthmatic children // J.Pediatrics. - 1980. - V.97. - N 3. - P.483-486.

УДК 616.5-056.3-08

ЗНАЧЕНИЕ ЭЛИМИНИРУЮЩИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ  
В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

О.А.Сиявская

В настоящее время установлено, что при аллергодерматозах у детей во внутренних средах организма имеются сдвиги, характеризующие нарушение процессов гемостаза - накопление продуктов деградации фибриногена, фибрин-мономеров. В тяжелых случаях экзема констатируется гиперкоагуляция, склонность к претромботическому состоянию, при далеко зашедшем патологическом процессе (диффузный нейродермит) - признаки ДВС-синдрома с повышением активности фибринолиза. У многих детей с экземой и нейродермитом отмечается снижение функциональной активности тромбоцитов, загруженность их рецепторного аппарата. Наряду с этим в крови выявляются и нарушения гомеостаза: осколки аллергенов, циркулирующие иммунные

комплексы: мелкие, средние и крупные с присоединением compleмента, его 3 фракции; антитела, биологически активные вещества - гистамин, серотонин, котехоламины и др. Обнаруживается также повышенное содержание холестерина,  $\beta$ -липопротеидов, иногда увеличение уровня сахара. У многих детей имеет место дисиммуноглобулинемия, реже - иммунодефицитное состояние, сдвиги КЭС и диз-электролитемия.

Нарушения гомео- и гемостаза, определяемые, как правило, при обострении экземы и нейродермита, проявляются нередко общим тяжелым состоянием, торпидностью основного кожного процесса, измененной установкой центральных нейрорегуляторных процессов, а также сдвигом гормонов анальных систем на качественно иные уровни, отличные от таковых у здоровых детей.

Иными словами, адаптационно-приспособительные механизмы, с одной стороны, отражают создавшийся патологический "порочный" уровень, с другой, - они ориентированы на условия длительно протекающего патологического процесса. Для выведения организма из этого состояния требуются большие усилия элиминационного плана, направленные прежде всего на разобщение больного с облигатными и факультативными аллергенами, для чего необходимо прежде всего назначение гипоаллергенной диеты. Осторожно нужно относиться к цельному молоку, оно, в части случаев, заменяется биолактом, кефиром и его разведением без добавления сахара. При ухудшении кожного процесса, особенно при использовании кефира, последний из питания исключается, что часто наблюдается в случаях предшествующего контакта будущей матери с пенициллином (кефир готовится на основе кефирной закваски, получаемой из кефирных грибов). При условии кормления ребенка грудным молоком из диеты кормящей женщины следует убрать продукты, обладающие алергизирующим по-

тенциалом. Ни в коем случае нельзя отлучать ребенка от груди. Детям первых месяцев жизни с целью гипосенсибилизации назначается грудное молоко под язык 10-15 капель 3 раза в день за 15 мин. до кормления грудью на протяжении не менее 3-х недель. Исключаются из рациона супы, бульоны, содержащие экстрактивные вещества, белые калы, с обязательным переходом на серые, а также оранжевого цвета овощи и фрукты. В наиболее тяжелых случаях гипоаллергенная диета назначается в сочетании с разгрузочными днями (боржоми 300-400 мл на сутки в 3-4 приема, зеленые яблоки до 300-400 г, сухофруктовое пюре из сливы, яблок, груш, а также желе из брусники, клюквы на сорбите или ксилите, даваемое в 2-3 приема в количестве 50-100 г) в течение недели 1-2 раза - индивидуально. Оправдано назначение промываний кишечника (1-2 раза на курс лечения) кипяченой водой  $t = 38-40^{\circ}\text{C}$  в количестве 1-1,5-2 л в зависимости от степени тяжести состояния ребенка, длительности интоксикации, оправдывает себя энтеральная сорбция в виде назначения активированного угля из расчета 2,0 г на 1 кг массы в течение суток, поделенного на 6-8 приемов с последующим запиванием водой. При особо тяжелой и упорной клинике аллергодерматоза с этой же целью могут быть использованы специальные сорбенты, поступающие в реанимационные отделения. Подавляющему большинству детей в условиях стационарного лечения требуется назначение инфузионной терапии для улучшения реологических свойств крови. Однако сама по себе пункция периферических вен, процедура наложения катетера на подключичные вены по Сельдингеру у данного контингента детей технически не проста и даже потенциально опасна возможными осложнениями (флебиты). В связи с этим большое практическое значение могут иметь методы оральной регидратации с использованием минеральных вод, гемодеза, реополиглюкина или

стандартного солевого раствора, рекомендованного ЕОЗ (1977), с заменой глюкозы на сорбит или ксилит, в составе: натрия хлорида - 3,5 г, натрия гидрокарбоната - 2,5 г, калия хлорида - 1,5 г, кислоты - 20 г, воды кипяченой до 1 л. Объем назначаемой жидкости дозируется из расчета 30-40 мл на 1 кг массы ребенка; рассчитанный объем дается через рот в течение 4-6 ч, дробно (по 1-2 ст. ложки через 3-5 мин.). Введение жидкости повторяют по показаниям до 5-7 раз.

Под нашим наблюдением в клинике раннего возраста за период 1981-86 г. находилось 135 детей в возрасте от 1 мес. до 1,5 лет преимущественно с проявлениями диссеминированной детской экземы. Из них у 46% детей экзема трансформировалась в нейродермит, 6 детей были с нейродермитом, 8 - с себорейной экземой. Всем детям проводилась комплексная терапия с учетом клинических проявлений патологического процесса и полученных данных лабораторного обследования. Детям назначался щадящий лечебно-охранительный режим с последующим его расширением. Диета назначалась индивидуально с учетом анамнеза, данных пищевого дневника. Назначая гипоаллергенную, элиминационную диету, строго учитывали ее сбалансированность, обогащение витаминами, микроэлементами. Каждые 5-7 дней проводился расчет питания по фактически съеденной пище. При избыточной массе ограничивались углеводы и поваренная соль. Белок назначался в соответствии с физиологической потребностью и в острых период за счет молочных продуктов (творог, ферментативно-кислые смеси). Детям назначали 1-2 раза промывания кишечника, инфузионную терапию в соответствии с физиологическими потребностями и дополнительно - жидкость, рассчитанную на патологические потери. Все дети получали препараты, нормализующие деятельность органов пищеварения, ЦНС, витамины (В<sub>6</sub>, В<sub>15</sub>), мембраностабилизирующие и

корректирующие жидкостные константы крови препарата, а также оксигенотерапию и гипосенсибилизирующие средства. Благодаря проведению элиминационных воздействий на организм, а также средств, выравнивающих отклонения в гемо- и гомеостазе, уже в конце второй - на третьей неделе значительно улучшалось самочувствие детей, повышался их аппетит, углублялся сон, кожный процесс претерпевал обратную динамику, особенно при истинной экземе. Наружная терапия сводилась обычно к минимуму на третьей-четвертой неделе госпитализации.

Приводим клинический пример:

Кирилл П. - 7,5 мес. находился в областной детской больнице с I3/Ш-27/IV-87г. с диагнозом: диссеминированная детская экзема с трансформацией в нейродермит, осложненная фурункулезом, гипотрофия I ст. смешанного генеза, дисбактериоз кишечника, вторичный ИДС.

Первые высыпания в виде гиперемии щек - с месячного возраста после дачи яблочного сока, с двух месяцев - усиление высыпаний после введения докорма молочной смесью "Волна". Процесс распространился на туловище, конечности, появилось мокнутие кожи лица.

Дважды госпитализировался в стационар по месту жительства с кратковременным эффектом от лечения.

Мальчик от пятой беременности, третьих родов. Беременность протекала без особенностей, родился массой 3750, рост - 54 см, закричал сразу, период новорожденности протекал без патологии.

Вскармливание - естественное до двух месяцев.

Наследственность по аллергии отягощена по линии отца: у отца и сестры отца в детстве "золотуха", у бабушки - бронхиальная астма.

При поступлении мальчика в стационар состояние по основному кожному процессу тяжелое. Беспокоен, выражен зуд кожи, затруднено засыпание. Психомоторное развитие соответствует возрасту, аппетит хороший, масса 7800. Кожа лица гиперемирована, отечна, с множественными микровезикулами на щеках, подбородке, гиперемия с инфильтрацией и шелушением области шеи, верхней части груди. Сливные очаги в области плеч, предплечий, ягодиц и голени. Множественные расчесы, экскориации; фон кожи вне высыпаний сухой с шелушением, стопы и кисти холодные на ощупь, цианотичны, дермографизм смешанный с преобладанием белого, увеличены лимфоузлы шейной группы, при пальпации безболезненные, пластичной консистенции, подвижные.

Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе.

Видимые слизистые розового цвета. Костно-мышечная система без отклонений. Дыхание везикулярное, сердечные сокращения ритмичные, тоны отчетливые. Живот умеренно вздут, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень 2,0 см ниже правого края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная. Стул со склонностью к запорам.

Проведены лабораторные исследования: Анализ крови - эр.  $4,2 \cdot 10^{12}$ , Нв - 127 г/л, цв.п. 0,9,  $\alpha$  -  $10,4 \cdot 10^9$  Э-240, п-1, С-37, Л-26, М-12.

Общ.белок - 55 г/л, тимоловая проба 1,0 АЛТ-0,52, АСТ-0,64

Коагулограмма - тр.345  $\cdot 10^9$ /л, ретенция тр.62%, ПТН - 80%

Фибриноген 2,0 г/л, этаноловый тест +++

ТЭГ без ЕАКК Р-6<sup>1</sup>39", К-1,45", Ме - 33 мм,

фибринолиз со стрептокиназой - мин.акт. - 0, макс. - I<sup>I</sup> - 24.

Заключение: Активация плазменного и тромбоцитарного звеньев гемостаза, выражающаяся в резкой активации ретенции тромбоцитов

к стеклу, сокращении времени свертывания на МЭГ с ЕАКК и резко положительными паракоагуляционными тестами.

Иммуноглобулина сыв. крови: IgA - 49 мг%, IgM - 47 мг%, IgG - 454 мг%.

Анализ мочи - без особенностей.

Кал на дисбактериоз: кишечная палочка - 400 тыс. лактозонегативные штаммы 46%, золотистый стафилококк - 15%, бифидумбактерии - не обнаружены.

Проведено лечение: гипоаллергенная диета (несладкий кефир 400 мл; серые капли, капустное пюре и мясной фарш). Инфузионная терапия с использованием гемодеза и эуфиллина № 5, промывания кишечника № 2 кипяченой теплой водой (1200 мл), тавегил в/м, витамин В<sub>6</sub> в/м 2 недели, вит. Е 4 недели, линкомицин в/м в течение 5 дней, биопрепараты и ферменты, стугерон, курантил, гепарин с дозы 250 ед./кг - 17 дней, УФО общее № 10, краска К:астеллани, паста АСД, затем мазь АСД на лолидоловой основе, общий массаж № 15.

Повторная коагуллограмма: отклонений в плазменном звене гемостаза нет, но сохраняется повышенная адгезивная активность тромбоцитов.

Выписан из отделения в удовлетворительном состоянии с положительным эмоциональным тоном, в массе прибыл на 500 г, нормализовался сон, значительно уменьшился зуд. Туловище и конечности "очистились" от высыпаний, на щеках и подбородке осталась легкая гиперемия и шелушение, исчезла цианотичность стоп и кистей. Кожа бархатистая, умеренной влажности, стул ежедневный. Через месяц после выписки из стационара положительная динамика кожного процесса сохраняется стабильной.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Н.А.Чайка, М.Р.Стрелкова. Применение оральной регидратации при острых кишечных инфекциях у детей. // Метод.рекомендации. Л., 1986. С.17.

2. Н.А.Чайка, М.Р.Стрелкова. Применение оральной регидратации при острых кишечных инфекциях у детей. // Вопр.охраны материнства и детства. 1986. № 10. С.65-69.

УДК 616.056.455:616-08:362.116

### ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ У ДЕТЕЙ С КОЖНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

С.Т.Кузнецова

В настоящее время отмечается рост числа тяжелых форм аллергодерматозов, устойчивых к терапии в амбулаторных условиях.

В целях обработки эффективного комплексного лечения проведено наблюдение за 85 детьми в возрасте от 1 мес. до 5 лет с различными клиническими проявлениями аллергического диатеза. Наблюдение проводилось в условиях детского соматического стационара, куда дети госпитализировались ввиду недостаточной эффективности проводимого ранее амбулаторного лечения. Отягощенный аллергологический анамнез у 90% наблюдаемых детей отмечался, у 2/3 из них имелась сформированная поливалентная аллергия. У преобладающего числа детей выявлен высокий инфекционный индекс, дисфункция желудочно-кишечного тракта: боли в животе, анорексия, рвота, срыгивания, нарушения стула, склонность к запорам или жидкому стулу. Кожный процесс имел торпидный характер, нередко осложнял-