

ным, в среднем 34,4 % детей, поступающих в санаторий, постоянно пользуются гормональными мазями. Наиболее высоки эти показатели в республиках Бурятия, Якутия, в Иркутской, Оренбургской области, на Алтае (57 %), в Ростовской области (51,7 %), Краснодарском крае (43 %), Дальнем Востоке (40 %). Среди обострений, имевших место в санатории, 25 % связано с отменой кортикостероидной наружной терапии.

Все пролеченные дети получили комплексное санаторно-курортное лечение. Среди перенесших обострение больных 22,9 % выписаны без перемен в состоянии здоровья.

Повторные курсы санаторного лечения получают от 14 до 40 % детей, что способствует удлинению ремиссии (на срок более 1 года).

Несмотря на то, что эффективность лечения в санатории достаточно высока (98,6 %), вопросу санаторно-курортного отбора, соблюдению этапности реабилитационной терапии и качества подготовки к курортному лечению по-прежнему должно уделяться большое внимание.

Градинаров А. М., Смышляева Л. В.

г. Екатеринбург

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ ГРУДНОГО МОЛОКА

Трудности в организации питания детей с атопическим дерматитом (АД) в грудном возрасте при переводе на искусственное и смешанное вскармливание определяются рядом факторов, наиболее значимыми из которых являются, в разных комбинациях различной степени выраженности сенсibilизация к белку коровьего молока и злаковым, функциональные особенности желудочно-кишечного тракта, патологическая колонизация. При выраженной остроте клинических проявлений АД и диспепсического синдрома эти проблемы решаются назначением современных лечебных смесей: соевых низко- и безлактозных и на основе гидролизатов белка коровьего молока. Но после купирования острых симптомов необходимость длительного использования этих смесей представляется проблематичной.

Нами проанализированы динамика клиники АД, особенности физического развития, восстановления кишечного зубиоза и некоторые показатели, характеризующие обмен железа у 50 детей первого года жизни, получавших в качестве основной смеси соевые изоляты в течение 6 месяцев и более, в сопоставлении с таковыми у 42 детей, также в грудном возрасте, которые после купирования острых симптомов АД через 10–12 недель переводились на питание смесями на основе белка коровьего молока. У 26 детей основной являлась адаптированная смесь «НАН кисломолочный», у 16 – адаптированная лечебно-профилактическая смесь «Нутриллон-ОМНЕО». Указанные смеси, после этапа лечебного питания и проведенных терапевтических мероприятий, вводились в течение 2 недель с постепенным увеличением объема и под контролем переносимости (кожные и гастроинтестинальные симптомы). Базовая терапия (антимедиаторные препараты и мембраностабилизаторы, методы энтеросорбции, прокинетики, комплекс мер, направленных на коррекцию патологической колонизации) в сравниваемых группах была аналогичной. Дети в обеих группах в возрасте до 6 месяцев не получали корректирующих добавок и прикормов. Среднее количество белка не превышало 1,9–2,1 г/кг массы в сутки.

Проведенный анализ показал, что у детей, получавших в качестве основной соевую смесь, через 3 месяца при средних и высоких показателях нарастания массы тела замедляются темпы роста в длину (отмечен переход в более низкие центильные коридоры). Разница статистически достоверна ($p < 0,05$). Дети с транзиторным субклиническим гипотиреозом из настоящего анализа исключены.

Также статистически достоверно у детей, длительно получавших смеси на основе сои, затягивалась нормализация состава кишечной флоры. Показатели, косвенно характеризующие обмен железа (число эритроцитов в 1 мкл, концентрация гемоглобина, гематокрит, средний объем эритроцитов и др.), исследуемые на анализаторе «Digicell DC 500+, AVZ», в сравниваемых группах достоверно не отличались. Переносимость смесей на основе белка коровьего молока у абсолютного большинства детей была хорошей. Лишь у 3 детей отмечалось усиление кожных проявлений и диспепсических расстройств на фоне быстрого увеличения вводимых объемов.

Полученные нами данные свидетельствуют, что вопрос о целесообразности длительного исключения белка животного происхождения в лечебной диетике при АД нельзя считать окончательно решенным. Представляемые современной индустрией детского питания возможности открывают перспективы реализации методами диетотерапии при АД как физиологических задач питания, так и соблюдения принципа антигенного щажения.

Гуреева В. В.,
Фадеева И. Р., Сонин Д. Б.

г. Рязань

СТРУКТУРА ОРГАННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

В 1999 году в г. Рязани и Рязанской области из 15 976 случаев заболеваний кожи у детей 4467 случаев приходилось на атопический дерматит (АД), что составляет 27,9 %, причем впервые зарегистрировано 1125 случаев.

С учетом сложного механизма патогенеза атопического дерматита в нашем отделении проводится комплексное обследование детей с привлечением по показаниям соответствующих специалистов: аллерголога, иммунолога, невропатолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, гинеколога, ортопеда, ЛОРа и др.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости проводилось у 89,3 % детей, при этом наиболее часто выявлялись:

- дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу;
- участки уплотнения печеночной ткани в печени;
- изменения по типу реактивного панкреатита со стороны поджелудочной железы.

По показаниям проводилась фиброгастродуоденоскопия. На ФГС обнаруживались явления бульбита, чаще гастродуоденита, поверхностного гастрита, реже выявлялся эрозивный гастрит.

Изменение микробиоза кишечника выявлено у 83,8 % больных.

На фоне невротических расстройств дерматоз протекал у 41,4 % детей с АД. При этом у детей до 1 года – 3 лет преобладали изменения