

Необходимо отметить, что проведенными исследованиями, установлено, что для лечения менингитов, антибактериальные средства класса макролидов, линкозамидов, производные 5 – нитрофурана, хинолина и нефторированные хинолоны применяться не должны. Из группы тетрациклинов можно рекомендовать только доксициклин, и то, при менингитах, вызванных *Leptospira*. Больше всего это связано с бактериостатическим

действием групп и очень плохим проникновением в спинномозговую жидкость (СМЖ).

В проведенных исследованиях выявлены наиболее частые возбудители менингитов у детей г. Семей (n=132), определены их устойчивость к антибиотикам, а также изучена фармакокинетика препаратов с целью определения схем рациональной антибиотикотерапии. Результаты представлены в таблице 2.

**Таблица 2. - Антибактериальная терапия менингитов у детей г. Семей**

Группа, возраст	Эмпирическая терапия	Наиболее частые возбудители	Этиотропная терапия	Курс, сут.
I (новорожденные)	Цефамандол (ЦМ) + аминогликозиды (АГ) II или III поколения	Str B; spp.; pneumoniae	ЦМ ± АГ II или III поколения	14
		Энтеробактерии	Цефотаксим ± АГ II или III поколения	21
II (1 – 6 мес., 6- 12 мес.)	ЦМ или цефотаксим или цефтриаксон + АГ II или III поколения Резерв 1 препарата – ампициллин	<i>Listeria monocytogenes</i>	ЦМ + АГ II или III поколения	14
		<i>H.influenza</i>	Цефотаксим или цефтриаксон	10
		Str.B или spp. Энтеробактерии	ЦМ + АГ II или III поколения	14
III (1 год - 5 лет)	Цефазолин или цефотаксим или цефтриаксон	<i>Listeria monocytogenes</i>	Цефотаксим + АГ II или III поколения	21
		<i>N.meningitidis</i>	Ампициллин + АГ II или III поколения	14
		<i>H.influenza</i>	Цефотаксим или цефтриаксон	10
IV (старше 5 лет)	Цефотаксим или цефтриаксон	Str. Pneumoniae	Цефазолин	10
		<i>N.meningitidis</i> Str.pneumoniae; Str.spp.	Цефотаксим Цефазолин	10 7-10

Необходимо отметить, что пока еще нет антибактериального препарата, полностью отвечающего всем требованиям для рационального лечения бактериальных менингитов. Тем не менее, высокая активность с широким спектром действия, хорошее проникновение через ГЭБ и относительная безопасность, и хорошая переносимость делают наиболее эффективными и рациональными группу цефалоспоринов.

Назначения отличаются от стандартных (справочных). Режим дозирования и путь введения строго инди-

видуальные. Не рекомендуется применять тиенам, несмотря на его высокую активность и проникновение в СМЖ до 75-98%, так как побочные эффекты препарата на ЦНС у детей развиваются сразу после начала терапии. Вероятнее всего, препарат необходимо оставить для глубокого резерва (терапии «последний шанс»).

**Литература:**

1. Падейская Е.Н. Российский национальный конгресс : «Человек и лекарство», Москва, 2005.

УДК 616.36-053.2-071

**УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ**

Р.К. Искакова

КГКП «Детская больница №1», г. Усть-Каменогорск

**Тұжырым**

**БАЛАЛАРДАҒЫ БАУЫРДЫҢСОЗЫЛМАЛЫ АУРУЛАРЫНЫҢ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҢ ӨЗГЕРІСТЕРІ**

Вильсон сырқаты және Гоше сырқаты, гликогенді сырқаты кезінде ішкі ағзаларды және оның қан тамырларының күйін тексеру үшін ультрадыбысты зерттеу көптеген ажырату-диагностикалық белгілерді анықтап, осы сырқаттарды зерттеу барысының алғашқы сатыларында анықтау мүмкіндігі анықталды.

**Summary**

**ULTRASOUND CHANGES IN CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES IN CHILDREN**

Application of ultrasonic research of internalss and donnперографического research of vessels of portal and blood stream expediently for children with illness of Vilson, by illness Goshe, because allows to educe the row of differentially-diagnostic signs and suppose the presence of these diseases on the first stages of inspection.

**Актуальность.** Метаболические заболевания занимают важное место среди хронических диффузных заболеваний печени. Наиболее распространенными в этой группе являются болезнь Вильсона, гликогеновая болезнь и болезнь Гоше /4/. Эти заболевания вызваны генетически обусловленной недостаточностью какого-

либо фермента. Их общим патогенетическим признаком является накопление в ткани печени и других органах различных веществ. Первые клинические проявления отмечаются в детском возрасте. Болезнь Вильсона представляет собой наследственное заболевание, связанное с накоплением меди в печени и других органах,

что приводит к развитию хронического гепатита и в последующем к циррозу печени /2,3,8/. Гликогеновая болезнь (ГБ) объединяет группу заболеваний, в основе которых лежит генетическое нарушение углеводного обмена, характеризующееся избыточным накоплением гликогена в различных органах. Клинически со стороны внутренних органов ведущим признаком является выраженная гепатоспленомегалия /1/. Ультразвуковые (УЗ) методы исследования печени, включающие эхографию (ЭГ) и доплерографическое (ДГ) исследование сосудов, является доступным неинвазивным методом, практически не имеющим ограничений для использования в педиатрии. В большинстве научных работ, посвященных изучению метаболических болезней печени, подчеркивается необходимость комплексного обследования больных с применением, помимо клинических, лабораторных данных и результатов гистологического исследования печени, методов медицинской визуализации /5,6,7/. Согласно литературным данным, некоторыми авторами изменения УЗ картины печени и селезенки при болезни Вильсона оцениваются как неспецифические. Однако, современный уровень технического прогресса и повышение разрешающей способности ультразвуковой аппаратуры позволяет более тщательно визуализировать детали строения органа и по новому оценить особенности паренхимы печени и селезенки при болезни Вильсона у детей /8/. При гликогеновой болезни (ГБ) описываются изменения клинико-лабораторных данных при различных ее типах, встречаются также работы, дающие характеристику картине печени и других органов (сердце) по данным УЗ или компьютерной томографии при каком либо одном типе ГБ. Практически отсутствуют работы, сопоставляющие ЭГ и ДГ изменения печени у детей с различными типами ГБ. В большинстве работ, посвященных поражению печени при болезни Гоше, исследуется первый тип заболевания. Авторы отмечают, что спленомегалия является постоянным признаком, при этом лишь единичные исследования посвящены оценке паренхимы печени, получаемой различными методами медицинской визуализации у взрослых пациентов.

Таким образом, изучение ЭГ и ДГ изменений в печени, селезенке, а также особенностей гемодинамики по сосудам портальной системы и чревного ствола при этих заболеваниях представляется актуальной проблемой.

#### Цель исследования:

Установить диагностическую значимость ультразвуковых методов исследования при метаболических болезнях печени у детей.

#### Задачи исследования:

1. Определить особенности УЗ картины печени и селезенки при болезни Вильсона, гликогеновой болезни и болезни Гоше у детей.

2. Определить основные параметры гемодинамических показателей портальной системы и чревного ствола при этих заболеваниях.

3. Установить зависимость изменений ультразвуковых и гемодинамических параметров от возраста детей и стадии заболевания.

#### Материал и методы исследования

Нами проведено обследование детей в возрасте от года до 12 лет. Количество обследованных детей - 48. Особенностью УЗ картины паренхимы печени и селезенки при болезни Вильсона были выявляемые в 70% случаев гипозоногенные участки, единичные или множественные, с нечетким контуром, размерами от 6 до 10 мм. У детей после 10-12 лет, не получавших лечение, возрастало частота встречаемости УЗ признаков цирроза. Особенности эхографической картины печени

при гликогеновой болезни являлись: выраженная гепатомегалия преимущественно за счет левой доли печени, мелкоочаговая диффузная неоднородность паренхимы печени с ослаблением УЗ в ее дистальных отделах, наличие аденом (при ГБ III типа - в 30% случаях, с I типом - у 16% больных). Особенности эхографической картины при болезни Гоше являлись: выраженная гепатоспленомегалия, однотипность эхографических изменений паренхимы печени и селезенки характеризующихся повышенной эхогенностью, мелкоочаговой диффузной неоднородностью, а также визуализации у 22% больных гипозоногенных участков размерами 11-26 мм с неровным нечетким контуром - "узлы" Гоше. Изменения доплерографических параметров кровотока при болезни Вильсона характеризались увеличением объемного кровотока по воротной вене и повышением индекса резистентности по печеночной артерии; при гликогеновой болезни - снижением объемного кровотока по воротной вене и двухфазной формой ДГ кривой; при болезни Гоше - повышением объемного кровотока по селезеночной вене. Допплерографические показатели кровотока по сосудам портальной системы и чревного ствола при болезни Вильсона, гликогеновой болезни и болезни Гоше не являются специфическими, а отражают изменения гемодинамики при этих заболеваниях. Метод ДГ следует рассматривать как дополнительное исследование, помогающее уточнить стадию заболевания.

#### Выводы.

1. Применение ультразвукового исследования внутренних органов и доплерографического исследования сосудов портального и чревного кровотока целесообразно у детей с болезнью Вильсона, гликогеновой болезнью, болезнью Гоше, так как позволяет выявить ряд дифференциально-диагностических признаков и предположить наличие этих заболеваний на первых этапах обследования.

2. Наиболее информативными ДГ параметрами портального и чревного кровотока, позволяющими косвенно судить о степени портальной гипертензии являются: индекс резистентности для артерий, объемный кровоток для воротной и селезеночной вены, форма ДГ кривой по печеночной вене.

3. В связи с методическими особенностями проведения ДГ исследований, данный метод рекомендуется применять у детей старше 8 лет.

#### Литература:

1. Аллажиль Д., Одьевр М. Заболевания печени и желчных путей у детей. -М.: Медицина, 1982 239 с.
2. Багаева М.Э., Каганов Б.С., Готье С.В. и др. Клиническая картина и течение болезни Вильсона у детей // Вопросы современной педиатрии -2004-3(5)-С.13-8.
3. Багаева М.Э. Течение болезни Вильсона у детей: Автореф.дис. канд.мед.наук. / НЦЗД РАМН - Москва 2004-24с.
4. Басистова А.А., Баранов А.А., Каганов Б.С., Буканович О.В. Болезнь Гоше у детей // Вопросы современной педиатрии 2004 - Т.3. №5 - С.47-53.
5. Зубарев А.В. Диагностический ультразвук. М.: Реальное время, 1999. -286 с.
6. Учайкин В.Ф., Чередниченко Т.В. Острый гепатит С у детей // Детский доктор. 2000. - №3. - С. 12 - 14.
7. Brunelle F, Tammam S, Odievre M, Chaumont P Liver adenomas in glycogen storedisease in children. Ultrasound and angiographic study// Pediatr Radiol.-1984,-14(2)-94-101.
8. Yuce A., Kosak N., Gurakan F. et al. Wilson's disease with hepatic presentation in childhood // Indian Pediatr. 2000. - V. 37(1). - P. 31 – 36.