

указывает на инфекционный процесс, эти дети нуждались в динамическом наблюдении. Отсутствие клинической симптоматики может быть обусловлено лишь временным равновесием паразита и хозяина в условиях, ограничивающих размножение хламидий.

Всем пациентам, у которых при медицинском осмотре результаты прямого иммунофлюоресцентного анализа подтвердили наличие антигенных структур хламидий, необходимо проведение дополнительных диагностических тестов: выявление ДНК/РНК хламидий (полимеразно-цепная реакция) и противохламидийных антител (иммуноферментный анализ). Это связано с тем, что ни один из современных методов верификации хламидийной инфекции не обладает 100% специфичностью, поэтому в некоторых случаях возможно получение ложноположительных результатов.

Среди стационарных больных хламидийная инфекция обнаружена у 55 детей (43%, ДИ — 35–52%). При этом хламидии были выявлены у 22 пациентов с острой и у 33 с хронической патологией верхних дыхательных путей, соответственно — в 24% (ДИ — 35–52%) и в 26% (ДИ — 18–34%) случаев. В видовой структуре также преобладала *Ch. pneumoniae* (63,6%), удельный вес хламидийной микст-инфекции составил 23,6%.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали высокую инфицированность хламидиями детей, как находящихся на стационарном лечении по поводу острых и хронических заболеваний верхних дыхательных путей, так и детей организованных коллективов. Большую тропность к слизистой оболочке глотки и носа имели представители вида *Ch. pneumoniae*. Наличие хламидийных возбудителей в слизистой оболочке верхних отделов респираторного тракта у детей определяет склонность к хронизации воспалительных процессов глотки и носа.

Литература

1. Гавалов С.М. Хламидиоз — дисбиоз, интегральные взаимоотношения. — Новосибирск : РТФ, 2003.

2. Гранитов В.М. Хламидиозы. — М. : Медицинская книга, 2002.
3. Кротов С.А., Кротова В.А., Юрьев С.Ю. Хламидиозы: эпидемиология, характеристика возбудителя, методы лабораторной диагностики, лечение генитального хламидиоза. — Кольцово, 1998.
4. Линьков В.И., Цурикова Г.П., Нуралова И.В., Панькина Н.А. // *Новости оториноларингологии и логопатологии*. — 1995. — № 3–4. — С. 146.
5. Лобзин Ю.В., Ляшенко Ю.И., Позняк А.Л. *Хламидийные инфекции*. — СПб.: Фолиант, 2003.
6. Мазанкова Л.Н., Запруднов А.М., Григорьев К.И. // *Медицинская помощь*. — 2002. — № 2. — С. 3–10.
7. Позняк А.Л. и др. // *Актуальные вопросы диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении : мат. 5-й Всероссийской научно-практ. конф.* - М., 2001. - С. 120-121.
8. Тартаковский И.С. // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. — 2000. — Т. 2, №1. - С. 60-68.
9. Федоров А.М. // *Международный медицинский журнал*. - 1999. - № 11-12. - С. 674-676.
10. Юлиш Е.И., Самойленко И.Г., Кривущев Б.И. и др. // *Вестник гигиены и эпидемиологии*. — 2002. — Т. 6, № 1. - С. 51-54.
11. Esposito S., Principi N. // *Pediatric Drugs*. — 2001. — Vol. 3. - P. 159-168.
12. Falck G., Gauze A., Gnarp H. et al. // *Scand. J. Infect. Dis.* - 1997. - Vol. 29, No. 6. - P. 585-589.

Поступила в редакцию 28.04.05.

FREQUENCY OF CHLAMYDIA INFECTION OF THE UPPER RESPIRATORY WAYS IN CHILDREN

E. V. Belova, V. T. Manchuk, T.A. Kapustina, T.I. Kin
Scientific Research Institute of the Northern Medical Problems
Siberian Branch of the RAMS (Krasnoyarsk)

Summary — The data on frequency of Chlamydia infection in children of the organized groups and in children hospitalized into NHO-department with various upper respiratory ways pathology are submitted. High frequency of Chlamydia infection was found. High preferability to a mucous membrane of throat and nose had *Chlamydia pneumoniae*.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 64-65.

УДК616.366-003.7-073.48-053.2(571.63)

О.Г. Боченина, В.А. Мирошниченко, Э.В. Кораблева

ВЫЯВЛЕНИЕ ГРУПП ДЕТЕЙ С УГРОЗОЙ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: желчно-каменная болезнь, ранняя диагностика, группы риска, поликлиника.

Исследования последних лет свидетельствуют о широком распространении в детском возрасте забо-

леваний желчевыводящих путей, которые по своей частоте занимают второе место в структуре всей гастроэнтерологической патологии [4]. Ранняя диагностика и лечение этих состояний имеет большое клиническое значение из-за возможности трансформации функциональных нарушений в желчевыводящей системе в органическую патологию — хронический холецистит и желчно-каменную болезнь, что происходит в результате нарушения коллоидной стабильности желчи и присоединения воспалительного процесса [3–6]. С учетом новых экономических условий первичная диагностика заболеваний органов пищеварения должна осуществляться в поликлиниках по месту жительства. Все большее распространение здесь получают неинвазивные методы диагностики.

Цель исследования — разработать и внедрить программу диагностики нарушений двигательной функции желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров с повышенным уровнем агрегации желчи в условиях поликлиники.

Задачи исследования:

- установить характерные клинические особенности и факторы, влияющие на клинические проявления дисфункциональных расстройств билиарного тракта у детей;
- оценить показатели серийной ультразвуковой холцистографии при различных типах билиарных дисфункций;
- сопоставить информативность методов диагностики типов дисфункциональных расстройств билиарного тракта;
- определить уровень агрегации желчи у больных с нарушением двигательной функции желчевыводящих путей и выявить факторы, способствующие ее повышению.

Обследовано 132 пациента с дисфункциональными расстройствами билиарного тракта в возрасте от 4 до 18 лет, из них 24 ребенка с аномалиями развития желчевыводящих путей и 108 детей без аномалий развития желчевыводящих путей. Используются клинические, инструментальные, биохимические, функциональные и статистические методы исследования.

Самой многочисленной группой оказались дети в возрасте от 11 до 14 лет ($51,5 \pm 4,4\%$). Достоверных различий по полу среди обследованных не было, однако в группе 11–14 лет достоверно чаще встречались девочки.

В большинстве случаев длительность заболевания составляла 3–4 года, однако более чем 5-летний анамнез достоверно чаще отмечался у детей с аномалиями развития желчевыводящих путей ($41,6 \pm 10,3\%$), чем без них ($24,1 \pm 4,1\%$), что позволяет сделать вывод о влиянии этих аномалий на длительность заболевания и эффективность проводимой терапии. Наибольшее число обращений среди пациентов без аномалий развития желчевыводящих путей пришлось на возраст 7–10 и 11–14 лет ($29,6 \pm 4,4$ и $42,6 \pm 4,8\%$ соответственно).

Было установлено, что при наличии аномалий развития желчевыводящих путей ДРБТ появлялись гораздо раньше — в возрасте до 7 и в 7–10 лет ($62,5 \pm 10,1$ и $16,7 \pm 3,6\%$ соответственно). У детей без аномалий они выявлялись позже — в возрасте 11–14 лет ($42,6 \pm 4,8\%$), что указывало на важную роль этого фактора в формировании дисфункциональных расстройств билиарного тракта.

Данные генеалогического анамнеза показали, что у всех детей с аномалиями развития желчевыводящих путей и у $88,9 \pm 3,0\%$ детей без аномалий родители страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта. У родственников чаще встречались хронические гастрит и гастроуденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Отмечено

достоверное преобладание у родственников детей с аномалиями развития желчевыводящих путей хронического гастрита ($75,0 \pm 9,0\%$), язвенной болезни ($41,7 \pm 10,0\%$), хронического панкреатита ($20,1 \pm 8,5\%$) и желчно-каменной болезни ($20,8 \pm 8,5\%$).

Преморбидный фон у пациентов с дисфункциональными расстройствами билиарного тракта характеризовался наличием перенесенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Максимально часто отмечались кишечные инфекции и глистные инвазии.

У всех обследованных билиарные дисфункции были вторичными и возникали на фоне различных заболеваний органов пищеварения. Этот факт согласуется с данными литературы. Так, И.В. Маев и Л.А. Харитоновна утверждали, что вторичные нарушения функции желчевыводящих путей диагностируются в 85–90% случаев при патологии органов пищеварения [2]. В большинстве наблюдений на собственном материале дисфункциональные расстройства развивались на фоне хронического гастрита или гастроуденита.

При анализе клинических проявлений дисфункции желчевыводящих путей было определено, что ведущим клиническим синдромом был болевой синдром билиарного типа. При гипертоническом типе дисфункциональных расстройств боли в правом подреберье носили приступообразный коликоподобный характер, были кратковременными, связанными с физической или эмоциональной нагрузкой и купировались спазмолитиками. У детей с гипокинетическим типом дисфункциональных расстройств билиарного тракта боли в правом подреберье были тупыми, распирающими, чаще связанными с погрешностями в диете. Однако, учитывая, что билиарные дисфункции во всех наблюдениях были вторичными, клинические проявления и тяжесть состояния пациентов во многих случаях были обусловлены симптомами основного заболевания.

Важно отметить, что у $51,5 \pm 4,4\%$ детей (в основном подросткового возраста) дисфункциональные расстройства билиарного тракта формировались на фоне синдрома вегетативной дисфункции. Это объясняется тем, что роль вегетативной нервной системы в регуляции моторно-эвакуаторной функции желчевыводящих путей заключается преимущественно в обеспечении тонуса гладкой мускулатуры желчного пузыря и сфинктерного аппарата. Ведущую же роль в реализации скоординированного сокращения желчного пузыря и расслабления сфинктеров играют, прежде всего, гормональные факторы.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости было выявлено наличие аномалий развития желчного пузыря у $18,2 \pm 3,4\%$ больных. Чаще всего регистрировались перегибы ($58,3 \pm 10,3\%$) и перетяжки ($20,8 \pm 8,5\%$) пузыря. Признаков холцистита выявлено не было, однако у $6,8 \pm 2,2\%$ детей обнаруживался увеличенный желчный пузырь с гомогенным осадком. Моторная функция пузыря

у этих детей была снижена (гипокинетический или гипертонически-гипокинетический тип дисфункциональных расстройств билиарного тракта) и определялся повышенный уровень агломерации желчи. Тип ультразвуковой картины, при котором находят гомогенные эхоструктуры, не дающие акустической тени, получил в англоязычной литературе название *sludge* (осадок), а во франкоязычной — *liquide echogene intravesiculare* (эхогенная внутривезикулярная жидкость). Этот желчный осадок, состоящий из кристаллов холестерина, желчных кислот, пигментных гранул и комочков слизи, расценивается многими исследователями как предстadium камнеобразования [1]. У $20,8 \pm 8,4\%$ больных с аномалиями развития желчного пузыря и $12,0 \pm 3,0\%$ больных без аномалий были найдены эхографические признаки реактивного панкреатита.

Наиболее частыми типами билиарных дисфункций были гипокинетический, гипертонический, гипертонически-гипокинетический. Только эти три типа дисфункциональных расстройств билиарного тракта встречались у детей с аномалиями развития желчевыводящих путей.

Сравнительная оценка методов дуоденального зондирования и серийной ультразвуковой холецистографии показала, что их результаты практически совпадают. Преимуществом серийной ультразвуковой холецистографии является то, что это неинвазивный метод, который не требует стерильного оборудования, хорошо переносится детьми и может применяться в условиях поликлиники.

Диагностика холелитиаза на ранних стадиях вызывает определенные трудности, так как связана с использованием сложных физико-химических методов на основе ядерной магнитно-резонансной спектрографии, лазерного квазиэластического рассеивания, электронной микроскопии, геляраспределительной хроматографии и др. В настоящее время эти методы недоступны для широкого применения из-за высоких экономических затрат на их реализацию. Для верификации литогенной желчи у детей с дисфункциональными расстройствами билиарного тракта мы проводили определение уровня ее агломерации [3]. Было выявлено повышение этого показателя у $17,4 \pm 3,3\%$ наблюдавшихся пациентов.

Сравнительная клиническая характеристика групп детей с повышенным и нормальным уровнем агломерации желчи показала, что достоверных различий по возрасту между ними не было — в обеих преобладали пациенты 11–14 лет ($50,5 \pm 4,8$ и $56,5 \pm 10,6\%$ соответственно). Длительность дисфункциональных расстройств билиарного тракта при нормальном уровне агломерации желчи в большинстве случаев составляла 3–4 года ($54,1 \pm 4,8\%$), в то время как при повышенном уровне агломерации — 5 лет и более ($73,9 \pm 9,4\%$). Это косвенно указывало на влияние длительности существования билиарных дисфункций на формирование литогенной желчи.

Следует отметить, что у детей с повышенной агломерацией желчи родственники страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта, причем более чем у половины из них ($60,9 \pm 10,4\%$) анамнез был отягощен только по линии матери. Важно, что у пациентов с повышенным уровнем агломерации желчи генеалогический анамнез достоверно чаще был отягощен по заболеваниям гепатобилиарной системы и поджелудочной железы (желчно-каменная болезнь, хронический холецистит, хронический панкреатит).

Наиболее частыми типами дисфункциональных расстройств билиарного тракта у детей с повышенным уровнем агломерации были дисфункции с повышенным тонусом сфинктеров и/или сниженной моторикой желчного пузыря: гипокинетический, гипертонически-гипокинетический. Только эти два вида дисфункций выявлялись при повышенном уровне агломерации желчи и наличии аномалий развития желчного пузыря.

Таким образом, обследование детей в условиях поликлиники с помощью методов серийной ультразвуковой холецистографии и определения уровня агломерации желчи позволяет выделить группу больных с угрозой развития желчно-каменной болезни. Соответствующая терапия выявленных нарушений на ранних стадиях способствует предупреждению развития этого заболевания.

Литература

1. Запруднов А.М., Харитонов Л.А. // *Рос. вестн. педиатрии*. — 2000. — № 2. — С. 39–44.
2. Маев И.В. *Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей : учебное пособие*. — М.: ГОУ ВУНМЦМЗРФ, 2003.
3. Мараховский Ю.Х. // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатологии, колопроктологии*. — 1997. — № 1. — С. 62–72.
4. Урсова Н.И. *Современные технологии в диагностике и лечении дисфункциональных расстройств билиарного тракта у детей : учебное пособие*. — М., 2003.
5. Blaut U., Maresci K.J., Thor P.J. // *Folia Med. Cracov.* — 1999. — Vol. 40, No. 3–4. — P. 93–105.
6. Binmoeller K.F., Shafer T.W. // *G. Clin. Gastroenterol.* — 2001. — Vol. 32, No. 2. — P. 106–118.

Поступила в редакцию 28.07.05.

REVEALING THE CHOLELITHIASIS RISK GROUPS IN CHILDREN IN POLICLINIC

O.G. Bochenina, V.A. Miroshnichenko
Vladivostok State Medical University

Summary — The authors have used clinical, instrumental, biochemical and functional methods for examination of 132 children with biliary tract disfunction. 18,18% of these patients had gallbladder anomalies. They have shown the diagnostic value of serial ultrasonography of gallbladder and the level of bile agglomeration to reveal the cholelithiasis risk group. This group included 17.4% patients with sphincter of Oddi spasm and hypotonic gallbladder, who had increased level of bile agglomeration. It has been shown the role of gallbladder anomalies, which promote the bile duct disfunctions with lithogenic bile.