

ние. В основе диетотерапии детей раннего возраста с ротавирусным гастроэнтеритом лежит элиминационная диета со сниженным содержанием или отсутствие лактозы, что зависит от возраста ребенка, характера вскармливания, степени лактазной недостаточности. Целью работы являлась оценка эффективности диетотерапии смесью «NAN-безлактозный» в комплексной терапии ротавирусного гастроэнтерита у 128 детей в возрасте 6–12 мес., находившихся на лечении в инфекционном стационаре МБУЗ ГДКБ г. Красноярска. Диагноз РИ подтверждался обнаружением антигена ротавируса в кале с помощью РЛА. В зависимости от вида вскармливания наблюдаемые больные были распределены на две группы: основную (69 чел.) – получающие в качестве основного вида питания смесь «NAN-безлактозный» и контрольную (59 чел.) – питание адаптированными молочными продуктами. У всех больных имело место острое начало заболевания с повышением температуры тела до 37,5–38,5°C, снижения аппетита. У 86% больных в первые сутки заболевания отмечалась повторная или даже многократная рвота (до 7–9 раз). Одновременно с рвотой уже в первые сутки (48,5%) или на следующий день (51,5%) появлялся патологический стул от 5–7 (63,7%) до 10–12 раз (36,3%). По характеру стул был жидкий, водянистый, иногда пенистый, обильный, непереваренный, с неприятным кислым запахом. У большей части пациентов (82,6 %) диарея сопровождалась выраженными явлениями метеоризма. При лабораторном исследовании крови достоверно чаще выявлялся умеренный лейкоцитоз с лимфоцитозом, однако у 18% больных имел место нейтрофилез со сдвигом формулы влево ( $p < 0,01$ ). В копрограмме у 100% детей с РИ выявлялись признаки ферментативной недостаточности. Наряду с диетой всем больным назначалась регидратационная терапия, энтеросорбенты, биопрепараты, ферменты. При оценке эффективности лечебного питания «NAN-безлактозный» отмечено более быстрое купирование кишечных расстройств. Так у большей части детей (84%), получающих в качестве основного вида питания смесь «NAN-безлактозный» нормализация стула и копрограммы происходила уже к 4 дню с момента начала терапии, в то время как у пациентов контрольной группы нормализация стула отмечена только к концу недели, а копрологические изменения сохранялись вплоть до выписки из стационара. Среднесуточная прибавка массы тела при кормлении смесью «NAN-безлактозный» составляла в среднем 31,5 [28–39] г в сутки, что превышало весовые прибавки у детей, получавших адаптированные смеси (24,8 [23,7–27,6] г/сут) ( $P < 0,05$ ). Таким образом, диетотерапия детей раннего возраста с РИ лечебной смеси «NAN-безлактозный» способствует сокращению длительности диарейного синдрома, увеличению прибавки массы тела, что позволяет рекомендовать ее для широкого использования в клинической практике.

*Козько В.Н., Сохань А.В., Копейченко Я.И.*

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ  
ЦИКЛОФЕРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ  
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГЕРПЕСВИРУСНЫМИ  
МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТАМИ**

*г. Харьков, Украина.*

На сегодняшний день актуальным вопросом в лечении больных с герпесвирусными поражениями центральной

нервной системы является применение иммуномодулирующих средств. Доказано что нормализация иммунного ответа пациента приводит к уменьшению проявлений заболевания, способствует уменьшению вероятности рецидива заболевания. Однако поиск наиболее оптимальных препаратов и схем их применения продолжается, так как даже при применении современного лечения сохраняется высокая летальность и инвалидизация больных с герпесвирусными поражениями ЦНС. Учитывая, что циклоферон является низкомолекулярным иммуномодулятором, проникает через гематоэнцефалический барьер и стимулирует продукцию интерферона, целью нашего исследования было определение его эффективности в комбинации с ацикловиром у пациентов с острыми герпесвирусными менингоэнцефалитами. Под нашим наблюдением находились 49 больных, которые были разделены на 2 группы. Больные первой группы (32 пациента) получали циклоферон по 2 мл в/м по общепринятой схеме на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23 день лечения, больные второй группы (17 пациентов) не получали иммуномодуляторов. Препараты ацикловира, патогенетическая и симптоматическая терапия была одинаковой в обеих группах больных. Для определения эффективности лечения в динамике заболевания оценивались клинические проявления болезни и содержание CD-3, CD-4, CD-8, CD-16, CD-19, INF- $\gamma$  в крови больных. Побочных эффектов при применении циклоферона нами зарегистрировано не было. Оценивая клинический эффект лечения следует отметить, что в обеих группах достоверной разницы в длительности лихорадки –  $9,5 \pm 2,5$  суток, менингеального синдрома –  $7,1 \pm 1,1$  суток не было. Скорее всего, длительность этих проявлений зависела от характера этиотропной и патогенетической терапии. Однако в группе больных, которые получали циклоферон достоверно меньше была длительность головной боли –  $11,2 \pm 2,8$  ( $16,4 \pm 3,5$  во второй группе  $p < 0,001$ ), очаговой неврологической симптоматики –  $12 \pm 2,4$  суток ( $15,9 \pm 3,5$  во второй группе  $p < 0,001$ ), раньше отмечалась нормализация показателей спинно-мозговой жидкости – в первой группе на  $14,3 \pm 1,3$  сутки и на  $23,7 \pm 4,1$  сутки во второй группе. В группе пациентов с циклофероном меньше была длительность стационарного лечения, не было пациентов с грубой неврологической симптоматикой в периоде реконвалесценции. Летальных случаев в обеих группах не зарегистрировано. В начале лечения у больных обеих групп отмечались одинаковые изменения в иммунограмме с резким снижением количества CD-4, CD-8, CD-16 клеток. На фоне лечения в первой группе на фоне лечения наблюдалось более значительное увеличение количества клеток с CD-4 и CD-16 антигеном ( $695,3 \pm 41,5$  и  $333,1 \pm 15,1$  соответственно) по сравнению с второй группой CD-4 –  $608,3 \pm 52,3$  и CD-16 –  $375,5 \pm 22,3$   $p < 0,001$ . Так же отмечалось более высокое содержание INF- $\gamma$  в первой группе –  $67 \pm 4,3$  и  $60 \pm 5,1$  во второй группе. Количество клеток с маркером CD-3, CD-8, CD-19 достоверно не отличалась в обеих группах. Таким образом применение циклоферона в данной группе больных способствует более быстрому исчезновению очаговой неврологической симптоматики, нормализации показателей спинно-мозговой жидкости, стимулирует нормализацию иммунного ответа и уменьшает длительность стационарного лечения больных.