

продолжен поиск показаний к оперативному лечению. При долговременном наблюдении педиатра-гастроэнтеролога и хирурга этот вопрос можно решать более оперативно.

## **РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

**Шенна О.П.**

Через гастроэнтерологическое отделение ДГКМБ № 9 г. Екатеринбурга проходит ежегодно 170-180 детей, страдающих эрозивно-язвенным процессом гастродуоденальной зоны. Исследования методом ИФА и ФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка подтвердили, что в 90% случаях эрозивно-язвенный процесс ассоциируется с *Helicobacter pylori* (Hр). Часть детей имела язвы стрессового или медикаментозного характера, часть - эрозивный антральный гастрит на фоне выраженной дискинезии желчевыводящих путей, дуоденогастрального рефлюкса.

Проанализировано 45 историй болезни детей, пролеченных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и эрозивного гастродуоденита, ассоциированных с Hр. Возрастной состав больных: от 6 до 10 лет - 7 детей, от 11 до 13 лет - 24 ребенка, от 14 до 15 лет - 14 детей. По половому составу наши больные не отличались от приводимых в литературе данных, т.е. преобладали мальчики (31 ребенок) по сравнению с больными девочками (14 детей). У 35 детей был отягощен наследственный анамнез по язвенной болезни, отмечаемой у родителей и ближайших родственников. 28 больных были из семей, где родители или сибсы страдали язвенной болезнью или хроническим гастродуоденитом. У всех детей из этих семей с раннего возраста (с 5 - 6 лет) отмечался болевой абдоминальный синдром. Длительность болевого и диспепсического синдрома до проведения первого эндоскопического исследования составляла несколько лет. Нередко наблюдалась трансформация хронического гастродуоденита в язвенную болезнь, что, видимо, является характерным для хеликобактериоза. У 30 детей при обследовании была выявлена выраженная гиперхлоргидрия. Клиническая симптоматика у больных с впервые выявленной язвенной болезнью (16 детей) была типичной, т.е. больные отмечали натощаковые боли с локализацией в эпигастральной и гастродуоденальной области, признаки ацидоза в виде изжоги, отрыжки кислым или кислого привкуса на губах и языке. Некоторые больные указывали на ночные боли. При рецидивирующем течении язвенной болезни (12 больных) болевая абдоминальная симптоматика отсутствовала. Это важно учитывать при диспансерном наблюдении за больными и проведении контрольных исследований. Такие больные требуют активного привлечение к проведению противорецидивного лечения.

Обострение язвенной болезни протекало, как правило, в форме язвы луковицы двенадцатиперстной кишки (22 ребенка), либо в форме эрозивного гастродуоденита (7 детей). В анамнезе все больные получали тройную эрадикационную терапию (де-нол, трихопол, амоксициллин). Торпидное течение язвенной болезни (4 ребенка) требовало назначения квадротерапии с использованием при повторном лечении антибиотиков макролидов (клавад, ровамицин), фуразолидона (флагила) и омеprozола или ранитидина (фамотидина). Нсизменным оставался претарат де-нол.

Часть детей (11 больных), рансе получавших эрадикационную терапию, имели длительную ремиссию язвенной болезни. В то же время у ряда больных (10 детей) в течение 1-4 лет наблюдения одного курса антихеликобактерной терапии было недостаточно, требовались повторные курсы.

Наш опыт наблюдения за детьми, страдающих язвенной болезнью, ассоциированной с Нр, свидетельствует о необходимости соблюдения охранительного режима, максимальной психологической защиты больных, назначения лечебного питания, проведения физиотерапии, фитотерапии в лечебном комплексе.

В наших наблюдениях рецидивы язвенной болезни были обусловлены отсутствием планомерно и ежегодно проводимой противорецидивной терапии, не соблюдением требований по проведению эрадикационной терапии.

Таким образом, эрадикация Нр у больных язвенной болезнью возможна. Но, как при всяком инфекционном заболевании, необходимо соблюдение санитарно-эпидемического режима в семьях больных детей. Наряду с этим следует использовать весь арсенал лечебных средств. В таких случаях возможна длительная, многолетняя ремиссия и благоприятный прогноз.

## ЛЕЧЕНИЕ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Бартова Н.И.

Лямблиоз - очаговое инфекционное заболевание, для которого характерна семейная очаговость. Одинаково часто болеют и взрослые и дети.

В структуре глистно-паразитарных заболеваний у детей лямблиоз составляет 70-74 %. Лямблиоз различается по тяжести течения.

При легкой степени отмечаются периодические боли в животе с локализацией в околопупочной области, тупые ноющего характера; неустойчивый стул, периодически - диарея. Может быть субфебрильная температура.

При среднетяжелой и тяжелой форме лямблиоза боли в животе отмечаются значительно чаще, сопровождаются вздутием живота. Нарушение стула носит более постоянный характер. Может быть, рвота и отказ от еды. Температура субфебрильная, длительная, может подниматься до фебрильных