

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 (клапид, 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

цифр, что требует проведения дифференциальной диагностики с острой кишечной инфекцией.

Известны случаи сочетания лямблиоза с шистеллезом и эшерихиозом, поскольку может быть один источник заражения - низкого качества вода, плохо промытые овощи, фрукты.

При лямблиозе поражаются желчевыводящие пути, а также нервная система в виде вегето-сосудистой дистонии и астеноневротического синдрома.

У ряда больных наблюдается рецидивирующая крапивница.

При лечении лямблиоза применяются многокомпонентные схемы.

В качестве этиотропного средства используются препараты: трихопол, флагил в возрастных дозировках курсом по 5 дней. У детей в возрасте старше 12 лет используются тинидазол, тинимед в возрастной дозировке однократно. Препарат макмирор в суточной дозе 30 мг/кг в 2 приема в течение 7 дней.

Препарат тиберал взрослым и детям с массой тела более 35 кг назначается в дозе 3 таблетки с интервалом 10-15 мин.

Дети с массой меньше 35 кг получают тиберал 40 мг/кг суточная доза, однократно.

Побочные действия тиберала выражаются в появлении чувства тошноты после приема препарата, редко рвота. Могут появиться головокружение, усилиться боли в животе.

Поскольку побочные действия тиберала довольно часто отмечаются, в педиатрической практике лечение лямблиоза этим препаратом ограничено.

До назначения специфической терапии показан подготовительный период, включающий лечебное питание с ограничением молока и изделий из муки. Показаны кисломолочные продукты. Назначаются желчегонные травы и препараты, а также энтеросорбенты.

На этом этапе хорошо зарекомендовали себя биологически активные препараты (энтерол) и препараты-ферменты.

Контрольные исследования проводятся через 2, 4, 6 недель после проведения этиотропной терапии.

Эффективность лечения трихополом, метронидазолом, флагилом довольно высока и составляет около 75 %.

Эффективность лечения макмирором заметно ниже - 45 %.

Таким образом, в практике врача-педиатра лечение лямблиоза не является простой задачей. Нередко лямблиоз рецидивирует, приобретая хроническое течение. Следует отметить, что повторное лечение может быть назначено не ранее, чем через 5-6 мес.

Не рекомендуется использовать повторно тот препарат, лечение которым уже было проведено, но оказалось неэффективным.

Наряду с лечением медицинскими препаратами необходимо соблюдение в семье сан-эпид. режима. Использование только кипяченой воды, мы-

тье рук, хорошая обработка посуды, фруктов, овощей. Использование в питании кисломолочных продуктов (бифидокефир, бифидок, биологически активные йогурты, кефир). Ограничение употребления сладостей, хлебобулочных изделий является достаточно эффективным для профилактики заражения лямблиозом.

## **ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ, ИССЛЕДОВАНИЕ ПОРФИРИНОВОГО ОБМЕНА И НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ**

**Юдина М.В.**

Железодефицитной анемией (ЖДА) является анемия, характеризующаяся снижением уровня гемоглобина (Hb) в единице объема крови, уменьшением среднего содержания (МСН) и средней концентрации Hb в эритроцитах (МСНС), уменьшением среднего объема (MCV) эритроцита, анизоцитозом, при снижении сывороточного железа и повышении желтосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС), снижением процента насыщения трансферина железом (НТФ) и содержания ферритина сыворотки крови. Последний показатель используют для оценки запасов железа в организме.

Среди причин развития ЖДА (сидеропении) у детей - низкий запас железа у детей, родившихся у матери с дефицитом его во время беременности. К 6 мес. жизни усиливается алиментарный дефицит, наблюдается снижение абсорбции пищевого обмена железа при воспалительных заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в случаях, если потери превышают его поступление (при оккультных кровотечениях). В период полового созревания вновь создаются условия для дефицита железа, особенно у девочек.

ЖДА является довольно частой патологией детей раннего возраста. Среди всех анемий она занимает первое место.

Нами проведено исследование крови у детей с ЖДА, трудно поддающееся лечению основными терапевтическими средствами. Так, у 52 детей выявлены нарушения в анализах крови: снижение количества эритроцитов от  $1,75$  до  $3,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобина от 47 до 105 г/л, ретикулоцитов от 0,4 до 2,8 %. Были изменения морфологии эритроцитов: гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, анизохромия.

Лечение заключалось в назначении препаратов железа (актиферрин, гемофер, сорбифер Дурулес, тардиферон и др.), аскорбиновой кислоты, фолиевой кислоты, витамина Е. Длительность курса составляет от 1 до 3,5 месяцев.

Однако прирост Hb и эритроцитов шел неравномерно:

- у 1/3 детей через 7-10 дней на 13 %, через 14-21 день - 23%;

- у 1/3 детей - до 40 %;