

- у оставшейся 1/3 - незначительные изменения показателей Hb и Eг (мнее 10 %).

Этим больным были проведены исследования порфиринового обмена. У 38 детей были выявлены следующие нарушения:

- увеличение показателей копропорфирина (в 70 % случаев);
- увеличение показателей протопорфирина (в 80 % случаев).

Лишь у 10 % этих больных показатели порфиринового обмена были в пределах нормальных значений.

Таким образом, результаты исследований порфиринового обмена с помощью определения п-диметил аминобензальдегида показали, что в развитии ЖДА играют определенную роль нарушения порфиринового обмена.

Для коррекции этих нарушений в терапевтический комплекс необходимо введение метаболической терапии, в том числе антиоксидантной и ферментной, а именно янтарной кислоты, лимонной кислоты, вобензима и др.

Применение митохондриальных комплексов в лечении ЖДА на фоне ферропрепаратов ускоряет восстановление уровня Hb, что приводит к более раннему излечению ЖДА. Хороший прирост Hb позволяет рекомендовать использование метаболических комплексов в лечении ЖДА.

## **ПОЛЛИНОЗ У ДЕТЕЙ. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ**

**Ленинских Ю. В., Устюгова Л. П.**

Ринит - одно из самых распространенных заболеваний. Причинами ринита являются различные вирусы, бактерии, раздражающие факторы внешней среды, число которых постоянно увеличивается. В последние годы наблюдается увеличение частоты аллергических заболеваний, в частности, аллергических ринитов.

Поллиноз (сезонный аллергический ринит) - один из типов аллергических ринитов.

Основными симптомами - зуд и раздражение полости носа, чихание и ринорея, заложенность носа. Может сопровождаться щекотанием в горле, зудом в глазах и ушах, слезотечением. Примерно у 20 % больных поллинозом наблюдаются симптомы бронхиальной астмы.

Причинами поллиноза в весеннее время является пыльца различных деревьев (ольха, орешник, дуб, береза), в начале и середине лета - луговых и злаковых трав, в конце лета и осенью - сорняков.

По особенностям климата и цветения растений той или иной географической зоны создаются календари цветения.

Воспалительные изменения сохраняются на протяжении всего периода цветения и приводят к развитию гиперчувствительности слизистой оболочки и обострению ринита под действием неспецифических раздражителей. Например, табачного дыма, резких запахов, физической нагрузки, изменений температуры окружающей среды.

У больных поллинозом может быть перекрестная реакция на некоторые пищевые продукты. Например, сенсибилизация к пыльце березы, реакция на фрукты (яблоки, персики, вишня), морковь, орехи.

Все больные с симптомами ринита направляются к ЛОР-врачу для эндоскопического осмотра ЛОР-органов и дифференциальной диагностики. Типичные риноскопические признаки аллергического ринита: бледная, голубоватого цвета слизистая оболочка и ее «стекловидный» отек, прозрачный водянистый секрет в носовых ходах. При обострении сезонного аллергического ринита эти признаки выявляются в сочетании с клиническими проявлениями. Тщательный осмотр полости носа позволяет произвести дифференциальный диагноз с инфекционным ринитом, полипами носа, наличием инородных тел, искривлением носовой перегородки, аденоидными вегетациями, опухолями и т.д.

Часто при поллинозе выявляются одутловатость век, слизистые выделения из глаз и слезотечение. Со стороны среднего уха - экссудативный отит, дисфункция слуховой трубы.

Аллергообследование и аллерголечение детей с поллинозами проводится в периоде ремиссии, вне периода полликации, обычно в октябре-ноябре.

В диагностических целях рекомендуется проводить скарификационное кожное тестирование с аллергенами пыльцы растений или определение специфических иммуноглобулинов E ( $\Upsilon$ g E).

По результатам обследования назначается курс специфической аллерговакцинации либо курс неспецифической предсезонной профилактики.

На диспансерном учете у аллерголога состоят дети, получающие специфическую аллерговакцинацию (91 ребенок).

Эффективность лечения зависит от количества полученных курсов.

Отрицательный результат возможен и связан с длительностью заболевания, неустойчивой начальной адаптацией к аллергенам, и выражается в отсутствии эффекта либо обострении во время лечения, которое приводит к прекращению лечения.

Удовлетворительный результат получен почти у половины больных (41 ребенок). Отмечается облегчение течения обострения, становятся более эффективны медикаментозные средства. Больные реже отмечают заложенность носа, зуд, выделения из носа.

Хороший результат получен тоже почти у половины детей (43 ребенка). в основном после 3 курса специфической аллерговакцинации. Наблюда-

ется стойкое улучшение картины обострения, укорочение периода поллинозиса, возможность минимального медикаментозного лечения.

У части больных (5 детей) наблюдается отличный результат. Он наступает после 4-5 курса специфической аллерговакцинации. Заключается в отсутствии обострения либо минимальных проявлениях поллиноза, не требующих медикаментозного лечения.

Неспецифическая предсезонная профилактика проводится в зимне-весенний период и должна быть закончена за 3-4 недели до предполагаемого периода поллинозиса.

С целью профилактики используют противоаллергический иммуноглобулин или гистаглобулин. К лечебно-профилактическим средствам относятся также препараты кромогликата натрия (кромоглин, интал, кромогексал). Кромоны способны предупреждать развитие ранней фазы аллергического ответа за счет торможения процесса секреции медиаторов аллергии в тучных клетках и базофилах.

Эти препараты назначаются за 2-3 недели до начала поллинозиса. В лечении поллинозов в острый период используются также антигистаминные препараты второго поколения (кестин, зиртек, телфаст) на фоне продолжения применения кромонов. Дополнительно могут использоваться антигистаминные препараты в виде назального спрея (аллергодил, гистимет, виброцил).

Таким образом, применение специфической аллерговакцинации и неспецифической гипосенсибилизирующей терапии позволяет управлять течением поллиноза и добиваться положительных результатов лечения.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Иконникова М.В.**

Проблема инфекции мочевыводящих путей относится к числу актуальных проблем педиатрии и детской нефрологии. Последнее объясняется распространенностью этого заболевания и неудовлетворительным прогнозом. ИМТ, начавшись в детском возрасте, нередко становится причиной инвалидности у взрослых людей. Наиболее остро проблема ИМТ стоит у детей раннего возраста в связи с полиморфностью клинических симптомов.

В настоящее время структура ИМТ выглядит следующим образом (табл. 1).

На представленной таблице видно, что наряду с пиелонефритом предложено выделять цистит как самостоятельную клиническую форму ИМТ. Последнее означает отсутствие неизбежности инфицирования верхних отделов мочевой системы. Однако вероятность инфицирования в связи с воз-