

2. Вышесказанное является обоснованием для педиатрической практике как антибактериального рекомендации применения препарата «амоксциллин» в средства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антибактериальная терапия пневмонии у детей. Пособие для врачей. - Клиническая микробиология и антимикробная терапия у детей. 2000. - №1.-77-87.
2. Самсыгина Г.А. Антибактериальная терапия острых инфекционных заболеваний респираторного тракта у детей// Методические материалы. - М.: 2004.
3. Рачинский С.В., Таточенко В.К. Педиатру на каждый день//Справочник по лекарственной терапии.-М.: Медицина. -1997. Шамсиева Э.А. Применение азитромицина при атипичной пневмонии у детей раннего возраста// Журн. Инфекция, иммунитет и фармакология.-2011. №2. С. 173-176.
4. Баранов А.А., Богомильский М.Р., Волков И.К. и др. Применение антибиотиков у детей в амбулаторной **практике**: практические рекомендации.-М.:2007.№.-3.-С.200-210.
5. Mehta A.C., Hart-Davies S., Payne J., Lacey R.W. Stability of amoxicillin and potassium clavulanate in co-amoxiclav suspension oral // J. Cline. Pharm. There. - 1994.-Vol. 19, N 5.-P. 313-315.
6. Principe N., Esposito S., Blase F., Allegra L. Role of Mycoplasma pneumonia and Chlamydia pneumonia in children community- with acquired lower respiratory tract infections. Clin. Infect. Dis., 2001, 32: 1281-1289.

Холматова Б.Т., Миррахимова М.Х., Абдуллаева Д.Т., Сатибалдиева Н.Р., Ахмедова Г.Х.

Болалардаги бронх-упка патологиясининг янги даволаш усуллари

Таянч сузлар: Амоксициллин, бронхит, зотилжам, болаларни даволаш.

Текшириш максади болаларда кузатилувчи нафас йуллари касалликларига Амоксициллин антибактериал дори воситасининг клиник самарадорлигини аниқлаш.

Khalmatova B.T, Mirrahimova M.H, Abdullaeva D.T, Satiboldieva N.R, Akhmedova G.H.

Efficacy of amoxicillin modern methods in treatment of bronchopulmonary diseases in children

Key words: Amoxicillin, bronchitis, pneumonia, treatment of children.

A research purpose was a study of clinical efficiency and bearableness of antibacterial preparation of Amoxicillin at treatment of sick children with the diseases of lower respiratory tracts.

ШАМАНСУРОВА Э.А., КОШИМБЕТОВА Г.К., ДЕВОРОВА М.Б.

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить клиническую картину течения синдрома раздраженного кишечника у детей в зависимости от клинического варианта заболевания, возраста, пола.

Материал и методы. Обследовано 156 детей и подростков, которым проведен общепринятый комплекс исследований для больных с гастропатологией.

Результаты. Согласно полученным данным обследования 56 детей в возрасте 7-14 лет было установлено, что течение синдрома раздраженного кишечника у детей зависит от возраста, пола и клинического варианта. Заболевание чаще встречается у мальчиков младшего (57,4%) и у девочек (68,1 %) старшего школьного возраста. Выраженные клинические проявления заболевания отмечаются у детей в старшем школьном возрасте (57,8%) и у больных с клиническим вариантом синдрома раздраженного кишечника с преобладанием диареи (30,6%).

[^последнее десятилетие отмечается не только отсутствие тенденции к снижению распространенности патологии пищеварительного тракта у детей, но и ее неуклонный рост [1, 5]. При этом подыскивается, что в 90% случаев боли в животе у детей обусловлены функциональными нарушениями и только в 10%-органическими [2, 4].

Одним из функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей является синдром раздраженного кишечника (СРК) [3]. Однако до настоящего времени основные вопросы этиологии, па-

тогенеза, диагностики синдрома раздраженного кишечника у детей остаются дискуссионными [1, 3].

Цель исследования: изучить клиническую картину течения синдрома раздраженного кишечника у детей в зависимости от клинического варианта заболевания, возраста, пола.

Материалы и методы

Основную группу составили 56 детей, страдающих синдромом раздраженного кишечника в возрасте 7-14 лет (средний возраст 10,0±0,69 лет), из них 30 девочек и 26 мальчиков. Группу сравнения соста-

вили 100 больных заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта без СРК.

Диагноз синдрома раздраженного кишечника устанавливался на основании критериев СРК, определенных «III Римским консенсусом».

Критерии включения: дети в возрасте 7-14 лет с подтвержденным на момент обследования и/или в анамнезе СРК; отсутствие хронических заболеваний других органов и систем, отсутствие эпизодов острых инфекционных заболеваний в течении 1-го месяца; наличие информированного согласия ребенка и его родителей на участие в обследовании.

Критерии исключения: наличие «симптомов тревоги», снижение массы тела, ночные боли, наличие крови в стуле, увеличение СОЭ, лихорадка, лимфаденопатия; наличие подтвержденных органических заболеваний со стороны нижних отделов пищеварительного тракта (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, другие специфические формы колитов, паразитарных инвазий, ферментопатий, поражение других органов и систем), протекающих с симптомами диспепсии; отказ от участия в исследовании.

Все дети проходили следующие обследования: клинический осмотр, общепринятый комплекс исследований для больных с гастропатологией.

Результаты и обсуждение

Включенные в исследование дети относились к младшей (24 ребенка-42,9±4,6%) и старшей (32 ребенка - 57,1 ±4,6%) возрастным группам. Установлено, что в младшей возрастной группе заболевание чаще выявляется у мальчиков (58,317,2% (14 детей) против 41,7±7,2 % (10 детей), $p<0,05$), а в старшей возрастной группе-у девочек (68,8±5,6% (22 ребенка) против 31,2 ±5,4 % (10 детей), $p<0,05$).

Длительность течения заболевания составила от 1 до 3 лет, при этом отмечается тенденция к более быстрому развитию заболевания в старшей возрастной группе. Так, в данной возрастной группе длительность заболевания до 1 года отмечалась у 6,3% больных (2 ребенка), в младшей группе длительность течения у всех больных составила более 1 года ($p >0,05$).

Факторами, способствующими формированию заболевания у большинства детей, являлись наличие аллергических заболеваний (28,6±4,2% против 10±3,0% в группе сравнения (16 и 10 детей), $p<0,01$), при этом наибольшую роль играет пищевая аллергия, перенесенные кишечные инфекции в анамнезе (19,6±1,8% в основной группе и 9,0±2,9% в группе сравнения (11 и 9 детей соответственно), $p<0,05$), при этом чаще отмечалось наличие перенесенного иерсиниоза, выявленного у 5,4±2,1 % больных (3 ребенка) против 1,0±0,9% (1 ребенок) в группе сравнения ($p >0,05$). Важным фактором является ожирение, выявляемое у 19,6±3,6% детей в основной группе (11) и у 9,0±2,9% больных (9) в группе сравнения ($p<0,01$). Установлено, около трети (18) больных (32,1 ±4,3%); с СРК воспитываются в неполных семьях, что оказывает негативное влияние на психологический статус пациентов и является фактором развития заболевания.

Установлено, что у больных с СРК наследственность отягощена в большей степени по *H.pylori*-ассоциированным заболеваниям желудочно-кишечного

тракта (30,4±4,3% больных; 17), чем по синдрому раздраженного кишечника. Однако в группе сравнения семейная отягощенность по *H.pylori*-ассоциированным заболеваниям желудочно-кишечного тракта выше и отмечается у 46,0±4,9% больных (46 детей) ($p<0,05$).

При анализе клинического течения заболевания установлено, что основные симптомы заболевания, соответствующие «Римским III критериям», с высокой частотой выявляются в старшей и младшей возрастных группах: связь болей с актом дефекации отмечается у 91,7 ±4,3 % детей (23) в младшей и у 93,8±3,2% (30)-в старшей возрастной группе ($p >0,05$). Связь болей с изменением частоты стула по типу диареи отмечена у 31,3±6,6% (10) и 29,2±5,7% (7) больных соответственно группам ($p >0,05$). Связь болей с нарушением частоты стула по типу запоров выявлена у 43,817,1% (14) и 25,0±5,4% (6) больных соответственно группам ($p >0,05$).

Выявлены особенности болевого синдрома у больных с СРК. Боли связаны с актом дефекации у 91,1 ±2,6% (51) больных и эпизодами психо-эмоционального напряжения у 26,8±4,1% (15) от числа больных, они чаще имеют спастический характер-у 25,0±4,0 % детей (14), характерна локализация болей в нижних отделах живота, выявляемая у 41,1 ±4,6% (23) обследованных. К характеристике болевого синдрома можно отнести также наличие в анамнезе у больных с СРК госпитализаций с «подозрением на острый аппендицит» - 17,9±3,5% (10) больных против 10,0±3,0% (10) детей в группе сравнения ($p >0,05$).

Установлено, что дополнительные симптомы заболевания, выделенные согласно «Римским III критериям», чаще выявляются у больных старшей возрастной группы. При этом более часто у детей выявляется «чувство неполного опорожнения» после дефекации: 37,5±5,9% (12) у детей старшей и 12,5±5,0% (3) у детей младшей возрастной группы ($p<0,05$). Метеоризм выявляется у 65,6±5,6% детей старшей и у 45,8 ±7,1 % пациентов младшей возрастной группы (21 и 11 детей соответственно. Значительно реже выявляются императивные позывы на акт дефекации, при этом также несколько чаще в старшей возрастной группе (21,9±4,8% (7) и 8,3±4,3% (2) соответственно группам, $p >0,05$).

Кроме того, дополнительные симптомы и, соответственно, более выраженное клиническое течение заболевания отмечаются у больных с клиническими вариантами синдрома с преобладанием диареи болей и метеоризма (17 детей). Так, чувство неполного опорожнения после дефекации выявляется у 52,9±8,8 % больных с СРК с диареей (9 детей) и . 17,9 ±6,1 % (6) детей в группе больных с СРК с запорами ($p<0,01$). Метеоризм выявляется у 76,4±7,6% (13) больных с СРК с диареей ($p<0,01$ при сравнении с группой с СРК с запорами, у 64,7±7,3% (11) детей с СРК с болями и метеоризмом ($p<0,05$ при сравнении с группой с СРК с запорами), в группе с СРК с запорами-только у 35,9±7,8% детей (14). Императивные позывы также несколько чаще выявляются в группа' больных с СРК с диареей (23,5±7,3 % детей (4)) и с СРК с болями и метеоризмом (17,6±6,2% больны' (3)), чем в группе больных с СРК с преобладание¹- запоров (7,7±4,3 % пациентов (3)) ($p >0,05$).

ВЫВОДЫ

Таким образом, наиболее выраженная клиническая симптоматика синдрома раздраженного кишечника:

выявляется у больных с клиническим вариантом с преобладанием диареи в старшем школьном возрасте у девочек, а в младшем школьном возрасте у мальчиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ершова И.Б., Малыш П.Н., Полковниченко Л.Н., Мочалова А.А. Современные подходы к лечению функциональных заболеваний кишечника у детей. Газета «Новости медицины и фармации». 2009;10 (284):2-3.
2. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний органов пищеварения у детей: метод. Реком. Ю.Ф. Лобанов и соавт. Барнаул, 2006:66.
3. Латышев, Д.Ю. Синдром раздраженного кишечника у детей города Барнаула. Сиб. журн. гастроэнтерологии и гепатологии. 2004;18:101-102.
4. Щербатов П.Л. Воспалительные заболевания кишечника у детей: болезнь Крона и неспецифический язвенный колит. Детский доктор. 2000;4:22-26.
5. Richardson G., Griffiths A.M., Miller V., Thomas A.G. Quality of life in inflammatory bowel disease: A crosscultural comparison of English and Canadian children. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2001;32:578.

Шамансурова Э.А., Кошимбетова Г.К., Деворова М.Б.

Болаларда кузгалувчан ичак синдроми клиник курунишларининг ёшга боглик жихатлари

Таянч сузлар: ичакнинг функционал бузилиши, кузгалувчан ичак синдроми, бола

Болаларда кузгалувчан ичак синдромининг кечиши унинг ёши, жинси ва клиник вариантларига боглик. Ка- саллик купинча, угил болаларда кичик ва киз болаларда каттарок мактаб ёшида учрайди. Катта мактаб ёшидаги болаларда диарея устунлик килувчи, кУзгалган ичак синдромини булган, беморларда касалликнинг яккол клиник курунишлари кузатилади.

Shamansurova E.A., Koshimbetova G.K., Devorova M.B.

Age aspects of clinical manifestations of irritable intestinal syndrome in children

Key words: functional bowel disorder, irritable bowel syndrome, children

For irritable bowel syndrome in children depends on the age, sex and clinical variant. The disease is more common in boys and girls junior high school age. Significant clinical manifestations of the disease have been reported in children in the high school age and in patients with a clinical variant of irritable bowel syndrome with diarrhea- predominant.

ШАМСИЕВ Ф.М., УМАРНАЗАРОВА З.Е., ТАДЖИХАНОВА Д.П.

РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА В ПАТОГЕНЕЗЕ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Цель исследования. Изучение иммунного статуса и NO у детей с микоплазменной пневмонией в сочетании с микст инфекцией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились проведено 130 детей, больных микоплазменной пневмонией, которые находились в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз.

Результаты. Анализ клинических данных больных показал, Содержание IgA и G у больных МП с ГВИ было снижено, содержание IgM было повышено по сравнению с практически здоровыми детьми. Повышенные концентрации NO оказывают выраженное провоспалительное действие, увеличивают тканевой кровоток, экссудацию плазмы, усиливают пролиферацию ТИ2-лимфоцитов и, видимо, за счет этих эффектов вовлекают в инфекционно-воспалительный процесс дополнительное число клеток-эффекторов. Повышению продукции NO могут способствовать также провоспалительные IL-6 и IL-8, которые индуцируют NO-синтазу через транскрипцию гена и поддерживают этот синтез в течение некоторого времени.

Состояние здоровья детей отражает уровень реализации биологического потенциала на- »и является «зеркалом» происходящих в обще- ■=е процессов. В структуре причин заболеваемости смертности детей ведущей продолжает оставаться точная патология [1,2]. В последние годы боль- се значение среди этиологических факторов при- вется возбудителям атипичных пневмоний, прежде :-го Mycoplasma pneumonia. Серьезной проблемой

диагностики и терапии микоплазменной пневмонии считают наличие смешанных, или микст-инфекций, в результате которых на организм воздействуют два и более возбудителя вирусной, бактериальной или иной этиологии.

Изучение иммунологических процессов с учетом цитокинового профиля (особенно интерфероново- го статуса), вовлечения в противовирусную защиту радикалов кислорода и оксида азота, этиопатогене-