

Обсуждение результатов. Из всего количества больных детей до 1 года было 68 (70,8%), старше 1 года – 28 (29,2%). У 10 детей (10,4%) была установлена легкая форма, у 53 (55,2%) – среднетяжелая и у 35 (36,3%) – тяжелая форма болезни. Респираторный синдром наблюдали у 46 (47,9%) детей. Изменение СОЭ в присутствии специфического антигена сальмонелл показало, что под его влиянием СОЭ ускоряется и это ускорение зависит от наличия респираторного синдрома. Так, наиболее быстрое оседание эритроцитов наблюдали у 48 детей с бронхопневмонией и составило в среднем $+4,1 \pm 0,06$ мм/ч. У детей без респираторного синдрома этот показатель равнялся $+2,2 \pm 0,08$ мм/ч ($P < 0,001$). В группе здоровых детей ($n=20$) ускорение СОЭ наблюдалось на высоте клинических проявлений болезни, особенно у детей, находящихся на искусственном вскармливании. В периоде выздоровления показатель СОЭ у детей без респираторного синдрома приблизился к нормальным величинам, а у детей с респираторным синдромом показатель СОЭ оставался достоверно высоким ($P < 0,001$). Показатели СОЭ у детей до 1 года и до 3 лет существенно не отличались друг от друга.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА МАЛЬТОФЕРОМ И АКТИФЕРРИНОМ

Ш.Т.Зияева, А.А.Абдулатипов

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Актуальность. От железодефицитной анемии (ЖДА) страдают люди всех возрастов, а распространенность среди различных групп населения широко варьирует. Риск развития железодефицитной анемии наиболее подвержены женщины репродуктивного возраста, беременные и кормящие женщины, дети от 6 месяцев жизни до 2 лет, подростки и люди пожилого возраста. Изолированно, легкая и среднетяжелая формы железодефицитной анемии редко приводит к смертельному исходу у детей, однако железодефицитная анемия тяжелой степени увеличивает риск смерти, особенно в перинатальном периоде. Железодефицитная анемия является одной из важных проблем здравоохранения Республики Узбекистан.

Цель работы. Целью исследования явилась разработка методологических подходов лечения ЖДА, основанная на данных доказательной медицины.

Материалы и методы. Нами было обследовано 447 детей в возрасте 0-6 лет. Проведён объективный осмотр кожных покровов, видимых слизистых оболочек и оценка функционального состояния внутренних органов - сердца, печени, селезёнки. Среди детей проведён скрининг железодефицитной анемии – определение гемоглобина в периферической крови. Лабораторные исследования: определение гемоглобина проводилось гемиглобинцианидным методом на аппарате «HemoCue» (Швеция). Препаратом выбора для лечения железодефицитной анемии был выбран мальтофер и актиферрин (из расчета 3 мг/кг элементарного железа в день).

Результаты и их обсуждение. Из обследованных 447 детей в возрасте 0-6 лет, у 154 (34,4%) выявлена анемия, что послужило поводом для дальнейшего обследования.

По результатам исследования выявлено что, у 119 детей (77,2%) выявлена анемия I степени, 34 ребенка (22%) страдают анемией II степени, а у 2 детей (0,8%) анемия III степени. При назначении лечения препаратом выбора из железосодержащих препаратов были мальтофер и актиферрин (из расчета 3 мг/кг элементарного железа в день). Назначили лекарственные препараты в форме сиропа, они не возражали против довольно приятного вкуса и аромата. Мы рекомендовали запивать препараты железа мультивитаминным сиропом, содержащим, кроме прочих витаминов, аскорбиновую кислоту, которая выполняла у нас двойную функцию – способствовала лучшему усвоению препаратов железа и стимулировала аппетит у ребенка. Кроме медикаментозной терапии было рекомендовано рациональное питание. Мы лечили детей с анемией лёгкой и средней степени в условиях поликлиники, а анемию тяжёлой степени направили в стационар. Через 8 недель мы повторно обследовали детей: респираторный синдром, общий клинический осмотр и повторное проведение лабораторных анализов для изучения динамики состояния. Состояние детей значительно улучшилось: отмечалось увеличение активности ребёнка, повышение аппетита, улучшение внимания и памяти, прибавка в массе, восприимчивость к простудным заболеваниям уменьшилась. Повторное обследование показало динамику подъёма уровня гемоглобина. Результаты полученных данных показывают высокую эффективность проведенной терапии.

Выводы. ЖДА I и II степени часто встречаются у детей дошкольного возраста (62,4 %). При выборе лекарственной формы необходимо отдавать предпочтение сиропам с приятным вкусом и запахом, учитывая пристрастия маленьких пациентов. Это значительно повышает их приверженность назначенной терапии. Наряду с медикаментозной терапией необходимо рекомендовать больным рациональное питание.

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА ХАРАКТЕР СТРУКТУРНОЙ ПЕРЕСТРОЙКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

М.Х.Исмаилов, З.У. Кунназарова, У.Утепбергенова
Нукусский филиал ТашПМИ

Качество жизни и прогноз больных с терминальной почечной недостаточностью в значительной мере зависит от состояния сердечно-сосудистой системы. При хронической почечной недостаточности характер повреждения сердца предопределяется воздействием, как традиционных факторов, так и влиянием уремических токсинов, анемии, изменений гемодинамики. Анемия является частой спутницей хронической почечной недостаточности (ХПН) любой этиологии, что давно было подмечено вдумчивыми клиницистами.

По современным представлениям, анемия почечного генеза является наиболее ранним и частым осложнением хронической почечной недостаточности, и обычно наблюдается при снижении клиренса креатинина до 40–60 мл/мин (III стадия ХПН по классификации NKF-K/DOQI). Иногда анемия может наблюдаться и на более ранних стадиях ХПН. В последние годы все большее внимание уделяется профилактике и коррекции анемии на ранних стадиях в структуре рено- и кардиопротекции у больных с ХПН. У значительного числа больных к началу заместительной почечной терапии анемия весьма выражена. Возможно, что коррекция анемии может способствовать и уменьшению темпов прогрессирования ХПН, ремоделированию сердца и сердечно-сосудистым осложнениям. Поэтому коррекцию анемии можно рассматривать как важную часть ренопротективной стратегии для снижения риска заболеваемости и смертности этой категории пациентов как до, так и после начала заместительной почечной терапии (ЗПТ).

В настоящее время установлено, что частота обнаружения, например, эксцентрической формы гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) прямо пропорциональна тяжести эритропоэтиндефицитной анемии.

Целью исследования явилось изучение изменений кардиогемодинамики у больных с анемией при ХПН, находящихся на гемодиализе с использованием показателей ЭКГ.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано в Республиканском многопрофильном медицинском центре 37 больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на плановом гемодиализе (ГД) (средний возраст 40 ± 5 лет) с уровнем креатинина сыворотки крови 456 ± 50 мкмоль/л, сопоставимым уровнем артериального давления. Все больные обследованы по стандартной электрокардиографической методике.

Всем больным проводились базовые первичные клинико-лабораторные обследования включающие определение следующих показателей: гемоглобин, эритроцит, ретикулоциты, цветовой показатель, сывороточное железо. В зависимости от уровня гемоглобина все больные были подразделены на 2 группы (первая группа $n=22$, средний уровень Hb - 45 ± 5 г/л); (вторая группа $n=15$, Hb - 65 ± 5 г/л).

Результаты и их обсуждение. Наиболее частым структурным изменением сердца являлась гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), критерием которой на ЭКГ служили индекс Соколова-Лайона у первой группы больных: $RI+SIII-29 \pm 2$ мм; депрессия сегмента ST на $0,9 \pm 0,2$ мм; R зубец в отведении avL 24 ± 2 мм, в отведении $RV5$ 28 ± 2 мм; $RV5+SV1$ равен на 39 ± 2 мм; у второй группы у 8 больных обнаружено $RI+SIII$ 26 ± 2 мм; депрессия сегмента ST на $0,6 \pm 0,2$ мм; R зубец в отведении avL 22 ± 2 мм и в отведении $RV5$ 26 ± 1 мм; $RV5+SV1$ равен на 36 ± 1 мм, у 7 больных гипертрофия не выявлена.

При сопоставимом уровне креатинина сыворотки крови и уровне артериального давления более выраженная ГЛЖ отмечалась при более низком уровне гемоглобина, характер структурной пере-