

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СОЧЕТАННОЙ С ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИЕЙ У ДЕТЕЙ

М.Т. НИЯЗОВА, Ф.С. ШАКИРОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Резюме. Было проведено лечение 130 детей с высоким риском гельминтной инвазии, у 97 (75,2%) из них были обнаружены в анализах кала яйца глист. У 96 (91,8%) детей были обнаружены те или иные физикальные признаки анемии. Лечение этих детей проведено противогельминтными и железосодержащими препаратами. Повторное обследование детей через месяц выявило положительную динамику в состоянии их здоровья. Лабораторные данные подтвердили 100% - ное изгнание глистов из организма ребенка, динамика подъёма уровня гемоглобина была тоже позитивной – в среднем увеличение гемоглобина на 10 г/л в течение месяца.

Ключевые слова: анемия, гельминтозы, железодефицитное состояние, лечение

RESULTS OF TREATMENT OF IRON DEFICIENT ANEMIA WITH HELMENT INVASION ON CHILDREN

M.T. NIYAZOVA, F.S. SHAKIROV

Tashkent pediatric medical institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent.

Resume. From 130 children 97 (75,2%) children detected in analysis of a feces of an egg of helmenthiases. For 96 (91,8%) children from 97 detected those or diverse signs of an anemia. The conducting of analysis of a blood on a level of hemoglobin has shown that 80 children (81,6%) from 97 had a miscellaneous extent of an expressiveness of an anemia. The treatment of these children antihelmenthiaseal and ferruginous drugs was held. The repetitive examination of children in 4 weeks has revealed positive dynamics in a state of health of children. The laboratory date have affirmed % 100-s ejecting of helmenthiases, dynamics of hoisting of a level of hemoglobin was positive too.

Key words: an anemia, helmenthiases, iron deficiencies, treatment.

Актуальность. Анемия – это снижение уровня гемоглобина крови ниже нормального для данного пола и возраста. Анемия наблюдается при многих заболеваниях, она как правило, вторична, поэтому всегда следует выяснить ее причину [1].

Железодефицитная анемия чаще всего встречаются при хронических заболеваниях. Дефицит железа наблюдается у 5% детей и 20% женщин детородного возраста [4,1].

От железодефицитной анемии страдают люди всех возрастов, а распространенность среди различных групп населения широко варьирует. Риску развития железодефицитной анемии наиболее подвержены женщины репродуктивного возраста, беременные и кормящие женщины, дети, подростки и люди пожилого возраста [3,6].

Железодефицитная анемия очень часто вызывается заражением глистами. Каждый глист может ежедневно высасывать до 0,5 мл крови из слизистой кишечника. И хотя часть железа повторно абсорбируется, значительная часть железа теряется. Высокий уровень концентрации глистов неизбежно ведет к анемии [2,5].

Как анемия, так и гельминтозы широко распространены среди детей во всем мире, даже в экономически развитых странах в настоящее время отмечается увеличение частоты встречаемости данной патологии, что, по мнению канадских исследователей, объясняется ростом туризма и миграции, загрязнением воды и пищи [8].

Железодефицитная анемия является одной из важных проблем здравоохранения Республики Узбекистан. Согласно данным Информационно аналитического центра Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан только в 2002 году железодефицитная анемия впервые диагностирована у 648.820 человек 9269.678 детей, 57.560 подростков и 321.582 взрослых) [3].

Медико-демографическое исследование 1996 году выявило распространенность железодефицитной анемии у 61% детей в возрасте до 3 лет. Аналогичное исследование 2002 года показывает, что распространенность железодефицитной анемии среди детей до 3 лет

в отдельных регионах Узбекистана достигает 58% [7].

Цель работы. Целью исследования явилось изучение распространенности железодефицитной анемии развившейся на фоне гельминтозов у детей раннего и дошкольного возраста, а также лечение этих заболеваний.

Материалы и методы. Нами было обследовано 390 детей в возрасте 0-7 лет. Исследование состояло из нескольких этапов. На первом этапе работы опрашивались родители согласно составленной анкете на предмет характера питания и образа жизни ребенка.

На втором этапе провели исследования: общий анализ крови на уровень гемоглобина и анализ кала на яйца глист.

Третий этап исследования заключался в лечение детей с гельминтозами и анемией.

При назначении лечения гельминтозов препаратом выбора из противогельминтных препаратов явился Пирантелпамоат (11 мг/кг, внутрь, однократно; через 2 недели повторили лечение в той же дозировке).

Препаратом выбора для лечения железодефицитной анемии был выбран мальтофер (из расчета 3 мг/кг элементарного железа в день, в виде сиропа).

Результаты и их обсуждение. Было обследовано 390 детей в возрасте 0-7 лет, из них у 130 (33,3%) детей был установлен высокий риск гельминтной инвазии, что послужило поводом для дальнейшего обследования. Из 130 детей у 97 (75,2%) детей были обнаружены в анализах кала яйца глист. Распределение детей по возрасту представлено в таблице №1.

Таблица №1.

Распределение детей с гельминтозами по возрасту

Всего	0-3 года	3-5 лет	5-7 лет
97	14 (16,3%)	33 (34,6%)	50 (49,1%)

Данные таблицы указывают на прямую корреляцию заболеваемости гельминтозами с возрастом ребенка. Это объясняется социализацией ребенка и посещением детских дошкольных учреждений.

Также мы проводили общий осмотр детей с расспросом жалоб на предмет выявления признаков анемии и анализ крови на

определение гемоглобина в периферической крови. Осмотр детей и лабораторные данные показали, что у 96 (91,8%) детей из 97 обнаружены признаки анемии.

Данные исследование показывают, что у детей обнаружены железодефицитные состояния разной степени выраженности, что нашло отражение в представленной ниже таблице:

Таблица №2.

Частота встречаемости анемии у детей с гельминтозами

Возраст	Общее количество	Анемия легкой степени	Анемия среднетяжелой степени	Анемия тяжелой степени
0-3 года	12 (15%)	10 (83,3%)	2 (16,7%)	-
3-5 лет	26 (32,5%)	20 (76,9%)	6 (23,1%)	-
5-7 лет	42 (52,5%)	34 (81,0%)	6 (14,2%)	2 (4,8%)
Всего	80 (81,6%)	64 (80,0%)	14 (17,5%)	2 (2,5%)

Как видно из представленных данных таблицы №2, только у 2 детей (2,5%) была выявлена анемия тяжелой степени, что обусловлено неудовлетворительными социально-бытовыми условиями жизни.

При назначении лечения анемии препаратом выбора из железосодержащих препаратов были мальтофер (из расчета 3 мг/кг элементарного железа в день). Учитывая негативное отношение детей к таблетированным

формам, мы назначили эти лекарственные препараты в форме сиропа, поэтому дети с легкостью принимали лекарства, они не возражали против довольно приятного вкуса и аромата. Обязательно предупреждали родителей о возможных побочных действиях, т.к. в противном случае легко происходит срыв и прекращение дальнейшего лечения. Больше всего на комплекс больных воздействовало такое побочное действие, как окрашивание стула в

чёрный цвет остатками не всосавшегося в верхних отделах кишечника железа. 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 была рекомендовано рациональное питание. Мы лечили детей с анемией лёгкой и средней степени в условиях поликлиники, а анемию тяжёлой степени направили в стационар.

Через месяц мы повторно обследовали детей: расспрос жалоб, общий клинический осмотр и повторное проведение лабораторных анализов для изучения динамики состояния. В целом, состояние детей значительно улучшилось: жалобы не были предъявлены ни одним из наших пациентов, отмечалось увеличение активности ребёнка, повышение аппетита, улучшение внимания и памяти, прибавка в массе, уменьшилась раздражительность, восприимчивость к простудным заболеваниям уменьшилась. Повторное обследование показало изгнанию глистов из организма ребенка и положительную динамику подъёма уровня гемоглобина – увеличение гемоглобина на 10 г/л в течение месяца.

Кроме медикаментозной терапии мы рекомендовали детям употреблять продукты питания богатые железом и аскорбиновой кислотой, такие как мясо, фрукты, домашняя птица и другие. Всем родителям больных детей объяснили, что приём чая и кофе вместе с пищей значительно снижают усвояемость железа, за счёт образования с танинами нерастворимых комплексов, и поэтому чай или кофе надо употреблять после некоторого промежутка после основного приёма пищи, а во время еды лучше использовать такие напитки как компоты, соки, кипячённая вода, настои из ягод или фруктов.

Выводы. Гельминтозы у детей часто сопровождается развитием железодефицитной анемии – 82,6 %. Одновременное лечение этих заболеваний у детей противогельминтными и железосодержащими препаратами оказывает положительный эффект.

При выборе лекарственной формы необходимо отдавать предпочтение сиропам с приятным вкусом и запахом. Это значительно повышает их приверженность назначенной терапии. На ряду медикаментозной терапией необходимо рекомендовать больным рациональное питание.

Литература:

1. Дж. Мёрта Справочник врача общей практики. Москва. Практика, 1998г, стр 1230.
2. Икрамов А. И. Справочник врача общей практики. Ташкент, 2010 г, стр 613.
3. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии. Центр доказательной Медицины. ТашИУВ. Ташкент. 2004 год.
4. Anemia, Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia. ILSI. ILSI Publication 2002.
5. Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan and Macro International Inc. Uzbekistan Demographic and Health Survey, 2002. In publish.
6. Preziosi P. etai. Effect of Iron Supplementation on the Iron Status of Pregnant Woman Consequences for Newborns. Am J ClinNutr 1997; 66(5):1178-82
7. Prevention and Control of Deficiency Anemia in Woman and Children/ Report of the UNICEF/WHO Regional Consultation 3-5 February 1999 Geneva, Switzerland.
8. Viteri F. E. Consequences of Iron Deficiency and Iron Anemia in Pregnancy on Maternal Health and the Fetus and the Infant. (1997). SCN News 11 14-18.

БОЛАЛАРДА ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИ ВА ГИЖЖА ИНВАЗИЯСИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

М.Т. НИЯЗОВА, Ф.С. ШАКИРОВ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти,
Узбекистон Республикаси, Тошкент ш.

Гижжа инвазияси юкори хавфи бўлган 130 нафар болалардан 97 (75,2%) нинг ахлат таҳлилида гижжа тухумлари топилган. 97 нафар болаларнинг 96 (91,8%) нафарида кам конликнинг клиник белгилари аниқланди. Бу болаларда гижжага қарши дори воситаси ва темир препаратлари билан даво олиб борилди.

Даво олиб борилгандан бир ойдан ўтгандан сўнг болалар қайта текширилганда уларнинг соғлиги ижобий тамонга ўзгарганини аниқланди. Лаборатор қон таҳлили ҳам болаларнинг танасидан гижжаларнинг 100% ҳайдалганини ва гемоглобин микдорини ижобий томонга ўзгарганини – ўрта ҳисобда бир ой ичида гемоглобинни 10 г/л кўтарилганини кўрсатди.

Калит сўзлар: кам қонлик, гижжалар, темир танқислик ҳолати, даволаш.