

пациентами.

Проводимая нами эрадикационная терапия в большинстве случаев оказалась эффективной: в группе сравнения колонизация Нр-инфекции в минимальной степени выявлена лишь у 2 пациентов (16,7%), в основной группе безуспешность антихеликобактерной терапии наблюдалась у 12 больных (34,3%), что потребовало назначения повторного курса антибактериальной терапии, со сменой препаратов. В то же время у 1/3 детей основной группы сохранялись эндоскопические признаки гастропатии и у 10% дуоденопатии в виде гиперемии слизистой оболочки, признаки гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов сохранились в 80% случаев.

Таким образом, исходя из проведенного исследования, следует, что стандартные схемы лечения хронических гастродуоденитов на фоне НДСТ, несмотря на индивидуальный подход, оказывают недостаточный терапевтический эффект.

АНЕМИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Конюх Е.А., Конюк Л.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, г. Гродно, Республика Беларусь

Заболевания системы крови у детей являются одной из основных проблем здравоохранения во всём мире. Это обусловлено разными причинами, в том числе и ухудшением экологической обстановки. Анемия – это состояние, характеризующееся уменьшением содержания гемоглобина и/или количества эритроцитов в единице объёма крови, приводящее к нарушению снабжения тканей кислородом. Среди всех анемий, в том числе и в детском возрасте, наиболее часто встречается железодефицитная ее форма. По данным ВОЗ, дефицит железа имеется у 20% населения планеты. Истинная распространенность железодефицитной анемии неизвестна, т.к., по данным разных авторов, частота ее составляет от 3,8% до 76%. В детской популяции распространенность дефицита железа составляет от

17,5% у школьников до 50% у детей раннего возраста (Калиничева В.И., 1983; Коровина Н.А., 1999; Городецкий В.В., 2005). Большинство исследователей единодушны во мнении, что при равных прочих условиях дети раннего и пубертатного возраста, а также женщины детородного возраста наиболее подвержены риску развития анемии (Коровина Н.А., 1999).

Цель исследования: изучить эпидемиологическую характеристику анемического синдрома в детском возрасте.

Объект и методы исследования. Проанализированы 195 медицинских карт стационарных больных, проходивших обследование и лечение в отделениях УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» за период с 2008 по 2010 годы. Изучена структура анемического синдрома, жалобы пациентов при поступлении в стационар, генеалогический анамнез, возможные причины заболевания. Возраст пациентов составил от 1 месяца до 17 лет.

Результаты исследования. При анализе медицинской документации выявлено, что 91% детей поступили в стационар по поводу анемического синдрома, у 9% пациентов снижение уровня эритроцитов и/или гемоглобина было выявлено в стационаре как сопутствующая патология. Структура анемий была представлена следующим образом: у 47% пациентов диагностирована железодефицитная анемия, у 32% – анемия смешанной этиологии, у 8% – гемолитическая анемия, у 3% пациентов – наследственная анемия Минковского-Шоффара.

Анализ возрастной характеристики анемического синдрома установил следующие тенденции: дети до 1 года составляли практически половину всех пациентов с анемией. При этом отмечается рост количества анемий в этой возрастной группе: в 2008 – 44%, 2009 – 45%, 2010 – 56%. Выявлено также увеличение количества больных в возрасте 7-10 лет и 12-15 лет (16% и 14%, соответственно, в 2008 г., 5% и 11% - в 2010 г.). Следует отметить, что в 2010 г. увеличивается число детей с анемией в возрастной группе 16-18 лет (2008 г. – 5%, 2009 – 5%, 2010 – 11%). Обращает на себя внимание, что от 10% до 20% детей поступают в стационар повторно.

Учитывая, что клиничко-лабораторные проявления дефицита железа занимают ведущее место в структуре анемического

синдрома в детском возрасте, представленные ниже данные характеризуют железодефицитные анемии. Был проведен анализ жалоб детей при поступлении в стационар. 23% детей поступают в стационар без жалоб, четверть пациентов отмечают бледность кожных покровов, около 22% – слабость, снижение аппетита, 11% – повышение температуры тела, 3% больных – рвоту с примесью крови. В качестве причин, которые привели к развитию анемического синдрома, более 40% пациентов указывают на перенесенную накануне острую респираторную инфекцию, около 12% – на хроническую гастродуоденальную патологию. Ни один из детей или их родителей не считает провоцирующими факторами развития анемического синдрома нарушение рациона и сбалансированности питания.

При анализе наследственной отягощенности выявлено, что у 10% пациентов родители имеют патологию желудочно-кишечного тракта и/или анемию, у 6% – отягощен аллергологический анамнез. Изучение течения интранатального периода указывает на то, что 47% детей с анемией родились от первой беременности, 28% – от второй, 16% – от третьей, 10% – от четвертой беременности. Около половины женщин во время беременности имели клинико-лабораторные проявления анемического синдрома.

При анализе терапевтических мероприятий выявлено, что около 12% пациентов получали препараты железа в стационаре (ферронал, мальтофер, феррум лек), некоторым пациентам потребовалось введение препаратов крови (в 2008 г. – 10%, 2009 – 18%, 2010 – 11%). Практически все дети принимали фолиевую кислоту или витамины группы В.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сделать следующие **выводы**:

1. В 10% случаев анемический синдром диагностируется в стационаре при поступлении ребенка по поводу соматической патологии.

2. Около половины анемий являются железодефицитными.

3. У четверти пациентов отсутствуют жалобы при поступлении. Анемия диагностируется на основании лабораторных методов исследования.

4. В возрастной структуре железодефицитных анемий 50% занимают дети до 1 года.

5. Алиментарные факторы, по мнению детей и их родителей, не являются провоцирующими в развитии анемии.

6. У пациентов, родившихся от первой беременности, чаще диагностируется анемия, чем у детей от второй и последующих беременностей.

7. Подбор препаратов железа в стационаре осуществляется у 12% детей.

ПРЕДИКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Курак Т.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: определить влияние факторов кардиоваскулярного риска и маркеров системного воспаления на развитие атеросклеротического процесса при ревматоидном артрите (РА).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 82 пациента с РА, принимавшие метотрексат, без анамнестических указаний на наличие сердечно-сосудистых заболеваний. 38 сопоставимых по полу, возрасту и традиционным кардиоваскулярным факторам риска лиц составили группу сравнения. Стресс-эхокардиография с физической нагрузкой (тредмил-тест) выполнялась с использованием ультразвукового аппарата «Vivid-7», General Electrics (США) и стресс-системы «X-Scribe», Mortara Instrument (США). Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) со скринингом коронарного кальция проводилась на рентгеновском компьютерном томографе «LightSpeed 32 Pro» («GE Medical Systems Europe»). Ультразвуковое исследование (УЗИ) сонных артерий выполнялось на аппарате «Vivid-7», General Electrics (США). Изучались наличие традиционных факторов риска кардиоваскулярных событий, активность РА по индексу DAS 28, уровни высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ), мозгового натрийуретического пептида (МНУП).