



тивовоспалительный эффект. Для изучения эффективности препарата Биопарокс в составе комплексной терапии рецидивирующих бронхитов у ЧБД, имеющих колонизацию слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* в ассоциации со *Staphylococcus aureus*, обследуемые пациенты разделены на 2 группы. В основную группу вошли 33 ребенка, получающих топический антибиотик Биопарокс по 4 впрыскивания в каждую ноздрю и 4 впрыскивания через рот 4 раза в сутки в течение 7-10 дней в сочетании с традиционной терапией бронхита. В контрольную группу вошли 20 ЧБД с рецидивирующими бронхитами, имеющие колонизацию слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* в ассоциации со *Staphylococcus aureus*, получающие только традиционную терапию бронхита, которая существенно не различалась между сравниваемыми группами. По полу, возрасту и клинической структуре между сравниваемыми группами статистически значимых различий не выявлено. После завершения курса лечения всем детям проводилось повторное углубленное клиническое обследование в динамике и микробиологическое обследование слизистой оболочки носоглотки. В дальнейшем пациенты находились под наблюдением в течение 10 месяцев для контроля длительности ремиссии. Клиническую эффективность проводимой антимикробной терапии в комплексном лечении рецидивирующих бронхитов у ЧБД оценивали на основе общего терапевтического эффекта (ОТЭ), а также средней длительности периода обострения и стадии ремиссии. ОТЭ оценивали по проценту больных, продемонстрировавших положительный эффект от лечения. Анализ клинической эффективности показал, что у больных основной группы ОТЭ составил 78,8%, тогда как в контрольной группе — 30%. Отсутствие эффекта в группе больных, не получавших топических антибиотиков, отмечалось в 3,3 раза чаще, чем у детей, их получавших (соответственно 70% и 21,2%). Клиническая эффективность лечения рецидивирующего бронхита у ЧБД с колонизацией слизистой оболочки носоглотки грибковой и бактериальной флорой препаратом Биопарокс привела к сокращению длительности периода обострения

в 1,8 раза. Так, средняя длительность периода обострения в основной группе составила 14 дней, тогда как в контрольной группе 26 дней ($p < 0,05$). Исчезновение кашля к 7-му дню от начала терапии имело место у 45,4% пациентов, тогда как в контрольной группе — только у 10% ($p < 0,05$). Купирование хрипов на 5-й день от начала лечения в основной группе имело место в 54,5% случаев, а в контрольной группе только в 15%. У ЧБД с рецидивирующим бронхитом, получающих в составе комплексной терапии препарат Биопарокс, сократилась потребность в системных антибиотиках в 2,8 раза. Так, детям основной группы системные антибиотики назначались в 9% случаев, а в контрольной группе — в 25% ($p < 0,05$). Изучение долгосрочных результатов проводимой терапии по данным клинического наблюдения за детьми в течение 10 месяцев показало, что средняя длительность ремиссии в основной группе составила 8 месяцев, тогда как в группе сравнения — 4,0 месяца ($p < 0,001$), то есть увеличилась в 2 раза. После проведенной терапии в основной группе ЧБД результаты микробиологического исследования слизистой оболочки полости носа на наличие грибов рода *Candida* были отрицательные в 78,8% случаев, а на *Staphylococcus aureus* — в 87,8%. Обострения рецидивирующего бронхита характеризовались более легким течением заболевания с менее выраженным и продолжительным кашлем.

Таким образом, у часто болеющих детей с рецидивирующими бронхитами в 58,9% случаев выявляется колонизация слизистой оболочки носоглотки грибами рода *Candida* в ассоциации со *Staphylococcus aureus*. Комплексная реабилитация данной группы пациентов с включением в состав лечения топического антимикробного препарата Биопарокс приводит к общему терапевтическому эффекту в 78,8% случаев. Это проявляется в сокращении периода обострения в 1,8 раза и продлении ремиссии в 2 раза на фоне отрицательных результатов культурального микологического и бактериологического исследования со слизистой оболочки носоглотки на грибковую и бактериальную микрофлору.

591.69-053.2

Л.М. МАЛЫШЕВА, Е.Е. ХАСАНОВА, О.А. НАЗАРОВА

Казанский государственный медицинский университет

Республиканская клиническая инфекционная больница, г. Казань

Клинические варианты лямблиоза у детей и их терапевтическая коррекция

Лямблиоз является актуальной медико-социальной проблемой. Трудности диагностики и лечения лямблиоза связаны с полиморфизмом клинических признаков, так как лямблиоз часто служит пусковым механизмом развития или обострения кишечной и внекишечной патологии у детей. При лямблиозной инвазии доказаны: сенсбилизация организма продуктами распада лямблий и формирование аллергодерматозов; развитие вторичного синдрома мальабсорбции; нарушение синтеза ферментов; висцеро-висцеральные рефлекссы ЖКТ (абдоминальный синдром); нарушение функции печени как органа детоксикации; дисбиотические нарушения в кишечнике;

снижение синтеза иммуноглобулинов (иммуносупрессия). Диагностика лямблиоза затруднена в связи с феноменом прерывистого выделения и необходимостью упорства в поиске лямблий в фекалиях, использовании различных методов лабораторного обследования и их интерпретации.

Цель работы: оптимизация лечения детей с лямблиозом, гельминтозами, аллергодерматозами, дисбактериозом (ДБК) кишечника. С 2004-2008 гг. в Центре микробиологии ребенка (ЦМЭР) РКИБ г. Казани нами проконсультировано 1828 детей с различными клиническими вариантами лямблиоза. В настоя-

щей работе приведен анализ клинико-лабораторных наблюдений у 300 детей в возрасте от 3 мес. до 18 лет.

Согласно классификации ВОЗ (1988 г.) нами документированы основные клинические формы лямблиоза: кишечная, билиарно-панкреатическая, форма с внекишечными проявлениями, смешанная. Кроме того, нами были выделены: первичная инфекция с диареей (острый лямблиоз), чаще у детей раннего возраста, и затяжное рецидивирующее течение у детей старше 3 лет.

Многолетний опыт работы с пациентами ЦМЭР позволил нам выделить дополнительные группы детей с манифестной клиникой сопутствующей патологии: лямблиоз и ДБК II-III ст. у детей до 1 года; atopический дерматит, лямблиоз и ДБК у детей 1-2 лет; лямблиоз, ДБК I-II ст. и ДЖВП у детей старше 2 лет; ДЖВП, ДБК I-II ст., atopический дерматит и лямблиоз; лямблиоз кишечника, ДЖВП, рецидивирующий обструктивный бронхит, ДБК II-III ст. у детей старше 2 лет; сочетание лямблиоза и гельминтозов (энтеробиоз, аскаридоз, токсокароз, описторхоз) у детей с дерматореспираторным аллергозом и ДБК I-III ст.

Клиника кишечного синдрома: болевой — у 30% больных, диарейный — 57%, запоры — 23%, тошнота и анорексия — 70%. Внекишечные проявления: нейроциркуляторная дистония — 50%, неврозы — 10%, аллергодерматозы — 80%, аллергические бронхо-рино-конъюнктивиты — 8%. Билиарно-панкреатическая форма: гепатомегалия — 32%, ДЖВП — 42%.

Для верификации диагноза были использованы следующие критерии лабораторной диагностики: микроскопическое исследование фекалий (цисты, вегетативные формы), микроскопическое исследование дуоденального содержимого (вегетативные формы), ИФА (антиген в фекалиях, антитела к антигенам лямблий в сыворотке крови).

Лечение лямблиоза проводилось длительно и комплексно. Нами разработан ряд схем лечения при различных клинических проявлениях лямблиоза и сопутствующей патологии. Основные принципы лечения включали:

- диета №5, элиминационная при аллергодерматозах;
- противопаразитарные препараты (нифуратель, албендазол, энтерол, фуразолидон, нимеразол, артемизин, метронидазол, бильтрицид);
- энтеросорбция (лактофильтрум, энтеросгель, нормазе, дюфалак, смекта и др.);
- восстановление функции желчного пузыря (холекинетики, холеретики);
- пробиотики, пребиотики, синбиотики (линекс, бифидумформ-малыш, аципол, бифистим, нормофлорины, бифидумбактерин-форте, пробифор, хилак-форте и др.);
- иммунокорректоры (ликопид, полиоксидоний, имунорикс и др.);
- антигистаминные препараты (фенистил, зиртек, супрастин, эриус, цетрин, тавегил и др.).

Критериями оценки эффективности были клинические и лабораторные показатели: анализы крови и мочи, бактериологическое исследование кала на ДБК, ФПП, УЗИ органов брюшной полости, контрольные паразитологические обследования.

Результаты наблюдений следующие:

- при условии индивидуального терапевтического подхода в перечисленных группах пациентов переносимость противопаразитарных препаратов хорошая;
- клинический эффект по ведущим синдромам (кожный процесс, билиарный, абдоминальный и кишечные синдромы) наблюдался у 95% пациентов;
- по результатам паразитологических исследований санация отмечена у 90% больных;
- изучение микробного пейзажа фекалий после курса лечения выявило: санацию от условно патогенных энтеробактерий в 60% (клебсиелла, протей, атипичные эшерихии и др.), золотистого стафилококка — в 30%, снижение грибов *Candida* — в 90%, уменьшение дефицита лактобактерий — в 60%, сохранение дефицита нормофлоры — в 40%.

С.В. МАЛЬЦЕВ, А.В. БОГДАНОВА

Казанская государственная медицинская академия

616.71-007.234-053.2

Биохимические маркеры формирования и резорбции кости у детей с остеопенией

Проблема остеопенических состояний у детей занимает важное место в современной медицине, достаточно большое внимание уделяют особенностям костного метаболизма в период активного роста. Однако интерпретация биохимических показателей ремоделирования кости достаточно трудна, учитывая отсутствие возрастных и половых норм, сложный механизм регуляции обмена кости.

Целью данного исследования являлась оценка соотношения процессов резорбции и формирования кости у подростков с остеопенией. Всего обследовано 75 детей в возрасте 10-17 лет, из них 34 девочки и 41 мальчик. Детям было проведено

исследование минеральной плотности кости методом биэнергетической рентгеновской остеоденситометрии (DТХ-200), по стандартным центильным таблицам определялась гармоничность физического развития.

Были сформированы две возрастные группы: первую группу составили 40 детей в возрасте 10-14 лет, из них 22 мальчика и 18 девочек, во вторую группу были включены 34 ребенка в возрасте 15-17 лет (19 мальчиков и 15 девочек). Внутри групп было проведено дополнительное разделение с учетом показателей минеральной плотности кости. В первой группе частота остеопении составляла 70%, во второй — 53%. Нами были изучены биохимические маркеры костного метаболизма: фор-