

Следовательно, раннюю анемию можно рассматривать как железодефицитную, но в отличие от поздней в ее основе лежит не экзогенный, а эндогенный дефицит металла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дифшиц В. М. *Вопр. мед. хим.*, 1963, т. 9, в. 6.—2. Gorten M., Cross E. *J. Pediatr.*, 1964, 64, 4, 509—520.—3. Gorten M., Hepner R., Workman J. *Ibid.*, 1963, 6, 1063—1071.—4. Reedy, Schwartz, Plattner. *Ibid.*, 1952, 41, 25.—5. Schulman. *JAMA*, 1961, 175, 142, 118.—6. Wallgren. *Acta paediatr.*, 1939, 34, 50—56.

УДК 616.361—002

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ АНГИХОЛЕЦИСТИТАМИ В САНАТОРНОМ ОТДЕЛЕНИИ БОЛЬНИЦЫ

Н. А. Черкасова, Б. Т. Нигматуллина, Н. С. Савенкова

*Кафедра педиатрии детских болезней (зав.—доц. М. В. Федорова) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на
базе 15-й городской клинической больницы (главврач—Л. А. Баранчикова)*

Истоки заболеваний желчевыводящих путей у взрослых следует искать в детском возрасте. По мнению авторов, изучающих патологию желчевыделительной системы у детей, ангиохолециститы являются довольно частым страданием и требуют к себе большого внимания. В связи с этим перед педиатрами встает задача тщательного лечения больных детей. Успех терапии зависит не только от использования комплексных мер в стационаре, но в неменьшей степени от проведения этапного лечения, включая и санаторное.

В Казани в детском отделении 15-й городской больницы впервые летом 1968 г. было организовано санаторное отделение для лечения детей, страдающих заболеванием желчевыводящих путей. В период летних каникул за две смены по 45 дней в отделении получили лечение 116 детей в возрасте от 6 до 14 лет. Условия 15-й городской больницы предоставляли возможность создать в санаторном отделении правильный режим. Распорядок дня предусматривал длительное пребывание детей на свежем воздухе. Для прогулок и игр были отведены участки на территории больницы, которая располагается в зеленой зоне города, на берегу р. Казанки. Кроме того, ежедневно на 2,5—3 часа дети выезжали в лес на специальном автобусе. Обязательным был дневной сон после обеда в течение 2 часов. Рацион был полноценным, разнообразным, содержал свежие овощи, фрукты. В первые 2—3 недели дети получали стол № 5, а затем, по мере улучшения состояния,—общий стол № 15, из которого исключались жирные сорта мяса, копчености, консервы. Для улучшения функции желудка и желчеотделения детям давали минеральную воду типа «Ижевская» или «Ессентуки». Широко использовали дренаж без зонда, предложенный Демьяновым, желчегонные средства (аллохол, холосас). С целью устранения спастических явлений, уменьшения воспалительной реакции применяли физиотерапевтические процедуры: индуктотермию или диатермию, парафиновые аппликации на область печени, ионофорез 2—3% сернокислой магнезии, гальваногрязь. Общеукрепляющее лечение осуществляли в виде общих хвойных ванн, введения витаминов, дачи апилака. При выраженных воспалительных изменениях в желчной системе назначали антибиотики широкого спектра: левомицетин, эритромицин, тетрациклин, при выявлении лямблий—аминохинол, энтосептол, фуразолидон.

В результате санаторного лечения состояние здоровья детей значительно улучшалось: исчезали боли в животе, изжога, тошнота, улучшался аппетит. Дети прибывали в весе (в среднем на 1290,0). Уменьшались размеры печени. Состав желчи нормализовался у 56% детей, значительно улучшился у 32,3%. Лишь у 11% детей при улучшении общего состояния в желчи оставались выраженные элементы воспаления (лейкоциты, слизь, эпителиальные клетки в большом количестве).

Для выяснения отдаленных результатов 65 детей были обследованы через 6—10 месяцев после выписки из санатория.

Детей приглашали в больницу, где проводили опрос матери, общий осмотр ребенка, измерение веса и роста, дуоденальное зондирование, исследовали функциональное состояние печени.

У половины детей (у 32 из 65) самочувствие продолжает оставаться хорошим. Дети хорошо прибывали в весе, не предъявляли никаких жалоб. После выписки из

санатория ничем не болели, тщательно выполняли режим, соблюдали диету, рекомендованную при выписке из санатория. 18 детей продолжали получать желчегонные средства, минеральную воду, дренажи без зонда по Демьянову.

При объективном исследовании состояние здоровья этих 32 детей найдено вполне удовлетворительным, печень не увеличена, пальпация живота безболезненна; у 19 из 32 детей при дуоденальном зондировании патологические примеси в желчи не обнаружены. У 7 детей в порции В и С насчитывалось 10—12 лейкоцитов в поле зрения. У 6 детей, у которых клинические проявления ангиохолецистита отсутствовали, при анализе желчи найдено большое количество лейкоцитов, слизи, клеток эпителия. У 2 детей в желчи вновь появились ляблины.

Функциональные пробы печени у большинства обследованных детей были нормальными. Так, у 27 из 32 детей соотношение белковых фракций в сыворотке крови не выходило за пределы возрастной нормы: содержание альбуминов составило 52,2—64,3%, α_1 -глобулинов — 4,1—7,5%; α_2 — 7,7—10,8%; β — 8,3—12,2%; γ -глобулинов — 13,2—17,2%; только у 5 детей наблюдалась диспротеинемия: понижение количества альбуминов (42,8—38,5%) и повышение α_1 -глобулинов (7,6—8,1%) и γ -глобулинов (20—24%). Реакция Вельтмана была у всех детей в пределах нормы: коагуляция наблюдалась в 6—7 пробирках. Реакция Таката-Ара выпала положительной только у 2 детей. У большинства детей количество общего холестерина было нормальным (126—163 мг%). Изменение содержания холестерина наблюдалось у 4 детей: у 1 — гиперхолестеринемия (200 мг%), у 3 — понижение количества общего холестерина (94—113 мг%).

У 33 детей после временного улучшения, длившегося 2—3 месяца, состояние вновь ухудшилось. Появилась тошнота, головная боль, утомляемость, ухудшился аппетит, возобновились боли в животе. Большинство детей этой группы (22 из 33) не соблюдало рекомендованной диеты, нарушало режим питания. Противорецидивное лечение получали только 4 ребенка.

Как выяснилось, у 7 детей обострение заболевания возникло после перенесенной ангины, гриппа, пневмонии. При объективном исследовании у 18 детей отмечена бледность и сухость кожи, у 20 — болезненность при пальпации живота, особенно в правом подреберье. У 9 детей печень выступала на 1—2 см из-под реберной дуги. Патологические примеси в желчи обнаружены у большинства детей этой группы. Так, у 22 в различных порциях желчи находили лейкоциты, слизь, клетки эпителия в большом количестве. Лишь у 4 детей желчь была без изменений. Функциональные пробы печени и в этой группе были по преимуществу нормальны. У 24 детей количество альбуминов составило 56,6—67,0%; α_1 -глобулинов — 3,7—6,8%; α_2 — 8,2—11,4%; β — 10,2—13,3% и γ — 10,4—17%. Реакции Вельтмана и Таката-Ара были в пределах нормы у 30 детей. Холестеринообразовательная функция печени у 26 детей была не нарушена (общий холестерин в сыворотке крови 125—160 мг%). Только у небольшой части детей выявлено нарушение функции печени. У 9 детей наблюдалось снижение альбуминов до 39,3—50,7%, повышение γ -глобулинов до 18—24%; у 7 детей отмечалось нарушение холестеринобразовательной функции печени. У 4 из них была гиперхолестеринемия до 173—200 мг%, у 3 — снижение уровня общего холестерина до 100—113 мг%.

ВЫВОДЫ

1. Лечение детей с хроническим ангиохолециститом в условиях санаторного отделения городской больницы дает положительный результат, улучшает их общее состояние, состав желчи и функции печени.

2. Хорошее состояние в дальнейшем сохраняется только при соблюдении режима, диеты и проведении противорецидивного лечения.

3. Дети с хроническим заболеванием желчевыводящих путей должны находиться под длительным диспансерным наблюдением.

УДК 612.328

БЕЗЗОНДОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КИСЛОТНОСТИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА У ДЕТЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ

И. Г. Любке, Л. В. Эрман

Кафедра госпитальной педиатрии (зав.—академик АМН СССР проф. А. Ф. Тур) ЛПМИ и 26-я детская поликлиника Выборгского района г. Ленинграда (главрач — Т. Ф. Винокурова)

В поликлинической практике врачи нередко прибегают к исследованию желудочного сока, полученного путем зондирования. Врачи-лаборанты, проводящие эти манипуляции, прекрасно знают, что при введении желудочного зонда, особенно детям