

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ДУ «ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НАМН УКРАЇНИ»
РАДА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ХМАПО
РАДА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ДУ «ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ
НАМН УКРАЇНИ»

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

**Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених з
міжнародною участю**

16 березня 2016 року – Харків, 2016. - 80 с.

Відповідальний за випуск

Волкова Ю.В.

Харків 2016

неонатального сепсиса является определение таких маркеров как пресепсин, белок, повышающий проницаемость клеток, натрийдиуретические пептиды.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Курлан Н.Ю.

**Харківський національний медичний університет
Кафедра дитячих інфекційних хвороб**

Проблема шигельозу, як і раніше, є однією з найбільш актуальних в педіатрії, що обумовлено його широкою поширеністю і високим рівнем захворюваності в багатьох країнах світу, особливо серед дітей. У виникненні і розвитку інфекції, поряд з властивостями збудника, велику роль відіграє стан організму дитини, який визначається анатомо-фізіологічними особливостями, станом неспецифічних і специфічних факторів захисту. Вікові особливості перерахованих факторів визначають не тільки сприйнятливість, але й своєрідність симптомів і клінічного перебігу кишкових інфекцій, в тому числі шигельозу у дітей різного віку.

Мета дослідження: визначити вікові особливості клінічного перебігу шигельозу у дітей.

Проведено клінічне спостереження 64 дітей віком від 3 місяців до 10 років, госпіталізованих в Обласну дитячу клінічну інфекційну лікарню м. Харкова з діагнозом шигельоз Зонне, який був встановлений за клініко-епідеміологічними даними з верифікацією збудника бактеріологічним та серологічним методами. Хворі були розподілені на дві групи: перша — 30 дітей віком від 3 місяців до 3 років, друга — 44 дитини віком від 3 до 10 років.

Результати дослідження. Початок захворювання у дітей обох груп був гострим, але частота зустрічальності та виразність основних клінічних симптомів шигельозу у дітей різних вікових груп була дещо різною. Діти обох груп надходили до стаціонару на 2-3 день хвороби (87,84%): хворі першої групи переважно у важкому стані (21 дитина — 70%), що було зумовлено головним чином явищами інтоксикації та зневоднення; а в другій групі визначалися головним чином середньо-тяжкі форми хвороби (29 дітей — 65,9%). Підвищення температури тіла відмічалось у 26 дітей (86,67%) першої та 40 дітей (90,90%) другої групи, при чому у дітей віком понад 3 роки показники її були вірогідно вищими ($38,8 \pm 0,4^\circ\text{C}$ проти $37,7 \pm 0,3^\circ\text{C}$ відповідно, $p < 0,05$). В першій групі значно частіше реєструвались нудота та блювання: у 22 дітей (73,3%) проти 18 (40,9%) та у 20 хворих (66,67%) проти 15 (34,09%) відповідно, $t \geq 2$. При наявності діареї у 27 (90%) дітей першої та у 43 (97,7%) хворих другої групи, частота випорожнень була вірогідно меншою у дітей старше 3 років ($5,2 \pm 0,6$ проти $6,8 \pm 0,4$ відповідно, $p < 0,05$). Це призводило до швидкого розвитку зневоднення у дітей першої групи, яке виявлялось у 19 (63,33%) хворих при їх надходженні до стаціонару. В той же час, у першій групі рідше відмічались біль у животі та біль при дефекації: 20 (66,67%) проти 39 (88,64%) та 15 (50%) проти 31 (70,45%) відповідно, $t \geq 2$. Домішки неперетравленої їжі у випорожненнях визначались переважно у дітей першої групи (14 - 46,67% проти 10 - 22,7% відповідно, $t \geq 2$), наявність слизу була типовою для пацієнтів обох груп, але випадки наявності лише слизу без калових мас були притаманні дітям другої групи (8 - 26,67% проти 23 - 52,27% відповідно, $t \geq 2$), домішки крові ми спостерігали лише у 3 (10%) хворих першої і 12 старшої групи (27,27%).

Таким чином у дітей до 3 років шигельоз протікає у вигляді гастроентериту та гастроентероколіту з синдромом інтоксикації та зневодненням і не має явних ознак ураження товстого кишківника. У дітей старшого віку синдром інтоксикації, зокрема підвищення температури та блювання є вираженими, а дисфункція кишківника виявляється ентероколітним та колітним синдромами, притаманні ознаки гемоколіту.

ЕОЗИНОФІЛЬНИЙ КАТІОННИЙ ПРОТЕЇН МОКРОТИННЯ ЯК МАРКЕР ТЯЖКОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

Лобанова Т.О., Колоскова О.К.

ДВНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Бронхіальна астма як хронічний запальний процес дихальних шляхів із їх розповсюдженою, але варіабельною обструкцією внаслідок бронхіальної гіперреактивності до різних стимулів, є одним із найпоширеніших хронічних захворювань дитячого віку. Основними морфологічними елементами алергічного запалення при астмі є еозинофіли, Т-лімфоцити, опасисті клітини. У гранулах еозинофілів містяться лужні білки, головні з яких – великий основний протеїн, еозинофільний катіонний протеїн, еозинофільна пероксидаза, еозинофільний нейротоксин, що визначають прозапальні властивості даних клітин. Даним речовинам властива цитотоксичність, стимулювальний вплив на дегрануляцію опасистих клітин та базофілів, тому визначення вмісту катіонних білків може сприяти верифікації тяжкості запального процесу. Проте у доступних джерелах наукової інформації більше уваги приділяється визначенню вмісту цитотоксичних речовин у сироватці крові, а діагностичне значення даного маркера безпосередньо у вогнищі алергічного запалення вивчено недостатньо.

Метою дослідження було оптимізувати лікувально-профілактичні заходи при бронхіальній астмі у дітей шляхом встановлення діагностичної цінності еозинофільного катіонного протеїну у мокротинні, а основні задачі полягали в комплексному обстеженні 76 хворих, визначенні у надосадовій рідині мокротиння вмісту еозинофільного катіонного білку та визначенні його діагностичної та прогностичної цінності у покращенні менеджменту захворювання.

Матеріал та методи. В умовах обласного пульмоалергологічного стаціонару обстежено 76 дітей шкільного віку, хворих на персистувальну бронхіальну астму (БА), які отримували інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС) як протизапальну базисну терапію впродовж не менше трьох останніх місяців та потребували корекції обсягу профілактичного лікування. Усім хворим у позанападному періоді здійснювали забір мокротиння для подальшого аналізу, причому за відсутності спонтанного відкашлювання здійснювали процедуру індукції відходження мокротиння шляхом інгаляції серійних гіпертонічних розчинів натрію хлориду. Визначали кількісний та якісний цитологічний склад осаду мокротиння, а у надосадовій рідкій фракції, отриманій після центрифугування, в імунологічній лабораторії Обласної дитячої клінічної лікарні, ELISA-методом визначали вміст еозинофільного катіонного білку (human eosinophil cationic protein - ECP) (виробник реактивів - A viscera Bioscience, Inc, USA), середній рівень якого становив $2,28 \pm 2,2$ нг/мл (мінімальне значення 0, максимальне 9,2 нг/мл). Залежно від вмісту ECP у мокротинні дітей розподіляли на 2 клінічні групи. Першу (основну) склали 29 хворих із вмістом у мокротинні

33	<i>Козлова О.С.</i> СОДЕРЖАНИЕ КОРТИЗОЛА В КРОВИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	35
34	<i>Корнієнко Д.О.</i> ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ	37
35	<i>Косенко Е.А.</i> ПРОБЛЕМЫ ИНДИКАЦИИ СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В НЕОНАТОЛОГИИ	38
36	<i>Курлан Н.Ю.</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП	39
37	<i>Лобанова Т.О., Колоскова О.К.</i> ЕОЗИНОФІЛЬНИЙ КАТІОННИЙ ПРОТЕЇН МОКРОТИННЯ ЯК МАРКЕР ТЯЖКОСТІ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ	40
38	<i>Логвінова О.Л., Стрелкова М.І.</i> ВІК МАТЕРІ, ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ	42
39	<i>Малахова В.М.</i> ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ	42
40	<i>Медзяновська О.В.</i> ВИЯВЛЕННЯ ОСІБ ВИСОКОГО РИЗИКУ ЩОДО ХРОМОСОМНИХ ПОРУШЕНЬ СЕРЕД ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ	43
41	<i>Мельник О.О., Жураховська О.В.</i> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ	45
42	<i>Мещанина Д.Р., Дріль І.С.</i> ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ	46
43	<i>Михайлов Б.В., Колеснік Н.М.</i> ДИТИНА В ІНКЛЮЗИВНОМУ ПРОСТОРІ ОСВІТНИХ СИСТЕМ	47
44	<i>Овчаренко І.А., Китаєнко З.А.</i> РЕЗУЛЬТАТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ГЛОБАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ ЩОДО ЗНИЖЕННЯ ЗАХВОРІОВАНОСТІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	47
45	<i>Ольховський Є.С., Мішин Ю.М.</i> ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ЕШЕРИХІОЗ ДІТЕЙ З СУПУТНЬОЮ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	48
46	<i>Пальчик С.М., Грузкова М.Б.</i> КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	49
47	<i>Патрева Е.П., Скрипникова Я.С.</i> ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ ПРИ ПОМОЩИ ОПРОСНИКА SF 36	50
48	<i>Пацера М.В.</i> ДЕФИЦИТ МАГНІЙСОДЕРЖАЩИХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В РАЦИОНЕ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	52
49	<i>Поликов Г.О., Карпушенко Ю.В.</i> ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА	53
50	<i>Потихенская К.</i> ТРАВМАТИЧЕСКИЕ "МАСКИ" ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ	54

Наукове видання

Проблеми сьогодення в педіатрії

Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю

16 березня 2016 року – Харків, 2016. - 80 с.

Відповідальний за випуск Волкова Ю.В.

Підписано до друку 10.03.2016 р. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times ET. Друк ризографічний.
Ум. друк. арк. 4,7. Наклад 100 пр. Зам. № 0310/1-16.

Надруковано з готового оригінал-макету у друкарні ФОП В. В. Петров
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.
Запис № 2480000000106167 від 08.01.2009 р.
61144, м. Харків, вул. Гв. Широнінців, 79в, к. 137, тел. (057) 778-60-34.
e-mail:bookfabrik@mail.ua