

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ ПЕДІАТРІВ УКРАЇНИ**

**ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ
З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**МАТЕРІАЛИ
УКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**14-15 березня 2017 року
м. Харків**

УДК: 616-053.2:616.89]-07-08

Проблемні питання діагностики та лікування дітей з соматичною патологією // Матеріали Української науково-практичної конференції лікарів-педіатрів з міжнародною участю / Під редакцією Максимової Н.І., Алексєєвої Н.П., Ярової К.К., Головачової В.О. – Харків, 14-15 березня 2017 р. – 271 с.

У збірнику наведено результати наукових досліджень з актуальних проблем педіатрії.

©Харківський національний
медичний університет, 2017 р.

хворих виявили виразку дванадцятипалої кишки, у 35 — хронічний поверхневий антральний гастрит, у 38 — невиразкову диспепсію. Загальний рівень інфікованості хелікобактеріозом дітей та підлітків становив 52,1% і зростав із збільшенням віку обстежуваних: від 33% у дітей 10-14 років до 60% у підлітків 15–18 років.

Аналізуючи інфікованість хворих за нозологічними групами, виявили найвищу інфікованість *H. pylori* (100 %) у хворих на виразкову хворобу, у хворих на хронічний поверхневий гастродуоденіт вона становила 77,3 %. Інфікованість *H. pylori* здорових дітей, які мали постійний контакт у сім'ї з інфікованим хелікобактеріозом родичем, була вдвічі вищою порівняно з групою II (відповідно 42,8 та 20,7 %; $p > 0,05$). Рівень інфікованості з віком зростав, але в групі I виявлено майже однакову інфікованість в осіб віком 11–14 та 15–18 років. Серед 42 осіб — родичів хворих пацієнтів - ураженість хелікобактеріозом становила 78%, зокрема: осіб до 18 років — 67 %, дорослих — 92 %. Серед членів родин хворих дітей та підлітків найвищу інфікованість хелікобактеріозом виявлено у їхніх батьків та братів (відповідно 86 та 77 %). Інфікованість матерів становила 77%, сестер хворих — 72%. Найчастіше ураження гастродуоденальної зони мають батьки хворих пацієнтів (третина усіх родичів), з однаковою частотою — матері та брати (по 17,7 %), сестри (4%). Найбільшу частину серед інфікованих *H. pylori* становлять батьки, зокрема батько (36,7 % усіх родичів), мати (21,4 %), менше брати (14 %) і найменше сестри (8 %).

Висновок. У поширенні хелікобактеріозу серед дітей та підлітків велике значення має ураженість нею членів родини.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ

Вовк Т.Г., Татаркина А.Н., Копейченко Т.С., Колесник Я.В., Рожнова А.С., Слепченко М. Ю.

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра детских инфекционных болезней

Острый тонзиллит (ОТ) - наиболее распространенное заболевание во всех возрастных группах. Чаще всего вызывается вирусами, бактериальную этиологию имеют всего лишь 25-30% случаев. Основным бактериальным агентом является β -гемолитический стрептококк группы А (БГСА). Различить вирусные и бактериальные формы острого тонзиллита врачу помогает знание особенностей клинической картины.

Цель работы: изучение клинической картины ОТ в зависимости от этиологии.

Обследовано 172 ребенка в возрасте одного года - 16 лет, леченных в диагностическом отделении ОДИКБ г. Харькова по поводу ОТ с выпотом на миндалинах. Диагноз устанавливался на основании клиничко-анамнестических, эпидемиологических данных, результатов современных лабораторных и инструментальных методов исследований. Для диагностики БГСА-тонзиллита применяли микробиологические методы. У детей, лечение которых было начато до проведения микробиологического обследования, диагноз БГСА-тонзиллита ставился при выявлении повышенного уровня антистрептолизина-О. Для диагностики ВЭБ-инфекции определяли антитела к капсидному антигену (VCA) классов IgM и IgG с помощью ИФА, а также оценивали результаты полимеразной цепной реакции. Отсутствие эффекта от применения правильно подобранного антибиотика позволяло с высокой степенью вероятности говорить о небактериальной (вирусной) этиологии ОТ. Дети по возрасту были распределены на три группы: 1 группа -- 1мес.-3 года (54-31,4%); 2 группа - 4-7 лет (69-40,1%); 3 группа – старше 8 лет (49-28,5%). Вирусная этиология ОТ установлена у 24 (14%) детей 1-ой группы, у 25 (14,5%) - 2-ой и у 17 (9,9%) - 3-ей. Инфекционный мононуклеоз (ИМ) выявлен у 10 (5,8%) больных - 1-ой группы, у 19 (11,1%) - 2-ой и у 16 (9,3%) - 3-ей. Бактериальный тонзиллит подтвержден у 20 (11,6%) пациентов 1-ой группы, у 25 (14,5%) - 2-ой и у 16 (9,3%) - 3-ей группы.

ОТ вирусной этиологии протекал обычно с кашлем и другими катаральными симптомами. Характерными были гиперемия и рыхлые белые налеты на миндалинах(75%), конъюнктивит(98,8%) и выраженный ринофарингит с обилием слизи на задней стенке глотки(92,2%). Лихорадка(69%) неправильного типа сохранялась в течение 4-7 дней. Даже при значительной тяжести общего состояния осложнений не наблюдалось, в т. ч. у детей, не получавших антибактериальную терапию. Лейкоцитоз выявлен у 24% детей, у остальных больных – лейкопения и лимфоцитоз.

Для ИМ характерными признаками являлись: субфебрильная (59%) или фебрильная лихорадка (41%), тонзиллит с налетами (96%), ринофарингит, гнусавость голоса, «храпящее» дыхание (85%), лимфаденопатия (97%) гепатоспленомегалия (66%). Атипичные лимфоциты в крови выявлялись редко (13%).

Стрептококковый тонзиллит отличался от вирусного лишь отсутствием кашля и минимальными катаральными симптомами,

иногда – болезненностью регионарных лимфоузлов (37%) при пальпации. Высокая температура отмечалась у 78% больных. У большинства (67%) детей характерным было снижение температуры в течение суток после применения антибиотиков.

Таким образом, сходство клинической симптоматики и локальных изменений в зеве обуславливают трудности дифференциальной диагностики и требует постоянного изучения особенностей клинической картины ОР, а также диктуют необходимость внедрения в практическое здравоохранение новых экспресс методов диагностики. Более ранняя диагностика будет способствовать назначению рациональной терапии.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА МОНТЕЛУКАСТА

Ганиев А.Г., Ботиров А.Р., Каримова Н.Р., Зайнабитдинова С.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Кафедра неотложной педиатрии и анестезиологии - реанимации

Андижан, Республика Узбекистан

Цель. Целесообразность использования препарата монтелукаста - «Синглон» на фоне стандартной терапии бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в клинике кафедры неотложной педиатрии и анестезиологии-реанимации Андижанского государственного медицинского института на базе АОДККЦ г. Андижан находились 46 детей с различной степенью тяжести бронхиальной астмы в возрасте от 6-14 лет. Для проспективного исследования нами были сформированы две группы пациентов: группа пациентов №1, получавшие стандартную базисную терапию и таблетку плацебо (n=20); группа пациентов №2 (n=26), получавшие наряду с аналогичным спектром базисной терапии, получали препарат «Синглон» в дозе 4 мг 1 раза в сутки (вечером, за час до или через 2 часа после приема пищи). Пациенты продолжали прием препарата как в периоды контролируемого течения бронхиальной астмы, так и в периоды ухудшения течения заболевания. Продолжительность терапии «Синглон» составила 30 дней. Длительность наблюдения пациентов в исследуемых группах продолжалась в течение года. Критериями для включения в группу исследования помимо возраста, были верификация диагноза бронхиальная астма, легкое, среднетяжелое, тяжелое течения

Борасулов А.М., Набиев И.Б., Яминова Н.Х. АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ	46
Булак Г.В., Копанська Д.Б. КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ОСОБЛИВОСТЯМИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ	47
Бутабаев М.Т., Ибрагимова М.Р., Салиева М.Х., Мирзаева М.М. РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ – ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ	54
Васкул Н.Я. ИНФЕКЦИЯ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ: РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЧИННИКА	56
Вовк Т.Г., Татаркина А.Н., Копейченко Т.С., Колесник Я.В., Рожнова А.С., Слепченко М. Ю. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ	57
Ганиев А.Г., Ботиров А.Р., Каримова Н.Р., Зайнабитдинова С.Н. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА МОНТЕЛУКАСТА	59
Гафуров А.А., Акбаров Н.А., Косимов К.Л., Юлдашев М.А. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДВУСТОРОННЕМ КОРАЛЛОВИДНОМ НЕФРОЛИТИАЗЕ У ДЕТЕЙ	61
Гафуров А.А., Касимов К.Л., Гафурова Ш.М., Акбаров Н.А., Юлдашев М.А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ И ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ	63
Гончарь М.О., Дриль І.С. Петренко Є.К., Колибаєва Т.Ф., Хмара Н.В., Підвальна Н.В., Цимбал Є.В. ВИПАДОК СОМАТОГЕННОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ В ДИТЯЧІЙ НЕФРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	64
Гончарь М.А., Иванова Е.В., Кондратова И.Ю., Комова В.А. ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННЫХ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ АРИТМИЙ	66
Гончарь М.А., Омельченко Е.В., Ермолаев М.Н., Романюк И.Е., Левченко Ю.А., Чуб Е.И., Кузьминская М.Р. ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕЛИАКИИ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ	67
Горбунова Г. ДЕТИ МОЛДАВИИ И ТРУДОВАЯ МИГРАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ	69
Горбунова Г. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА	70
Григорьева О.П., Савенкова Н.Д., Лозовская М.Э. ПРИ ГОРМОНОЧУВСТВИТЕЛЬНОМ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ, ИМЕЮЩИХ СЕНСИБИЛИЗАЦИЮ К АЛЛЕРГЕНАМ	72