

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

Робота проведена на основі аналізу статистичних даних захворюваності на туберкульоз у Харківській області.

З 2011 року у цілому по Україні відмічається зниження показника захворюваності на ТБ на 14,3% (в 2011 р. – 82,3 вип. на 100 тис. нас., в 2015 р. – 70,5 вип. на 100 тис. нас.). У Харківській області також відмічається зниження цього показника на 31,4 % (у 2011 р. – 64,4 вип. на 100 тис. нас., у 2015 р. – 44,2 вип. на 100 тис. нас.).

Захворюваність серед дитячого населення області також знизилась з 15,6 вип. на 100 тис. дит. нас. у 2011 році на 28,8% до 11,1 вип. на 100 тис. дит. нас. у 2015. У 2014 році відбувся ріст захворюваності серед цієї категорії населення на 15,2% порівняно з 2013 роком (11,8 вип. на 100 тис. дит. нас. у 2013р. та 13,6 вип. на 100 тис. дит. нас. у 2014р.), що було пов'язано з тривалою відсутністю туберкуліну в області.

Зниження показника захворюваності серед дітей 0-17 років відбулося головним чином за рахунок зниження захворюваності серед підлітків (15-17 років) і склало 57,5% (у 2011 році 40,2 вип. на 100 тис. підл. нас. та 17,1 вип. на 100 тис. підл. нас. у 2015 р.). Однак, серед населення віком 0-14 років вона залишається майже не змінною зі зростанням на 2% (у 2011 р. – 9,8 вип. на 100 тис. дит. нас., у 2015 р. – 10 вип. на 100 тис. дит. нас.). Це пов'язане з низьким забезпеченням туберкуліном та недостатньою вакцинацією та ревакцинацією БЦЖ, що має місце в останні роки в Харківській області.

Крім того, на протязі 2011-2015 років показник захворюваності серед дитячого населення Харківської області залишається вищим ніж середній по Україні (у 2011 р. по Україні він склав 11,7 вип. на 100 тис. дит. нас., по Харківській області 15,6 вип. на 100 тис. дит. нас.; у 2015 році по Україні він склав 10,8 вип. на 100 тис. дит. нас. та 11,1 вип. на 100 тис. дит. нас. у Харківській області).

Таким чином, за період з 2011 по 2015 роки у Харківській області вдалось досягти зниження показника захворюваності на ТБ на 31,4%, що свідчить про реальність цілей глобальної стратегії «Покласти край ТБ». Досягти цього вдалось за рахунок впровадження у останні роки у області сучасних технологій діагностики ТБ та системного підходу щодо лікування таких хворих. Ще кращих показників можна досягти приділивши увагу зниженню захворюваності та ТБ серед дітей віком 0-14 років за рахунок покращення профілактичних заходів та ранньої діагностики ТБ.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ЕШЕРИХІОЗ ДІТЕЙ З СУПУТНЬОЮ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Ольховський Є.С., Мішин Ю.М.

Харківський національний медичний університет

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

На теперішній час в практиці сімейного лікаря все частіше зустрічаються поєднані інфекції, серед яких одними із найбільш поширених є кишкові інфекції та герпес-вірусні. Інфікування вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ) відбувається переважно протягом перших трьох-п'яти років життя, а персистенція його в організмі може бути довічною. Тривале перебування імунотропного вірусу в організмі людини не може не впливати на перебіг кишкової інфекції, в тому числі ешерихіозу, який займає вагомe місце в структурі бактеріальних кишкових інфекцій у дітей раннього віку.

Мета роботи – удосконалення лікування хворих на ешерихіоз дітей раннього віку, інфікованих ВЕБ.

На базі Обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні м. Харкова нами обстежено 36 дітей віком 1-3 років, хворих на ешерихіоз, що перебігав на тлі інфікування ВЕБ (без клінічних проявів активності). Підставою щодо обстеження хворих на ВЕБ були часті (понад 4-6 разів на рік) респіраторні інфекції, збільшення підщелепних та шийних лімфовузлів, помірна гіперемія ротоглотки, ознаки паренхіматозної реакції печінки і селезінки за даними ультразвукового дослідження. У цих хворих були виявлені високі титри антитіл до капсидного антигену класу IgG в динаміці основного захворювання. Лікування 20 дітей проводили за загально прийнятими стандартами терапії хворих на кишкові інфекції, 16 хворим додатково було призначено комбінований рослинний гепатопротектор, до складу якого входить росторопша плямиста, у вигляді крапель відповідно віковим дозам. Нами проведено співставлення клініко-лабораторних показників хворих в залежності від призначеної терапії. Виявлено, що на фоні застосування гепатопротектора відбувались достовірно швидше нормалізація калових мас (на $4,38 \pm 0,45$ проти $6,48 \pm 0,84$ добу, $p < 0,05$), ліквідація метеоризму (на $3,56 \pm 0,28$ проти $4,54 \pm 0,39$ добу, $p > 0,05$) та синдрому блювоти (на $3,54 \pm 0,52$ проти $4,85 \pm 0,36$, $p > 0,05$). За даними копроцитоскопії зникнення патологічних домішок в калі спостерігали скоріше у хворих із застосуванням гепатопротектора (на $5,48 \pm 0,58$ добу проти $7,85 \pm 0,92$, $p > 0,05$), що в цілому призводило до скорішого одужання пацієнтів даної групи. Нами визначено позитивний вплив застосування гепатопротектора на динаміку ультразвукових змін паренхіматозних органів – у половини з всіх дітей на момент виписки зі стаціонару не виявляли ознак паренхіматозної реакції печінки, у решти – спостерігали зниження ступеня її виразності. Такі залишкові явища були підставою рекомендувати продовжити застосування гепатопротектора в періоді реконвалесценції.

Таким чином, застосування гепатопротекторів у хворих на ешерихіоз дітей, інфікованих ВЕБ, оптимізує лікування хворих, що, на нашу думку, пов'язано не тільки із покращенням системи травлення кишкового тракту, але й шляхом зменшення токсичного навантаження на клітини печінки, що особливо необхідно враховувати у хворих, інфікованих на ВЕБ. Застосування препаратів цієї групи рекомендовано не тільки в гострому періоді, а і на етапах подальшого медичного спостереження.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Пальчик С.М.¹, Грузкова М.Б.²

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования

Кафедра рентгенологии и детской рентгенологии

²Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии № 1 и неонатологии

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) у детей является актуальной проблемой современной медицины. Дисморфогенез соединительной ткани в значительной мере предрасполагает к развитию патологии органов дыхания. Одним из наиболее частых вариантов патологии, возникающей на фоне ДСТ, является пневмония. По данным ВОЗ (2015), пневмония относится к одной из наиболее частых причин детской смертности.

Целью исследования являлось изучение особенностей рентгенологической семиотики и течения пневмоний у пациентов с дисплазией соединительной ткани.

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., Дриль И.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 ЗАХВОРІОВАНOSTІ 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 МАГНИЙСОДЕРЖАЩИХ 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 60х84/16.
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 № 24800000000106167 від 08.01.2009 р.
61144, м. Харків, вул. Гв. Широнінців, 79в, к. 137, тел. (057) 778-60-34.
e-mail:bookfabrik@mail.ua