

эффективной. Наблюдая за детьми врач общей практики должен не только своевременно выявить больных детей, но и провести прогнозирование патологии с учетом факторов риска и дифференцированно подойти к назначению реабилитационных мероприятий для предупреждения обострений. Пациенты даже при отсутствии симптомов болезни должны придерживаться диеты и определенного образа жизни особенно в неблагоприятные сезоны года (осень и весна). **Выводы:** Таким образом, только при совместных усилиях родителей и врачей первичного звена здравоохранения можно создать систему первичной профилактики (предупреждение органной патологии) и вторичной профилактики (предупреждение рецидивов болезни) хронических заболеваний органов пищеварения у детей.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ВЕРИФИКАЦИИ НЕСТРЕПТОКОККОВЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

Горбатюк И. Б., клин. ординатор БГМУ

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней (зав. каф. – д.м.н., профессор Колоскова Е.К.)

Научный руководитель: д.м.н., профессор Иванова Л. А.

Цель работы: Изучить диагностическую ценность показателей общего анализа крови и результатов иммунологического исследования крови у детей с нестрептококковыми тонзиллофарингитами для оптимизации стартового этиотропного лечения. **Материал и методы исследования:** Обследовано 98 пациентов с острыми тонзиллофарингитами (ОТФ) и сформированы две клинические группы. Первую (I, основную) группу составили 66 пациентов с ОТФ нестрептококковой этиологии, о чем свидетельствовал отрицательный результат бактериального исследования смыва из зева и задней стенки глотки. Вторую (II) клиническую группу составили 32 детей с диагнозом «стрептококковый острый тонзиллофарингит». Стрептококковая этиология заболевания была подтверждена положительным результатом культурального исследования мазка из зева. Как вспомогательные параклинические критерии подтверждения нестрептококковой этиологии ОТФ у пациентов групп сравнения анализировали показатели общего анализа крови и содержание в сыворотке крови интерлейкина-6 (ИЛ-6) и интерлейкина-8 (ИЛ-8). **Результаты:** При оценке результатов общего анализа крови у пациентов групп наблюдения удалось установить достоверные отличия только по количеству эритроцитов: I группа – $4,2 \pm 0,1 \cdot 10^{12}/л$, II группа – $3,9 \pm 0,1 \cdot 10^{12}/л$ ($P < 0,05$) и уровню гемоглобина в крови: I группа – $129,7 \pm 1,8 г / л$, II группа – $121,8 \pm 2,6 г/л$ в крови ($P < 0,05$). Таким образом, у больных основной группы среднее содержание эритроцитов и уровень гемоглобина в крови были достоверно выше по сравнению с пациентами группы контроля. Других достоверных отличий формулы крови обнаружено не было, что практически исключает использование результатов данного анализа для ранней диагностики этиологического фактора ОТФ. Поэтому, целесообразным считалось проанализировать содержание провоспалительных цитокинов – интерлейкинов-6 и -8 в сыворотке больных при реализации в ротоглотке воспалительного процесса нестрептококковой этиологии. Сравнительный анализ содержания ИЛ-6 в сыворотке крови детей с ОТФ различной этиологии показал, что уровень данного цитокина, существенно не отличался, однако, отмечено четкую тенденцию к его снижению у больных с нестрептококковым ОТФ. Отмечено, что нестрептококковая этиология ОТФ у детей увеличивает риск регистрации нормальной концентрации ИЛ-6 в сыворотке крови в отношении представителей второй группы, в частности, показатель относительного риска составляет 1,4 (95% ДИ 1,0-1,7) при соотношении шансов 1,8 (95% ДИ 1,0-3,2). Показатели диагностической ценности данного лабораторного теста по выявлению нестрептококковых ОТФ относительно острого тонзиллофарингита стрептококкового генеза оказались следующими: чувствительность – 80,7%, специфичность – 38,8%, предполагаемая ценность положительного результата – 56,8%, предполагаемая ценность отрицательного результата – 66,7%. В то же время установлено, что нестрептококковая этиология ОТФ у детей ассоциировалась со снижением концентрации интерлейкина-8 в сыворотке крови (менее 15,0 пг/мл) относительно группы детей с ОТФ обусловленными БГСА следующим образом: относительный риск – 1,7 (95% ДИ 1,4-2,0), абсолютный риск – 0,2, при соотношении шансов 2,7 (95% ДИ 1,3-5,0). **Выводы:** Повышение уровня интерлейкина-6 и снижение содержания интерлейкина-8 в сыворотке крови детей с острыми тонзиллофарингитами более чем в 2 раза увеличивает риск наличия у них нестрептококковой этиологии заболевания.

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕВОКАРНИТИНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА

Давранова А., Мехрожева Ш., студентки 709 и 710 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра педиатрии № 4 (зав. кафедрой: доц. Уралов Ш.М.)

Научный руководитель: ст. преп. Исламова Д.С.

В последние годы возросла частота состояний, сопровождающихся тканевой гипоксией, патогенетически связанной с митохондриальной недостаточностью и, как следствие, с полисистемным нарушением клеточной энергетики различных органов и систем организма. **Цель работы:** Изучение эффективности левокарнитина («Элькара») в комплексной терапии хронических заболеваний энергетического обмена. **Материал и методы исследования:** Проведено сравнение клинико-функциональных показателей 21 ребенка в возрасте до 2 лет с перинатальными поражениями ЦНС в сочетании с белково-энергетической недостаточностью питания и заболеваниями почек. Методы исследования – клинический, биохимический, ЭЭГ, УЗИ, МРТ, ЭКГ. Препарат Элькар назначали по 100-150 мг/сут, в течении 3-4 нед. **Результаты:** Эффективность препарата отмечена у всех пациентов уже с первой недели терапии. У 19 детей с перинатальными поражениями ЦНС уменьшилось количество и продолжительность эпилептиформных пароксизмов; улучшились антропометрические данные, показатель моторного развития и положительные изменения ЭЭГ; нарастало количество нейтрофилов при сопутствующей нейтропении. У 10 детей с заболеваниями почек отмечено снижение экскреции белка с мочой, лейкоцитов, эритроцитов, оксалатов кальция. **Вывод:** В результате проведенного исследования отмечена высокая эффективность и безопасность препарата «Элькар».

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

¹Дехканов К.А., ¹Утегенов Н.У., ¹Акрамова М.Ю., ²Шагиязова Л.М.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт Нукусского филиала,

²Медицинский колледж им «П.Ф. Баровского».

Мочекаменная болезнь у детей составляет значимую часть урологической педиатрической практики. Поскольку она рецидивирует, следует приложить все усилия, чтобы выявить вызывающее ее основное метаболическое нарушение для обеспечения адекватного лечения. Большинство камней у детей расположено в верхних мочевых путях. **Материал и**