

Асоціація педіатрів України

Управління охорони здоров'я Донецької облдержадміністрації

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Кафедра педіатрії № 1 ДонНМУ

МАТЕРІАЛИ

міжрегіональної науково-практичної конференції

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ В ПЕДІАТРІЇ



м. Донецьк, 2012

Каладзе Н.Н., Соболева Е.М., Богатова Н.В. СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.....	38
Крюгер Е.А., Богадельников И.В., Мужецкая Н.И., Вяльцева Ю.В. РАЗНОВИДНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	41
Кокоркин А.Д. ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....	42
Нагорная Н.В., Лимаренко М.П., Логвиненко Н.Г. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УХОДА ЗА КОЖЕЙ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....	43
Овчаренко Л.С., Самохін І.В., Вертегел А.О., Андрієнко Т.Г., Редько І.І., Жихарева Н.В. ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОКІНЕТИКА НОВОЇ ГЕНЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП.....	45
Ортеменка Є.П. ВПЛИВ ОКРЕМИХ ЧИННИКІВ НА ЦИТОЛОГІЧНИЙ СКЛАД СПОНТАННОГО ТА ІНДУКОВАНОГО МОКРОТИННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ.....	46
Островский И.М., Резников А.В., Заплаткина А.Ю. СИНДРОМ ДИ ДЖОРДЖИ (ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ).....	47
Острополец М.С., Островский И.М., Челпан Л.Л., Чилибийский Я.А. К ВОПРОСУ О СИНДРОМЕ СІНСА.....	51
Пашкова О.Є. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ L-АРГІНІНУ В ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ.....	54
Прохоров Е.В., Бельская Е.А. ПРИЧИНЫ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ.....	55
Прохоров Е.В., Бельская Е.А. СИНДРОМ НАРУШЕННОГО КИШЕЧНОГО ВСАСЫВАНИЯ У ДЕТЕЙ.....	61
Прохоров Е.В., Бельская Е.А., Островский И.М. ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОСЛЕДСТВИЯ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	63
Прохоров Е.В., Воробьева О.В. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕНГЕНОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.....	68
Прохоров Е.В., Деркач О.Б. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ.....	71
Прохоров Е.В., Мацынина М.А. КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА-3А.....	75
Прохоров Е.В., Толстикова Е.А. СИНДРОМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ ПРИ ТИРЕОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ.....	79
Прохоров Е.В., Ходанич Н.А., Деркач О.Б. К ВОПРОСУ О ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ.....	81
Резніченко Ю.Г., Лебединець О.М. ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ РИТМУ, ПРОВІДНОСТІ СЕРЦЯ ТА ПРОЦЕСІВ РЕПОЛЯРИЗАЦІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ВНУТРІШНЬОУТРОБНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ ЗА ДАНИМИ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ.....	85
Резніченко Ю.Г., Ярцева М.О. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ АНТРОПОГЕННОГО НАВАНТАЖЕННЯ.....	86
Сорока Ю.А., Чернышева О.Е., Левченко С.А., Фоменко Т.А., Баева В.Г., Черкун Е.С., Педенко А.В., Сорока Е.Ю. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ХЛАМИДИОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	87
Таран О.М., Чабанюк О.В., Попович В.В. ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ ЧАСТО ХВОРІЮЧИХ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ПІД ЧАС ГРВІ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЙОГО КОРЕКЦІЇ.....	91

терапії, а диспепсичні явища – з 2-3 доби застосування даного препарату. Також у дітей другої групи на тлі монотерапії “Домридом” була досягнута нормалізація ендоскопічної картини. У дітей, які не отримували “Домрид”, ефект був статистично значимо менш виражений. Слід зазначити, що препарат добре переносився усіма пацієнтами. Контроль рівня пролактину у дітей з ФД і ГЕР при 14-денному застосуванні “Домриду” показав його підвищення в сироватці крові у двох дітей (4%). Проте рівень гіперпролактинемії перевищував максимальний показник референтних значень лише на 1,5% і 1,7%, що не вимагало скасування або корекції дози препарату при необхідності його подальшого застосування.

Таким чином, аналіз результатів проведеного дослідження показав, що застосування препарату “Домрид” (домперидон) в якості монотерапії функціональних порушень ШКТ у дітей різних вікових груп є високоефективним і безпечним, що обумовлено його високими лікувальними характеристиками, підтвердженими клініко-лабораторними та інструментальними методами досліджень, що дозволяє широко застосовувати даний препарат в педіатричній практиці.

ВПЛИВ ОКРЕМИХ ЧИННИКІВ НА ЦИТОЛОГІЧНИЙ СКЛАД СПОНТАННОГО ТА ІНДУКОВАНОГО МОКРОТИННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ДІТЕЙ

Ортеменка Є.П.

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Значущість ідентифікації характеру місцевого запалення при бронхіальній астмі (БА) визначається неефективністю стандартної базисної терапії в 30-40% випадків, зокрема за нейтрофільного запалення бронхів.

Мета: вивчити вплив окремих чинників на клітинний склад спонтанного та індукованого мокротиння у хворих на БА дітей та визначити кращий метод ідентифікації морфологічного варіанту запалення дихальних шляхів (ДШ). На базі ОДКЛ м. Чернівці обстежено 116 школярів, хворих на БА. У першу (I) клінічну групу увійшли 34 дитини (29,3%) зі спонтанним виділенням мокротиння. Другу (II) групу склали 82 пацієнта (70,7%), у котрих мокротиння індукували шляхом інгаляції серійних гіпертонічних розчинів натрію хлориду (NaCl). Отриманий клітинний осад фарбували за методом

Романовського-Гімзе з визначенням цитологічного складу. Виявлено наступні особливості цитології спонтанного мокротиння: менша життєздатність клітин, нейтрофілоз та зменшення відносної кількості альвеолярних макрофагів. За основними клінічними характеристиками (стать, вік, місце проживання, тяжкість та тривалість захворювання на БА) групи дітей суттєво не відрізнялися, що свідчило про незначущість цих чинників у реалізації відносного нейтрофілозу спонтанного мокротиння. Проте, в I групі симптоми ГРВІ виявлені в $55,9 \pm 8,5\%$ спостережень, а «пасивне тютюнопаління» - в $64,7 \pm 8,2\%$ випадків. А в хворих II групи дані чинники бронхіальної нейтрофілії зареєстровані в $24,4 \pm 4,7\%$ ($P < 0,01$) та в $41,5 \pm 5,4\%$ ($P < 0,02$) спостережень відповідно. Таким чином, цитологічний аналіз індукованого гіпертонічними розчинами NaCl мокротиння слід визнати якіснішим для ідентифікації характеру запальної відповіді ДШ.

СИНДРОМ ДИ ДЖОРДЖИ (ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ)

Островский И.М., Резников А.В., Заплаткина А.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Синдром Ди Джорджи (велокардиофациальный синдром, синдром делеции 22q11.2-хромосомы) – изолированный Т-клеточный иммунодефицит. У больных наблюдается триада ведущих клинических проявлений: аплазия или гипоплазия тимуса, параситовидных желез и врожденный порок сердца [1, 2, 3].

В основе синдрома Ди Джорджи лежит порок развития третьего и четвертого глоточных карманов, возникающий между 6-й и 10-й неделями гестации и реализующийся в отсутствие или дисгенезии параситовидных желез и тимуса. При вовлечении первого и второго жаберных карманов развиваются пороки лицевых структур, а при вовлечении пятого кармана - различные врожденные пороки сердца с частым поражением дуги аорты. Болеют как мальчики, так и девочки, делеции в области 22q11.2-хромосомы встречаются с частотой 1:3000 – 1:6000 [1].

У пациентов с синдромом Ди Джорджи реакции клеточного иммунитета не определяются, при этом дети сохраняют способность к выработке специфических антител на очень низком уровне. Пациенты обладают сопротивляемостью к бактериальным инфекциям, но вирусные инфекции, такие как корь, ветряная оспа и т.