

**Материалы и методы.** Обследовано 127 пациентов в возрасте от 5 до 12 лет с диагностированной ХГДП. Помимо сбора анамнеза, проводились следующие процедуры: эзофагогастродуоденоскопия, рН-метрия, а также стандартный комплекс лабораторных анализов (общий анализ крови, мочи, копрограмма).

**Результаты и их обсуждение.** В результате проведённого обследования было установлено, что ведущими клиническими проявлениями ХГДП у детей являлись: диспептический синдром (98,4%, 125 из 127 обследованных), признаки вегетативной дисфункции (90,6%, 115 из 127), периодическое возникновение болей в животе (89,8%, 114 из 127), а также наличие объективных симптомов анемии (88,2%, 112 из 127). Среди проявлений вегетативного дисбаланса наиболее частыми были: снижение аппетита (94,8%, 109 из 115), повышенная утомляемость (75,7%, 87 из 115), эпизодическая головная боль (61,7%, 71 из 115). По словам родителей, в период обострения ХГДП, на фоне ОРЗ, отмечали у 59,1% детей (68 из 115) - расстройство сна, что стало причиной обращения к семейному врачу и назначения симптоматической терапии. Также, анализируя расстройства пищеварения, основными жалобами оказались нестабильный стул (93,6%, 117 из 125), что изначально привело к постановке диагноза функциональных расстройств ЖКТ у 21,6% детей (27 из 125); однако дальнейшие лабораторные тесты подтвердили наличие ХГДП. Дополнительно у детей с диспептическим синдромом выявлялись такие симптомы, как тошнота (52,8%, 66 из 125), отрыжка (45,6%, 57 из 125) и чувство тяжести в подложечной области, связанное с приёмом пищи (39,2%, 49 из 125). Как показало исследование, интенсивность клинических проявлений ХГДП увеличивалась с возрастом пациента и имела прямую зависимость от формы заболевания: более ярко выраженная симптоматика наблюдалась при хроническом гастрите, тогда как при язвенной болезни она была менее заметной, хотя с возрастом эта тенденция менялась.

**Выводы.** Для детей с обострением ХГДП, на фоне ОРЗ, были характерны диспептические нарушения (98,4%), сопровождаемые вегетативной дисфункцией (90,6%) и клиническим проявлением анемии (88,2%). Учитывая это, все пациенты с подозрением на анемию должны быть направлены на консультацию к детскому гастроэнтерологу с обязательным исключением хеликобактерной инфекции.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАКТЕРИОФАГ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛИТЕ У ДЕТЕЙ**

**Турдиева Ш.Т., Насирова Г.Р.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Республика Узбекистан, Ташкент**

**Актуальность.** Проблема эффективного лечения острого тонзиллита у детей в амбулаторно-поликлинических условиях была и остаётся одним из актуальных направлений современной педиатрии, и данный вопрос связан с высоким распространением острого тонзиллита среди детей дошкольного и раннего школьного возраста (Куравлёв Г.Д., с соавтор. 2018). В нашей Республике ведутся несколько научно-практических работ в этом направлении, но, несмотря на это отсутствуют клинические разработки для первичного звена здравоохранения с учётом современных требований.

**Цель.** Изучить эффективность использования бактериофага у детей с острым тонзиллитом.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в амбулаторных условиях среди 128 детей в возрасте от 3 до 14 лет с острым тонзиллитом. Всем обследуемым детям

проводили общеклинические исследования, фарингоскопию, исследование клеточного иммунитета. Комплексное консервативное лечение проводилось с использованием жидкого комплексного пиобактериофага (Pyobacteriophage complex liquid - PCL).

**Результаты и их обсуждение.** Как показали наши исследования, в поликлинических условиях катаральная форма острого тонзиллита диагностирована у 65,63% (n=84) детей, фолликулярная – 22,66% (n=29), лакунарная – 11,72% (n=15) детей, что указывает на преобладание катаральной формы острого тонзиллита среди амбулаторных пациентов.

При клиническом исследовании отмечали начало заболевания острое (высокое повышение температуры тела до 38,5% у всех пациентов), с астеновегетативными проявлениями патологии (головные боли - 86,8%, нарушение сна – 82,4%, снижение аппетита – 73,9%). При клинико-лабораторном исследовании отмечали выраженный лейкоцитоз с нейтрофилёзом, на фоне ускорения СОЭ. Отмечено снижение Т-хелперов по отношению к нижнему показателю нормы до 20,0%, Т-киллеров до 33,34%, соотношении CD4/CD8 - 1,5. CD4+ в среднем составлял  $30,89 \pm 3,11\%$ , а CD8+ составлял -  $21,94 \pm 1,88\%$ , ( $p \leq 0,05$ ).

При бак.посеве основными возбудителями заболевания являлись *Staphylococcus aureus* (42,2%) *Streptococcus pneumoniae* (32,0%), *Haemophilus influenzae* (24,2%), *Haemophilus parainfluenzae* (18,8%), *Streptococcus anginosus* (10,9%), которые чаще встречались в виде совместной колонизации. Пациентам на фоне стандартного лечения, применяли PCL, с первых дней заболевания по 5 мл перорально.

На фоне лечения отмечали. снижение отёчности в миндалинах уже к 2-3 суткам лечения, снижения общие интоксикационные признаки. В крови уровень лейкоцитов у 108 (84,4%) пациентов нормализовался к 3 суткам, у остальных - к 4-5 суткам от начала лечения, на 14 сутки – показатели CD4+ и CD8+ приближались к показателям нормы.

**Выводы.** Применение бактериофаговой иммунотерапии в консервативном лечении острого тонзиллита у детей способствует быстрейшему купированию острого периода заболевания и нормализации иммунного ответа.

## ЛОРАТАДИН – ЭФФЕКТИВНОЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩИМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

Улугов А.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Республика Узбекистан, Ташкент

**Актуальность.** Аллергические заболевания, в частности, аллергический ринит относятся к числу наиболее распространенных патологических состояний у детей. Увеличение аллергизации населения и рост числа аллергических заболеваний связывают с загрязнением окружающей среды и агрессивным действием многих аллергенов и поллютантов, изменением образа жизни людей, наследственной склонностью к заболеванию. Аллергический ринит является одной из нерешенных проблем современной клинической аллергологии и педиатрии, что обусловлено его широким распространением, частыми обострениями и склонностью к осложнениям. Согласно данным официальной статистики около 30% детей, которые болеют аллергическим ринитом, позднее заболевают бронхиальной астмой.