

У подавляющего числа пациентов отмечался субфебрилитет длительностью до 7 дней (35 детей, 48,7 %). Длительный субфебрилитет наиболее часто отмечался при хламидийной инфекции дыхательных путей.

У больных с хламидийной пневмонией отмечался выраженный лейкоцитоз до  $20 \times 10^9/\text{л}$ , повышение СОЭ до 25–45 мм/час. В подавляющем большинстве случаев при хламидийной инфекции сохранялся умеренный лейкоцитоз, тенденция к эозинофилии.

Исследования периферической крови у больных с микоплазменной инфекцией в остром периоде заболевания выявили умеренно выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускорение СОЭ до 20–30 мм/час.

### **Заключение**

Особенности возбудителя, поздняя диагностика, повторные нерациональные курсы антибактериальной терапии, состояние иммунной системы во многом определяют течение хламидийной и микоплазменной инфекций у детей разного возраста.

Хламидийные и микоплазменные инфекции достаточно широко распространены, а последствия для будущего здоровья детей не всегда адекватно оцениваются. В связи с этим представляется актуальным дальнейшее изучение особенностей этой патологии.

Знание клиники хламидийно-микоплазменной инфекции позволит своевременно провести комплекс лабораторных исследований с целью верификации диагноза, назначения специфического этиотропного лечения для предупреждения формирования хронической бронхолегочной патологии.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / под ред. Г. А. Самсыгиной. — М.: Пульс, 2013. — 260 с.
2. Лобзин, Ю. В. Хламидийные инфекции. Диагностика, клиника, лечение, реабилитация: руководство для врачей / Ю. В. Лобзин, А. Л. Поздняк, С. Н. Сидорчук. — СПб.: Фолиант, 2019. — 488 с.
3. Савенкова, М. С. Микоплазмоз у детей: решенные и нерешенные вопросы / М. С. Савенкова. — Вопросы современной педиатрии. — 2001. — Т. 1., № 5. — С. 38–46.
4. Аверьянов, А. В. Хламидийная и микоплазменная инфекция при патологии нижних дыхательных путей / А. В. Аверьянов. — Лечебное дело. — 2009. — № 4. — С. 52–61.

УДК [616.98:579.835.12]:616.31-053.2/.6(476.2)

## **ХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Лозовик С. К.<sup>1</sup>, Баранчук С. А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

На современном этапе развития гастроэнтерологии продолжается интенсивный поиск этиологических причин возникновения и рецидивирования хронической гастродуоденальной патологии. Очень часто инфицирование *Helicobacter pylori* (Hр) происходит в детстве. Хронический гастрит со временем развивается практически у всех лиц, у которых имеется постоянная колонизация желудка Hр, но при этом 80–90 % пациентов никогда не имеют характерных признаков заболевания. Роль Hр в этиологии язвенной болезни у детей остается спорной [1].

У детей ассоциация гастродуоденальной патологии с хеликобактерной инфекцией при хронических гастритах колеблется от 60 до 70 %, при хронических гастродуоденитах — от 70 до 80 %, при эрозивном гастрите, гастродуодените, язвенной болезни — от 95 до 100 % [2]. У детей, в отличие от взрослых, инфицирование *Нр* намного реже сопровождается изъязвлением слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным крупного европейского многоцентрового исследования язвенная болезнь была диагностирована менее чем у 5 % детей до 12 лет и у 10 % подростков с *Нр*-инфекцией [3].

### **Цель**

Изучить ассоциацию хеликобактерной инфекции с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта у детей с гастродуоденальной патологией в Гомельской области.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ «Медицинских карт стационарного пациента» (форма №003/у-07) несовершеннолетних пациентов, находившихся на стационарном лечении в У «ГОДКБ» в период 2014–2019 гг. (случайная выборка). Учитывались клинико-анамнестические данные, результаты эзофагогастродуоденоскопии и морфологического исследования биоптатов слизистой двенадцатиперстной кишки у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Исследуемая группа — 347 детей в возрасте от 5 до 17 лет: 196 (56,5 %) мальчиков и 151 (43,5 %) девочка. Проживают в г. Гомеле — 254 (73,2 %), в районах Гомельской области — 93 (26,8 %). Отягощенный по гастропатологии наследственный анамнез выявлен у 195 (56,2 %) пациентов.

В клинике гастродуоденальной патологии болевой абдоминальный синдром имел место у 312 (89,9 %) пациентов исследуемой группы. Диспепсический синдром: тошнота — у 153 (44,1 %), изжога — у 105 (30,3 %), отрыжка — у 61 (17,6 %), рвота — у 36 (10,4 %) человек. Рвота с примесью крови, кал черного цвета — у 1 ребенка с осложненной кровотечением язвенной болезнью.

По данным эндоскопии, язвы (эрозии) двенадцатиперстной кишки («свежие» и рубцы) выявлены у 51 (14,7 %) пациента, язвы желудка — у 4 (1,2 %), двойной локализации — у 1 (0,3 %), эрозии слизистой желудка — у 19 (5,5 %) пациентов. Эндоскопические признаки гастрита описаны у 160 (46,1 %), гастродуоденита — у 144 (41,5 %) детей. Нарушение моторики верхних отделов пищеварительного тракта: гастроэзофагальный рефлюкс (ГЭР) без эзофагита — у 17 (4,9 %), дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) — у 38 (10,9 %), ГЭР+ДГР — у 41 (11,8 %). ГЭР с эрозивным эзофагитом — у 165 (47,6 %), ГЭР с неэрозивным (катаральным) эзофагитом — у 90 (25,9 %) человек.

Биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка выполнена 300 пациентам. По результатам морфологического исследования у 56 (18,7 %) отмечалось нормальное гистологическое строение слизистой, антральный гастрит слабовыраженный выявлен у 170 (56,6 %), умеренно выраженный — у 66 (22,0 %), резко выраженный — у 8 (2,7 %). По степени активности гастрита: неактивный — у 151 (50,3 %); низкой степени — у 41 (13,7 %), средней степени — у 39 (13,0 %), высокой степени — у 13 (4,3 %). Обследование на *Нр* (гистологический метод) проведено у 297 (85,6 %) пациентов. Отрицательный результат выявлен у 161 (54,2 %) ребенка. Положительный результат — у 136 (45,8 %), в том числе: легкая степень обсемененности (*Нр*+) — 78 (57,3 %), средняя (*Нр*++) — 44 (32,4 %), высокая (*Нр*+++ ) — 14 (10,3 %).

### **Выводы**

Таким образом, хронические воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта чаще диагностируются у городских мальчиков. Более чем у половины обследованных пациентов: отягощен наследственный анамнез по гастропатологии; выявлен антральный гастрит слабовыраженный неактивный (*Нр*-). При гистологическом методе обследования на хеликобактерную инфекцию у большинства детей выявлена обсеме-

ненность Нр легкой степени, у трети пациентов — средней степени. В клинике преобладают болевой, абдоминальный и диспепсический синдромы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Майданник, В. Г. Болезни органов пищеварения у детей / В. Г. Майданник. — К.: СП «Интертехнодрук», 2010. — 1157 с.
2. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте: Руководство для врачей / А. В. Сукало, А. А. Козловский. — Минск: Беларуская наука, 2019. — 426 с.
3. Детские болезни: практ. пособие / под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. — Минск: ФУАинформ, 2013. — 896 с.

УДК 616.28-008.14-085.847-053.2

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Лукьяненко Л. Э.<sup>1</sup>, Дмитриева В. А.<sup>1</sup>, Морева Е. В.<sup>1</sup>, Новик А. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»,

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

Одной из актуальных проблем оториноларингологии остается проблема консервативного лечения острой нейросенсорной тугоухости (ОНСТУ), так как эффективность медикаментозной терапии данного заболевания не всегда дает ожидаемый результат, что значительно ухудшает качество жизни пациента. Непосредственной причиной развития и прогрессирования ОНСТУ является нарушение церебральной гемодинамики: артериальная недостаточность и венозный застой в улитке, приводящие к нарушению доставки и утилизации кислорода, ферментов и других веществ, необходимых для полноценного метаболизма в нейроэпителии внутреннего уха [1].

Одним из эффективных способов немедикаментозной коррекции функционального состояния центральной нервной системы, подкорковых структур головного мозга, вегетативного и гормонального баланса является транскраниальная электростимуляция (ТЭС). С помощью импульсного электрического воздействия данный метод избирательно активирует структуры головного мозга, продуцирующие эндогенные опиоидные пептиды, принимающие участие в регуляции нейро-иммуно-эндокринной системы. Клинические эффекты такого воздействия носят системный характер, основными из которых являются эффективное обезболивание, качественная репарация путем ускорения заживления повреждений различной природы всех видов тканей, нормализация процессов вегетативной регуляции, сосудистого тонуса, артериального давления, стимулирование гуморального и клеточного иммунитета, повышение эффективности других методов лечения, в том числе медикаментозного [2].

При ОНСТУ возможно применение физиотерапевтического лечения с помощью неинвазивной транскраниальной электростимуляции (ТЭС-терапии) с целью улучшения и восстановления слуха, уменьшения субъективного ушного шума [3].

#### *Цель*

Внедрение метода ТЭС-терапии с целью повышения эффективности лечения пациентов с ОНСТУ.

#### *Материал и методы исследования*

На базе ЛОР отделения У «ГОДКБ» в 2019 г. проведено комплексное консервативное лечение с применением ТЭС-терапии у двух пациентов с диагнозом «Впервые возникшая ОНСТУ». Процедура ТЭС-терапии проводилась на аппарате «Радиус-01 Интер