

В клинической картине всех форм хламидийной и микоплазменной инфекции превалировал катаральный синдром в виде мучительного приступообразного малопродуктивного кашля. Обструктивный синдром отмечался у 16 (32 %) детей.

Анализ результатов гемограмм пациентов не выявил специфических изменений, свойственных атипичным инфекциям. Лейкоцитоз ( $>9 \times 10^9/\text{л}$ ) и ускоренная СОЭ более 15 мм/час отмечалась у большей половины пациентов (68 %).

Большинство детей в стационаре получали антибактериальную терапию — 42 (84 %) человека.

Из них комбинированную антибактериальную терапию получал 31 (62 %) пациент: защищенные пенициллины (сультасин, амклав) + макролиды (азитромицин, кларитромицин) — 20 (40 %) пациентов, цефалоспорины 2 и 3 поколения (цефуроксим, цефотаксим) + макролиды — 8 (16 %) детей, защищенные пенициллины + цефалоспорины — 3 (6 %) ребенка.

Монокомпонентную терапию получали 11 (22 %) пациентов: защищенные пенициллины — 6 (12 %) детей, макролиды — 5 (10 %) детей.

Сроки пребывания в стационаре были обусловлены эффективностью лечения и тяжестью течения заболевания: от 1 до 6 суток находились 16 (31 %) пациентов, от 7 до 14 суток — 16 (31 %) детей и более 14 суток — 18 (38 %) пациентов.

#### **Выводы**

Несмотря на сравнительно короткую историю изучения роли «атипичных» возбудителей в патологии дыхательных путей, накопилось достаточно данных, чтобы утверждать, что *S. pneumoniae* и *M. pneumoniae* являются важными этиопатогенетическими факторами развития и прогрессирования наиболее распространенных болезней органов дыхания. Об этом необходимо помнить практическому врачу, когда он принимает решение о выборе антибактериального препарата или сталкивается с клинической ситуацией, где традиционное лечение не приносит ожидаемых результатов. 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.

УДК 616-056.43-07-053.2

### **МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ИХ ИНФОРМАТИВНОСТЬ**

*Чебанова О. Н.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянка**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время одной из наиболее значимых проблем, особенно в педиатрии, являются аллергические заболевания: у детей данная патология по распространенности занимает второе место. При этом отмечаются увеличение частоты тяжелых аллергических реакций и все более раннее начало клинических проявлений. В связи с этим проведение своевременной и квалифицированной диагностики аллергопатологий становится наиболее актуальным.

#### **Цель**

Изучить наиболее часто используемые методы диагностики аллергических заболеваний у детей и их информативность.

### **Материал и методы исследования**

Данное исследование проводилось на базе пульмонологического отделения учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница». В исследование было включено 55 детей: 25 (45,5 %) девочек и 30 (54,5 %) мальчиков с аллергическими заболеваниями. Из них: бронхиальная астма была у 36 (65,5 %) детей: у 17 (30,9 %) девочек и 19 (34,6 %) мальчиков; крапивница и отек Квинке — у 16 (29 %) детей: у 9 (16,3 %) девочек и 7 (12,7 %) мальчиков; атопический дерматит — у 3 (5,5 %) детей: у 1 (1,8 %) девочки и 2 (3,7 %) мальчиков.

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

Согласно медицинской документации наиболее часто аллергическими заболеваниями страдают дети 7–10 лет (19; 34,5 %), в возрасте 11–14 лет частота встречаемости составила 23,6 % (13 детей), в возрасте 4–6 лет — 18,2 % (10 детей), в 15 лет и старше — 16,4 % (9 детей), редко с аллергическими заболеваниями госпитализируются дети раннего возраста (4 (7,3 %) ребенка).

Для диагностики аллергических заболеваний наиболее часто использовали:

Тест Шелли. Метод диагностики специфической сенсибилизации организма, основанный на дегрануляции базофилов после добавления к ним специфического аллергена. Тест Шелли проводился у детей с бронхиальной астмой, крапивницей и отеком Квинке, атопическим дерматитом. Данный тест проведен 18 (32,8 %) детям: 9 (50 %) девочкам и 9 (50 %) мальчикам. Согласно результатам теста, наиболее частыми аллергенами у детей являются: домашняя пыль — у 8 (44,4 %) детей, шерсть кошки — у 6 (33,3 %) детей, шерсть собаки — у 5 (27,8 %) детей, апельсин — у 5 (27,8 %) детей, мандарин — у 4 (22,2 %) детей, перо подушки — у 5 (27,8 %) детей, говядина — у 3 (16,7 %) детей. Положительный тест Шелли на 1 аллерген выявлен у 2 детей: на домашнюю пыль в возрасте 10 и на апельсин в возрасте 14 лет; на 2 аллергена — у 3 детей: на апельсин, мандарин в возрасте 8 и 12 лет; на 3 аллергена — у 2 детей: на домашнюю пыль, шерсть кошки, говядину в возрасте 12 и 15 лет; на 4 аллергена — у 3 детей: на домашнюю пыль, шерсть кошки, шерсть собаки, перо подушки в возрасте от 2 до 5 лет; на 5 аллергенов — у 2 детей: на домашнюю пыль, шерсть собаки, апельсин, мандарин, перо подушки в возрасте 15 и 17 лет. Отрицательный тест по всем аллергенам получен у 1 мальчика 5 лет с бронхиальной астмой.

Скарификационные тесты. Традиционным методом диагностики аллергии является метод постановки аллергологических проб. Кожные пробы ставят на внутренней поверхности предплечий. Если на месте нанесения аллергена возникает припухлость или покраснение, то проба считается положительной. За время одного исследования возможна оценка 15–20 проб. Скарификационные тесты проведены 25 (57,9 %) детям: 15 (60 %) девочкам и 18 (40 %) мальчикам. Положительные результаты скарификационных тестов на домашнюю пыль получены у 23 (53,3 %) детей, на шерсть собаки — у 12 (27,7 %) детей, на шерсть кошки — у 15 (34,7 %) детей, на клещ — у 9 (16,2 %) детей. Положительные скарификационные тесты на 1 аллерген выявлены у 2 детей (клещ) в возрасте 5–6 лет; на 2 аллергена — у 16 детей (шерсть кошки/собаки, домашняя пыль) в возрасте от 4 до 17 лет; на 3 аллергена — у 3 детей (домашняя пыль, шерсть кошки, клещ) в возрасте 6–15 лет; на 4 аллергена — у 4 детей (шерсть кошки, домашняя пыль, шерсть собаки, клещ) в возрасте 6–10 лет.

Определение общего Ig E. Повышение общего Ig E характерно для аллергических заболеваний и заболеваний, вызывающих сенсибилизацию организма. Метод неспецифический. Общий Ig E определялся 6 (10,9 %) детям. В 100 % получен повышенный уровень Ig E.

Мазок на флору из зева. Детям с бронхиальной астмой проводили мазок на флору из зева — это бактериоскопический метод исследования биологического материала. Лейкоциты обнаружены у 8 (22,2 %) детей.

Мазок на эозинофилы. Детям с бронхиальной астмой проводился мазок на эозинофилы — это исследование слизи из полости носа под микроскопом. Эозинофилы в мазке обнаружены у 19 (52,3 %) детей: 10 (52,6 %) девочек и 9 (47,4 %) мальчиков.

ИФА на *Mycoplasma pneumoniae*. Метод диагностики респираторного микоплазмоза. Проводился 30 (83,3 %) детям с бронхиальной астмой. Результаты: положительные Ig M обнаружены у 11 (36,7 %) детей, положительные Ig M и Ig G — у 4 (13,3 %) детей, положительные Ig G — у 9 (30 %) детей.

ИФА на *Chlamydia pneumoniae*. Метод диагностики респираторного хламидиоза. Проводился 10 (27,8 %) детям с бронхиальной астмой. Результаты: положительные Ig M получены у 6 (60 %) детей, положительные IgM и IgG — у 2 (20 %) детей.

### **Выводы**

С аллергическими заболеваниями наиболее часто госпитализируются дети младшего школьного возраста, преимущественно с бронхиальной астмой. 1/3 детей проведен тест Шелли, половине детей — скарификационные тесты. Основной аллерген по результатам данных тестов — домашняя пыль (в 45 и 53,3 %). К 2 и более аллергенам получено больше положительных результатов при проведении скарификационных тестов (92 %) по сравнению с тестом Шелли (55,6 %). У половины детей с бронхиальной астмой в назальном секрете определяются эозинофилы. Результаты ИФА к атипичным возбудителям у детей с бронхиальной астмой показал высокую инфицированность детей *M. Pneumoniae* (Ig M/ IgM и IgG — 50 %) и *Chlamydia pneumoniae* (Ig M/ IgM и IgG — 80 %), что необходимо учитывать при назначении терапии.

УДК 612.789-053.2:[613.2+616.24-008.4]

## **ВЛИЯНИЕ ВИДА ПИТАНИЯ И ОСОБЕННОСТЕЙ ДЫХАНИЯ НА РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ**

*Шевченко-Байдалова Е. А.*

Научные руководители: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина<sup>1</sup>;  
учитель-дефектолог Л. П. Шевченко<sup>2</sup>

Учреждение образования

<sup>1</sup>«Гомельский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>«Специализированный детский сад № 1 для детей с тяжелыми нарушениями речи»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Одной из часто встречаемых патологий при работе с детьми специалисты называют аномалии строения артикуляционного аппарата и как следствие, нарушения речевого развития детей.

Выравнивание размеров челюстей происходит на первом году жизни, чему способствует естественное вскармливание. При сосании материнской груди ребенок вынужден выдвигать нижнюю челюсть, т. е. лицевые мышцы работают. Если же ребенок сосет из бутылочки, то малыш вместо сосания вынужден быстро проглатывать молоко. В таком случае акт сосания не производится, нижняя челюсть не работает, и ее размеры продолжают отставать в размерах от верхней челюсти. Когда отпадает необходимость сосать молоко и ребенку предлагают есть плотную, а затем твердую пищу, ребенок предпочитает мягкую пищу твердой, жевательный аппарат работает не полностью, кости нижней и верхней челюстей развиваются недостаточно. Как правило, неправильный прикус сочетается с неправильной осанкой, когда голова расположена впереди