

вой и квалифицированной помощи больным с острыми экзогенными отравлениями, недостаточная осведомленность врачей о современных способах выведения яда из организма часто приводит к развитию тяжелых последствий.

В период с 2000 по 2001гг., в отделении АИТ СГДКБ мы наблюдали 203 ребенка с отравлениями. Из них 48% детей приходится на отравления лекарственными препаратами, 24,1% детей ядовитыми растениями (грибы, растения содержащие алкалоиды группы атропина); 23,5% детей - препаратами бытовой химии, 4,4% детей - спиртными напитками.

Помощь при отравлениях проводилась по общепринятым принципам лечения отравлений включающим в себя следующие группы мероприятий: а) мероприятия, направленные на удаление невсосавшегося яда, б) посиндромная терапия.

в) удаление яда, который всосался.

Для сорбционной детоксикации в клинической практике мы применяли энтеросорбент "Полифепан" в дозе 1г/кг внутрь. Примененный у 150 больных с экзогенными отравлениями мы наблюдали у 20% детей исчезновение диспепсического синдрома, тошноты, у 15% детей исчезновение анорексии, уменьшение признаков токсемии, а так же восстановление электролитного состава крови.

Таким образом проведенные исследования свидетельствуют о высокой эффективности энтеросорбента "Полифепана".

## ПРО ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ АНГІНИ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

*Я.В. Хижня (Суми)*

Ангіна є дуже часте захворювання, особливо в дитячому віці. По своїй розповсюдженості вона стоїть на другому місці після гострих катарів верхніх дихальних шляхів.

Метою нашого дослідження було вивчити особливості перебігу ангін у дітей на сучасному етапі.

Було проаналізовано 118 історій хвороб дітей хворих на ангіну. Дівчаток було 48 (41%), хлопчиків - 70 (59%). Діти до 3-х років складали 27,1%, старше 3-х років - 72,9%. Діагноз встановлювався на основі клінічних та бактеріологічних даних. Фолікулярна ангіна була діагностована у 36 (30,5%) дітей, лакунарна ангіна - у 82 (69,5%) дітей.

Хворі діти частіше всього госпіталізувалися до стаціонару на 2-3 день від початку захворювання при фолікулярній ангіні і на 6-7 день при лакунарній ангіні.

Першими проявами хвороби були біль при ковтанні (54,2%), зниження апетиту (34,0%). Реакція лімфоїдної тканини мигдаликів була більш виражена

при лакунарній ангіні. Температура підвищувалась до фебрильних цифр у 91,5% дітей. При бактеріологічному дослідженні при фолікулярній ангіні у 14,6% був виділений *Staf. aureus* і у 14,6% - *Str. pyogenes*, при лакунарній ангіні *Staf. aureus* був виділений у 41,5%, *Str. pyogenes* - 31,7%, *Str. mitis* - 4,9%.

Лейкоцитарний індекс і гематологічний показник інтоксикації чітко реагували на важкість хвороби. При лакунарній ангіні вони були вищі і трималися довше, ніж при фолікулярній ангіні.

Таким чином, ЛІІ та ГПІ можуть застосовуватися практичними лікарями для оцінки ступеня ендогенної інтоксикації при ангінах.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ

*О.В. Маркевич, Аль Бахш Мохаммед (Сумы)*

Само определение пиелонефрита как микробно-воспалительного процесса органов мочевой системы предусматривает непосредственное бактериальное воздействие. Сравнительная характеристика бактериологических данных, полученных при пиелонефрите в клиниках различных регионов мира, свидетельствует о существенном месте кишечной палочки в развитии этого заболевания.

Целью нашей работы было изучение этиологической структуры пиелонефритов в ГДКБ г. Сумы за 2001 год.

Под наблюдением находилось 44 ребенка. Из них 6 (14%) мальчиков и 38 (86%) девочек. У 30 (68%) детей наблюдался острый пиелонефрит и у 14 (32%) - хронический пиелонефрит.

У 8 (18%) детей из мочи была выделена *E. coli*, у 2 (5%) детей - *Str. fecalis*, у 2 (5%) детей - *Klebsiella pneumoniae*, у 2 (5%) *Cor. xerogis*.

У 28 (64%) детей микрофлора из мочи не была выделена. Основной причиной отрицательных результатов было назначение антибактериальных препаратов на амбулаторном этапе наблюдения за ребенком до начала обследования.

Выделенная микрофлора была чувствительна к цефалоспорином 3-й генерации (100%), гентамицину (63%), левомицетину (50%), ампициллину (37%).

Таким образом, на основании полученных данных относительно этиологической характеристики пиелонефрита можно утверждать, что в настоящее время по-прежнему ведущее место принадлежит эшерихиям.