

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

Мета дослідження: визначити вміст свинцю у біосередовищах новонароджених, які перенесли гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС (ГІУ ЦНС) і вивчити його предикторські властивості у формуванні наслідків.

Матеріали і методи. Проведено визначення свинцю у сироватці крові та еритроцитах 30 новонароджених із ГІУ ЦНС. Групу порівняння склали 30 здорових доношених новонароджених (ЗДН). Для визначення вмісту Pb в біосубстратах використовували метод атомно-абсорбційної спектрофотометрії. Статистична обробка результатів досліджень проводилася за допомогою програм "Statistica" і "Excel". Для визначення предикторських властивостей свинцю застосовували неоднорідну процедуру Вальда-Генкіна.

Результати та їх обговорення. При дослідженні концентрації свинцю у сироватці дітей з ГІУ ЦНС з'ясовано, що його рівень на 14-у добу життя перевищував такий у ЗДН у 2,7 рази ($p < 0,05$). Встановлено, що всі новонароджені з гіпоксією на 14-у добу життя мали високий вміст свинцю в еритроцитах, який в 1,9 рази перевищував такий у ЗДН. У доношених з ГІУ ЦНС в першу добу життя концентрація свинцю в сечі була в 1,3 рази менше, ніж у групі порівняння. В кінці 1-го місяця життя концентрація цього МЕ в сечі цих дітей була нижчою на 32,8%. Зазначені порушення можуть призводити до кумуляції даного токсичного елемента, викликати формування різних захворювань і впливати на фізичний і психомоторний розвиток дитини.

Висновок. Прогностична значущість вмісту свинцю була високою. Так, індекс інформативності (\bar{I}) для вмісту свинцю в сироватці крові дорівнював 7,40, а прогностичний коефіцієнт (ПК) становив +15,1. Що стосується прогностичної цінності вмісту свинцю в еритроцитах та сечі, то для них встановлені дуже високі предикторські властивості: $\bar{I} = 7,44$; ПК = +7,0 і $\bar{I} = 13,42$; ПК = + 16,1 відповідно.

ЛІКУВАННЯ ВАСКУЛІТІВ СУДИН ШКІРИ У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ДЕМОНСТРАЦІЯ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Кірда Ірина Іванівна

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Мацюра О.І.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра педіатрії №2*

Актуальність. Впродовж останніх років прослідковується тенденція до зростання захворюваності на васкуліти шкіри серед пацієнтів педіатричного стаціонару. Васкуліти шкіри – група захворювань мультифакторної природи для яких характерним є запалення судинної стінки і підшкірно-жирової клітковини.

Мета. Визначення особливостей клінічного перебігу, діагностики та лікування васкулітів судин шкіри; демонстрація клінічного випадку успішного лікування пацієнтки з гострим вузликовим васкулітом.

Матеріали і методи. Аналіз клінічного випадку та наукової літератури.

Результати. Дівчинка Анастасія, 10 років, поступила зі скаргами на висипання по тілу, субфебрилітет, болі в суглобах при рухах в аксілярній ділянці зліва, загальну слабкість. На момент поступлення спостерігалась багатоморфна ексудативна еритема, а на гомілкях з обох сторін наявні вузлики розміром 2x2 см, щільної консистенції, гарячі на дотик, синювато-бурого кольору.

Пацієнтка перебувала під спостереженням педіатра, алерголога, хірурга, гематолога. Проведено наступні обстеження: загальний аналіз крові; комплексне імунологічне обстеження; біохімічний аналіз крові; рентгенографія органів грудної клітки; проба Манту; антитіла IgG до аскарид, лямблій (*Giardia*); копрограма; УЗД аксілярного вузла.

Діагностовано гострий вузликовий васкуліт.

Проведено лікування: оперативно - дренаж лімфаденіту; цефтракам; буларді; дезінтоксикаційна терапія; антигістамінні препарати I покоління; дипірідамомол 0,5%.

Дівчинка виписана додому на 12 день лікування.

Висновки. Ймовірна причина васкуліту – розвиток лівобічного аксілярного лімфаденіту, що призвів до циркуляції в організмі запального процесу та токсичних змін. Ще в давнину казали, що шкіра – барометр внутрішнього середовища організму і саме тому часто за видимими змінами необхідно шукати істинні причини, заховані дещо глибше. Тому клінічна діагностика гострого вузликового васкуліту та проведення своєчасного лікування є запорукою успіху в боротьбі з даним захворюванням.

АНТИМІКРОБНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ У ДІТЕЙ З ТОНЗИЛОФАРИНГІТОМ

*Клипун В.О., Чупиль Т.О. студ 6 курсу, Гапієнко О.І.**

Науковий керівник: доц. Загородній М.П.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії

**Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Актуальність. Антибіотикотерапія в педіатрії лишається актуальною та складною проблемою. Актуальність цієї проблеми продовжує зростати у зв'язку з поширенням полірезистентності бактерій до антибіотиків. За даними ВООЗ, лише 25–50 % хворих одержують адекватну та раціональну антибактеріальну терапію В опублікованому у кінці 2010 року звіті антимікробної резистентності у країнах Європи (Antimicrobial resistance surveillance in Europe, 2009) відмічено, що в 5 країнах до 50% штамів *S.pneumoniae* нечутливі до пеніциліну та макролідів. Кількість нових антибактеріальних препаратів, що розробляється, з кожним роком зменшується, бо вартість створення кожного такого препарату дуже висока (до 1 млрд доларів).

Тонзилофарингіт- гостре запалення слизової оболонки глотки та небних мигдаликів займає в Україні 3 місце по розповсюдженості в літній період (Матюряєва-Корнийко І.А., 2016)

Мета дослідження - шляхом рецензування медичних карт вибувших із стаціонару встановити резистентність збудників до антибіотиків. Вивчено 34 дітей віком 3-9 років у яких були явища гострого тонзилофарингіту, лікувалися в СОДКЛ і одержували антибіотики різних груп.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що частіше за все з носоглотки обстежених дітей виділялися: *S.pyogenes* (44,1 %), *S.aureus* (28,3 %), та *K.pneumoniae* (9,1 %), *E. Cloacae* (5,8%), *M.morganii* (7,5%).

При цьому відмічено, що виділена мікрофлора мала різну чутливість до антибіотиків. Збудник *S. Aureus* практично не чутливим був до пеніциліну, імipенему, слабочутливий левоміцитину, лінкоміцину.

Збудник *S. Pyogenes* не чутливим до ампіциліну, пеніциліну, цефепіму. Збудник *K. Pneumoniae* не чутливий до ампіциліну, цефепіму, цефазоліну. Виділений у дітей збудник *E. Cloacae* не чутливий до ампіциліну, цефепіму, слабо чутливий до цефазоліну.

Висновок. Таким чином проведене дослідження дозволяє дітям з тонзилофарингітом більш раціонально призначати емпіричну антибактеріальну терапію, перевагу надаючи амоксициліну та захищеним клавулановою кислотою пеніцилінам, і лише потім можна використовувати цефалоспорины чи макроліди.

ОСНОВНІ СОМАТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ ТА ОЦІНКА ЇХ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Клюс Т.О., Копач М.І., Кім Ю.С.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Пакулова-Троцька Ю.В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра педіатрії №1*

Актуальність. Із 127000 дітей з інвалідністю в Україні – 27000 мають дитячий церебральний параліч (ДЦП) . Поширеність ДЦП - 25-27 на 10000 дитячого населення. За