

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДИТЯЧИХ ХВОРОБ

Матеріали VII Всеукраїнської студентської
науково-практичної конференції
(20 квітня 2018 року, Київ)

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the VII Congress of Pediatrics of Ukraine
(April, 25th, 2018, Kiev)

МОТОРНА ФУНКЦІЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ДІТЕЙ З РЕАКТИВНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Костур К.П., Криванич Н.В.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Горленко О.М.

Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра дитячих хвороб з дитячими інфекціям

(зав. каф.: д. мед. н., проф. Горленко О.М.)

м. Ужгород, Україна

Вступ. Важливе місце у структурі патології органів травлення займають функціональні захворювання органів шлунково-кишкового тракту. За даними літератури, 65-80% становить дисфункція жовчного міхура, а також на фоні патології органів травлення часто виникає реактивний панкреатит.

Мета роботи. Оцінити стан моторної функції жовчного міхура (ЖМ) у дітей з реактивними змінами підшлункової залози (ПЗ) на фоні функціонального розладу шлунку (ФРШ).

Матеріали і методи. Було проаналізовано 4504 історій хвороб дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні в МДКЛ м. Ужгород (2016 р.), з яких відібрано 86 пацієнтів, у яких на фоні основного захворювання були наявні реактивні зміни ПЗ. Групі з 16 пацієнтів додатково проведено детальнізовану динамічну ультразвукову холецистографію (УЗХГ) з використанням холекінетичного сніданку. Статистичний аналіз здійснено з використанням табличного процесора Microsoft Office Excel 7.0 ($p < 0,05$).

Результати. Середній вік пацієнтів складав $4,69 \pm 0,5$, за гендерною ознакою переважали хлопчики – 54,7%. У 100% випадків госпіталізації попереднім діагнозом був ФРШ. Щодо заключних діагнозів картина наступна: первинний (ідіопатичний) синдром циклічної блювоти – 37,1%, ФРШ – 34,9%, дисфункція жовчного міхура (ДЖМ) – 14%, ГРВІ – 14%. Відмічалися наступні скарги: блювання – у 87,2%, загальна слабкість – 58%, нудота – у 55,8%, больовий синдром – у 52,3%, підвищення температури тіла – 22%. У 73,3% пацієнтів спостерігався підвищений рівень амілази, у 70,9% – ацетонурія. За результатами УЗД було виявлено збільшення розмірів ПЗ у 100% випадків, ЖМ – у 27,9%, печінки у 24,4%, деформований ЖМ спостерігали у 50% дітей.

Окрему вибірку становили 16 досліджуваних осіб для проведення динамічної УЗХГ, з метою оцінки стану та виявлення порушень моторної функції ЖМ. В ході дослідження було виявлено, що у 56,25% дітей об'єм ЖМ натще перевищував вікові норми. У 100% обстежених було виявлено моторні порушення ЖМ: за гіперкінетичним типом – у 75%, за гіпокінетичним – у 25%.

Висновки

1. У всіх обстежених нами дітей з УЗ-ознаками реактивних змін ПЗ на фоні основного захворювання відмічалися порушення моторики ЖМ, з переважанням гіперкінетичного типу.

2. Різні за етіопатогенезом захворювання шлунково-кишкового тракту у дітей, за нашими даними, супроводжуються подібною клінічною картиною, що потребує застосування додаткових методів обстеження для верифікації діагнозу.

ЛАБОРАТОРНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ ПРИ ВЕГЕТОСУДИННІЙ ДИСТОНІЇ

Миколаєнко Ю.О., Поліщук Н.Ю.

Науковий керівник: к. мед. н., доцент Загородній М.П.

Сумський державний університет, Медичний інститут

Кафедра педіатрії

(зав. каф.: д. мед. н., проф. Сміян О.І.)

м. Суми, Україна

Вегетосудинна дистонія (ВСД) – це функціональні зміни тонууса та реактивності судин, обумовлені дисфункцією вегетативно-судинного апарату вроджено-конституційного чи набутого характеру внаслідок дії екзогенних та ендогенних етіологічних факторів (Ривкін А.І. та співавт., 2002; Коренев М.М., 2003). ВСД не є діагнозом, потрібно встановити причину дисфункції вегетативної нервової системи (Супрун У., 2018).

Критеріями діагностики ВСД у дітей є анамнестичні дані, клінічні (кардіоваскулярні симптоми, шлунково-кишкові симптоми, симптоми респіраторних порушень, неврологічна симптоматика), параклінічні методи – визначення вегетативного тонууса, вегетативної реактивності, фармакологічні та функціональні (теплові, холодіві) проби, вегетативного забезпечення діяльності. Використовуються реоенцефалографія, електроенцефалографія.

Мета роботи. На основі аналізу літературних даних встановити інформативність лабораторних показників дітей при ВСД.

Результати та їх обговорення. При вивченні клінічного аналізу крові виявлено, що при симпатичній реакції ВСД кількість еритроцитів збільшена, а при парасимпатичній реакції – зменшена. Таке ж явище спостерігається і з мієлоцитами. При симпатичній реакції лімфоцити в

нормі, а при парасимпатичній реакції спостерігається лімфоцитоз. Еозинофіли при симпатичній – норма, а при парасимпатичній реакції – підвищені. При симпатичній реакції ШОЕ підвищена, а при парасимпатичній – сповільнена.

При вивченні біохімічних показників – рівень холестерину при симпатичній реакції нормальний чи знижений, а при парасимпатичній – підвищений. Кальцій крові підвищений при симпатичній реакції та знижений при парасимпатичній. Рівень калію при симпатичній реакції знижений, а при парасимпатичній – підвищений. Коефіцієнт К/Са при симпатичній реакції знижений, а при парасимпатичній – підвищений. Рівень креатину при симпатичній реакції підвищений, а при парасимпатичній знижений.

Висновок. Лабораторні показники крові дозволяють покращити диференційну діагностику синдрому ВСД у дітей.

РЕТРОСПЕКТИВНА ОЦІНКА ВПЛИВУ ТРИВАЛОГО ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ДОЗ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ НА ПОКАЗНИК ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Мислицька Г.О., Босий Р.В.

Науковий керівник: к. мед. н., доцент Ортеменка Є.П.

**Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(зав. каф.: д. мед. н., проф. Колоскова О.К.)**

м. Чернівці, Україна

Результати наукових досліджень щодо впливу застосування інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС) на зріст та масу тіла хворих на бронхіальну астму (БА) різняться, але, в цілому, у більшості вказують на те, що ймовірний системний ефект даної групи препаратів залежить від дози та тривалості їх застосування.

Мета роботи. Ретроспективно оцінити ймовірний вплив тривалого застосування різних доз ІГКС на показники фізичного розвитку школярів, хворих на БА.

Матеріали та методи дослідження. На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 50 хворих на персистуючу БА, які тривало отримували базисну терапію ІГКС. У I клінічну групу ввійшов 21 пацієнт, який тривало отримував низькі або середні дози ІГКС, а II групу порівняння сформували 29 хворих, які тривало застосовували середньо-високі або високі дози ІГКС для контролю БА. Пацієнтам проводили антропометричне дослідження з оцінкою фізичного розвитку центильним методом з урахуванням індекса маси тіла (ІМТ). Оцінку ризику реалізації події проводили з урахуванням величин відносного (ВР), атрибутивного (АР) ризиків та співвідношення шансів (СШ), а також визначення їх 95% довірчих інтервалів (95% ДІ).

Результати дослідження. Актуальний зріст хворих обох груп порівняння на тлі тривалого застосування ІГКС відповідав середнім нормативними показникам відносно віку пацієнтів. Незважаючи на те, що низкорослість (зріст відносно віку <10 перцентилей) двічі частіше (10,3% осіб) відмічалася у дітей II групи відносно I групи порівняння (4,8% випадків), ця відмінність була статистично незначуща ($P > 0,05$). Аналіз показників ступеня вгодованості пацієнтів груп порівняння показав, що, хоча надлишкова маса тіла ($ІМТ > 25 \text{ кг/м}^2$) втричі частіше реєструвалася у пацієнтів II групи (13,8% випадків) відносно I групи порівняння (4,8%; $P > 0,05$), проведений кореляційний аналіз не виявив статистично значущого взаємозв'язку тривалості застосування середньо-високих та високих доз ІГКС з надлишковою вагою (за середнім показником ІМТ) ($r = 0,16$; $P = 0,42$).

Висновки. Не доведено негативного впливу тривалого застосування ІГКС на зріст та масу тіла хворих на БА дітей та підлітків. Показники ризику розвитку надлишкової маси тіла на тлі тривалого застосування середньо-високих/високих доз ІГКС становили: АР=24%, ВР=1,4 (95%ДІ: 0,17-11,97), СШ=3,2 (95%ДІ: 0,33-30,94). При цьому показники ризику виникнення низкорослості на тлі зазначеної базисної терапії астма становили: АР=18%, ВР=1,3 (95%ДІ: 0,15-11,89), СШ=2,3 (95%ДІ: 0,22-23,88).

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ЗА ДАНИМИ ПРОФОГЛЯДІВ

Мотуз М.С., Поліщук А.М.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Чуриліна А.В.

**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра педіатрії №4**

**(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник)
м. Київ, Україна**

Актуальність: Рівень функціонування серцево-судинної системи (ССС) тісно пов'язаний з рівнем функціонування всього організму, тому вона розглядається як універсальний індикатор адаптаційно-приспосувальної діяльності організму в цілому. Серед