

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА КІР ДІТЕЙ М. СУМИ*Корнієнко М. О., лікар, Бинда Т. П., доцент**Сумський державний університет,**Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ*

Кір залишається одною з головних причин смерті серед дітей раннього віку в усьому світі, навіть не дивлячись на наявність ефективної та безпечної вакцини. За оцінкою ВООЗ, у 2013 році від кору померло 145700 - майже 140 випадків за день, або 16 випадків за годину. Більшість із померлих це діти віком до 5-ти років.

Метою роботи було вивчити динаміку захворюваності на кір у м. Суми за 2012–2014 рр.

При аналізі статистичних показників захворюваності на кір за останні 3 роки встановлено, що у 2012 році серед населення України зареєстровано 12 746 (27,95 на 100 тис. нас.) випадків кору. Захворюваність на кір у 2013 році становила 3 309 (7,28 на 100 тис. нас.), що на 74,0 % менше проти 2012 року. У 2014 році спостерігається подальше зниження захворюваності до 2 327 (5,13 на 100 тис. нас.), а саме на 29,7 % проти 2013 року.

Серед дорослого населення у 2012 році зареєстровано 4 815 (12,81 на 100 тис. нас.), у 2013 році – 1 043 (2,78 на 100 тис. нас.), у 2014 році – 720 (1,93 на 100 тис. нас.). Зменшення на 78,3 % у 2013 році проти 2012 року та на 31,0 % у 2014 році проти 2013 року.

У 2012 році дітей до 17 років включно захворіло – 793 (99,10 на 100 тис. нас.), у 2013 році – 2 266 (28,43 на 100 тис. нас.) і у 2014 році – 1 607 (20,11 на 100 тис. нас.). Зменшення на 71,4 % у 2013 році проти 2012 року, та на 29,1 % у 2014 році проти 2013 року.

На противагу цього серед дитячого населення м. Суми у 2012–2013 рр. кір не реєструвався, тоді як у 2014 році зареєстровано 16 хворих дітей (36,5 на 100 тис. нас.), що значно більше, ніж загальноукраїнський показник. Аналіз вікової структури хворих засвідчив найвищий рівень захворюваності серед вікової групи від 1 до 5 років 10 дітей (22,81 на 100 тис. нас.). Серед дітей від 5 до 9 років захворіло 5 дітей (11,4 на 100 тис. нас.), до 1 року захворіла 1 дитина (0,98 на 100 тис. нас.). Серед дітей з 10 до 17 років включно захворювання не діагностувалося.

Отже, на рівні країни за 2012–2014 рр. відзначалась чітка тенденція до зниження захворюваності на кір, як серед дорослого, так і серед дитячого населення. Серед дитячого населення м. Суми спостерігається підвищена захворюваність на кір, особливо серед дітей вікової групи від 1 до 5 років.

ВИЗНАЧЕННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ШКОЛЯРІВ ПРІ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ*Креховецький Н.В., Зуєнко А.О. студенти 5 курсу (ЛС-006)**Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.**Сумський державний університет,**кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Мета роботи - встановити залежність між частотою морфофункціональних відхилень і характером рухового режиму школярів .

У нашому дослідженні перебувало 63 підлітка у віці від 12 до 17 років, які були розділені на 3 групи по 21 людині в кожній в залежності від режиму рухової активності: нормо-, гіпо- і гіпердинамії. Факт гіподинамії встановлювали в тих випадках, коли дитина займалася фізичною культурою тільки в обсязі шкільної програми. Третя група (гіпердинамії) була сформована з юних спортсменів легкоатлетів, що не мають високих спортивних розрядів, другу групу склали школярі, які додатково займалися фізичним навантаженням. Віково-статевий склад порівнюваних груп був ідентичним. При оцінці фізичного розвитку (ФР) встановлено, що в групі дітей, що займаються спортом, переважав гармонійний ФР (81%), тоді як його відхилення було лише в 19% випадків. Максимальна частота порушень ФР (52%) відзначена у школярів, що мали знижену рухову активність ($p < 0,05$). У структурі

дисгармонійного ФР при нормо-і гіподинамії домінував надлишок маси тіла (69,5%), тоді як при гіпердинамії - його дефіцит (75%). Значення індексу маси тіла були максимальні у дітей зі зниженою руховою активністю ($20,0 \pm 0,6$, $p < 0,05$). Гіподинамія супроводжувалася зниженням життєвої ємності легень, середні значення якої склали $2,7 \pm 0,2$ л проти $3,5 \pm 0,2$ л при нормо- і гіпердинамії ($p < 0,05$). Приріст коефіцієнта витривалості після виконання проби з фізичним навантаженням склав 48,6%, 41,1% і 31,8% відповідно в групах школярів зі зниженою, нормальною і високою руховою активністю. Отже, систематичні заняття спортом сприяли більш економічному режиму функціонування серцево-судинної системи. При оцінці параметрів варіаційної пульсографії з активною ортостатичною пробою встановлено, що практично кожна 4-а дитина (23,8%) з гіподинамією мала зниження вегетативної реактивності, тоді як в групах дітей з нормальним або високим рівнем рухової активності цей показник склав лише 4,8% ($p < 0,05$). Систематичне заняття спортом супроводжувалося зменшенням частоти виявлення ознак вираженої вегетативної дисфункції: 8,9%, 14,4%, 25,7% ($p < 0,05$) відповідно в групах школярів з гіпер-, нормо- і гіподинамією. Аналогічна динаміка відмічена і у відношенні поширеності розладів в емоційній сфері: 10,8%, 18,5%, 38,3% ($p < 0,05$).

Таким чином, гіподинамія асоціюється з високою частотою відхилень фізичного розвитку, зниженням функціональних резервів дихальної та серцево-судинної системи, появою ознак вираженої вегетативної дисфункції та розладів в емоційній сфері. Регулярні фізичні навантаження, що сприяють збільшенню обсягу рухової активності, супроводжуються гармонізацією фізичного розвитку, а також поліпшенням адаптивного резерву організму школяра.

ВПЛИВ БРОНХОЛІТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА КАРДІОГЕМОДИНАМІКУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Креховецький Н.В., студент 5 курсу (ЛС-006)

Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.

Сумський державний університет,

кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Бронхіальна астма (БА) продовжує залишатися однією з найскладніших проблем сучасної педіатрії. Актуальність і соціальна значимість проблеми БА у дітей визначається значною поширеністю цього захворювання. При загостренні БА використовуються бронхолітичні препарати: β_2 -адреноміметики, антихолінергічні препарати, комбіновані препарати, що містять інгаляційні β_2 -адреноміметики та іпратропіума бромід. Усі вони мають виражену бронходилатуючий ефект, проте в літературі є описи кардіотоксичного впливу цих препаратів.

Мета дослідження: оптимізація купірування нападу задухи у дітей з БА шляхом застосування бронхолітика з мінімальним негативним впливом на кардіогемодинаміку.

Матеріали та методи. Обстежено 44 дитини у віці від 9 до 17 років з діагнозом БА, що надійшли на лікування. Обстеження включало клініко-анамнестичне дослідження, визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС), пікової швидкості видиху (ПШВ), артеріального тиску (АТ), а також кардіогемодинамічних параметрів до інгаляції і через 30 хвилин після її закінчення. Пацієнти були розділені на три групи: I група – діти, які отримують інгаляційну терапію β_2 -адреноміметиком–беротеком ($n = 20$), II група – хворі, що отримували терапію комбінованим препаратом –беродуалом ($n = 14$), III група – діти, яких інгалювали антихолінергічним препаратом –атровентом ($n = 10$).

Результати. При аналізі об'єктивних даних було встановлено, що у пацієнтів усіх груп до і через 30 хвилин після інгаляції відзначалося достовірне збільшення значень ПШВ ($p < 0,05$). Показники АТ і ЧСС значно зросли в групі дітей, які отримали інгаляції беротека, тоді як в III групі відзначалося зниження даних параметрів більш ніж у половини хворих. В ході проведеного ехокардіографічного дослідження виявлено збільшення швидкості кровотоку і показників тиску на легеневій артерії (ЛА) у 90% обстежених після інгаляції беротека; при