

Міністерство освіти та науки України  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
IV Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

**ТОМ 2**

Суми  
Сумський державний університет  
2016

## СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ І ПОШИРЕНІСТЬ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

*Ганін Д.В., студент 5 курсу (ЛС-106)*

*Науковий керівник – проф. Маркевич В.Е.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

У сучасних класифікаціях стани, що виникають в різних системах організму людини, підрозділяють на органічні і функціональні. Органічні зміни пов'язані з пошкодженням структури органу або системи органів, ступінь їх вираженості прояв може коливатися в найширших межах. При функціональних порушеннях зазначених ушкоджень не знаходять, що призвело до сумнівів в тлумаченні сутності даної групи станів. Згідно широко поширеним визначенням функціональні порушення шлунково-кишкового тракту (ШКТ) по D.A.Drossman (1994), вони представляють собою «різноманітну комбінацію гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень». Інтерес на наш погляд представляла поширеність функціональних порушень шлунково-кишкового тракту серед дітей які поступили у відділення СОДКЛ, а також їх види та сприятливі фактори. Проведений нами аналіз даних за 2012-2014 рік показав, що патологія шлунково-кишкового тракту зустрічалася з частотою від 22,7% до 33,5%. З них в середньому близько 48% склали захворювання жовчного міхура, а від 18,3 до 23,7% склали захворювання шлунку і кишечника. Слід зазначити, що число «функціональних» діагнозів при госпіталізації склало в середньому 17% (аліментарний гастрит, синдром ацетонемічного блювання та ін.) від всієї патології шлунково-кишкового тракту. Надалі, при проходженні стаціонарного обстеження у більшості дітей з функціональними змінами виявлялися органічні порушення. При цьому частота підтверджених «функціональних» діагнозів знижувалася до 3%. Таким чином, можливо, що дані про широку поширеність функціональних розладів шлунково-кишкового тракту у дітей є перебільшеними, а в більшості випадків їх наявність обумовлено соматичною патологією.

## ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПАРАКЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ НЕСТРЕПТОКОКОВИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТАХ У ДІТЕЙ

*Горбатюк І. Б.*

*Науковий керівник – д. мед. н. Іванова Л. А.*

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*

З метою вивчення діагностичної цінності показників загального аналізу крові (ЗАК) та результатів імунологічного дослідження крові у дітей з нестрептококовими тонзилофарингітами для оптимізації стартового етіотропного лікування, сформовано першу (I) групу спостереження з 66 пацієнтів із гострим тонзилофарингітом (ГТФ) нестрептококової етіології; другу (II) клінічну групу склали 32 дітей із діагнозом «стрептококовий ГТФ». Стрептокова етіологія захворювання підтверджена позитивним результатом культурального дослідження мазку із зіву на стрептокок. Всім дітям окрім загальноклінічного дослідження проведено визначення вмісту в сироватці крові ІЛ6 та ІЛ8. При оцінці результатів ЗАК вдалося встановити вірогідну різницю лише за кількістю еритроцитів: I група –  $4,2 \pm 0,1 \cdot 10^{12}/л$ , II група –  $3,9 \pm 0,1 \cdot 10^{12}/л$  ( $P < 0,05$ ); та рівнем гемоглобіну в крові: I група –  $129,7 \pm 1,8$  г/л, II група –  $121,8 \pm 2,6$  г/л ( $P < 0,05$ ). Було проаналізовано також вміст ІЛ-6 та ІЛ-8 у сироватці хворих. Відмічено, що нестрептококовий чинник ГТФ у дітей збільшує ризик реєстрації нормальної концентрації ІЛ-6 у сироватці крові відносно представників другої групи, зокрема, показник відносного ризику становить 1,4 (95%ДІ 1,0-1,7) при співвідношенні шансів (СШ) 1,8 (95%ДІ 1,0-3,2). Водночас, встановлено, що нестрептококова етіологія ГТФ в дітей асоціювала зі зниженням концентрації ІЛ-8 у сироватці крові (менше 15,0 пг/мл) відносно групи дітей із ГТФ зумовленого БГСА наступним чином: відносний ризик – 1,7 (95%ДІ 1,4-2,0), абсолютний ризик – 0,2, при СШ 2,7 (95%ДІ 1,3-5,0).

Враховуючи неоднорідність показників діагностичної цінності, наведені вище параклінічні тести можуть бути використані лише комплексно із іншими клінічно-параклінічними критеріями діагностики гострого нестрептококового тонзилофарингіту.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

*С.В. Гуріна*

*Науковий керівник – О.І. Сміян*

*Сумський державний університет, медичний інститут*

*Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсом дитячих інфекцій*

Актуальність: гострі бронхіти займають провідне місце в нозологічній структурі гострих інфекційно-запальних захворювань нижніх дихальних шляхів у дітей протягом останніх десятиліть.

Мета роботи: проаналізувати особливості клінічного перебігу гострого обструктивного бронхіту у дітей раннього віку.

Матеріали та методи дослідження: для досягнення поставленої мети нами були проаналізовані 54 історії хвороб дітей віком від 1 міс. до 3 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в Сумській міській дитячій клінічній лікарні протягом 2014-2015 р. Отримані результати були оброблені за допомогою статистичної програми Excel.

Результати дослідження: встановлено, що у більшості хворих дітей при госпіталізації спостерігалися типові клінічні ознаки гострого бронхіту такі як: підвищення температури тіла до субфебрильних цифр – 68 %, катаральні явища – 75 %, в'ялість та слабкість – у 77 %, зниження апетиту – у 71 %; кашель, частіше продуктивний – у 85 % дітей. Постійним симптомом при гострому бронхіті була наявність перкуторно дифузного коробкового відтінку звуку у – 86 %, жорсткого дихання та хрипів з обох боків в різних відділах легень, що змінювались при кашлі у – 88 % дітей. На початку захворювання хрипи були сухі, які з часом переходили в вологі дрібно-, середньо-, великоміхурцеві. За даними клінічного аналізу крові – у 89 % дітей виявлені нейтрофільний лейкоцитоз і збільшення ШОЕ до 17 мм/год. При аналізі рентгенологічного дослідження встановлено, що майже у половини хворих дітей – 51 %, спостерігалися підвищення просвіту легеневих полів, високе стояння куполів діафрагми, а також симетричне посилення легеневого малюнка.

Висновок: основними симптомами гострого бронхіту є прояви інтоксикаційного та бронхообструктивного синдромів, коробковий відтінок перкуторного звуку, жорстке дихання над усіма поверхнями легень, велико-, середньоміхурцеві вологі хрипи при об'єктивному обстеженні, та в клінічному аналізі крові нейтрофільний лейкоцитоз зі збільшенням ШОЕ.

## ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТУПЕНЯ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

*Дейнека К. М., магістрант*

*Науковий керівник – к. мед. н., доцент Бинда Т. П.*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії ПО з курсами пропедевтики педіатрії і дитячих інфекцій*

Гострі деструктивні захворювання легень (ГДЗЛ), як ускладнення негоспітальної пневмонії, є однією з головних причин летальності та інвалідизації дітей різного віку. Різноманітність клінічних проявів, труднощі діагностики та лікування, відсутність єдності поглядів на імуноморфологічну відповідь, спектр гнійної інфекції, що швидко змінюється, з наростаючою частотою асоціацій і грамнегативної флори з антибіотикорезистентністю – усе це загострює проблему й диктує необхідність подальших досліджень у даному напрямку.

Метою роботи було виявити взаємозв'язок особливостей перебігу пневмонії на догоспітальному етапі зі ступенем ендогенної інтоксикації.