

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

зв'язку зі зменшенням об'єму адаптованої суміші (Малютка Premium) до 360 мл на день. Стан здоров'я дітей оцінено за зросто-ваговими показниками, ГРВІ в анамнезі, рівнем гемоглобіну та психомоторним розвитком.

Проведене спостереження відображає стан профілактики рахіту у дітей 1-го року життя – 100% дітей отримує профілактично вітамін ДЗ (84% з водного розчину, 16% – з достатньої кількості вітаміну ДЗ у адаптованих сумішах).

## ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ РОЗВИТКУ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ

*Нікулеску А.С.*

*Асистент Черниш С.Б.*

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

*Кафедра пропедевтики педіатрії*

Актуальність проблеми: Вплив харчової алергії (ХА) на ризик розвитку atopічного дерматиту (АД) у дітей є актуальною проблемою сучасної педіатрії. ХА у дітей раннього віку найчастіше обумовлена алергією до білка коров'ячого молока. Встановлено, що у 80-85% дітей з ХА до трьох років формується алергічна толерантність до білка коров'ячого молока. Проте, у певного відсотка дітей ХА є дебютом АД.

Мета і завдання дослідження: Проаналізувати вплив факторів, які впливають на розвиток АД у дітей.

Матеріали і методи: Нами був проведений порівняльний ретроспективний аналіз факторів ризику розвитку ХА у дітей. Були проаналізовані наступні фактори: термін введення прикорму, дієта з обмеженням потенційно небезпечних продуктів та використання гідролізованої формули у дітей з високим ризиком розвитку atopії, які отримували не тільки грудне молоко.

До основної групи дослідження входило 46 дітей до 5 років з АД. До контрольної групи входило 30 дітей без atopії.

Результати дослідження: Під час даного дослідження був встановлений статистично достовірний протективний ефект використання гідролізованих формул у дітей з високим ризиком розвитку atopічних захворювань, які отримували не тільки грудне молоко.

Висновки: Використання гідролізованих формул та грудне вигодування знижують ризик розвитку АД у дітей.

## ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ АНТИБІОТИКОАСОЦІЙОВАНОЇ ДІАРЕЇ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

*Лікар-інтерн ЗПСМ Нехаєнко І.В.*

*Науковий керівник: д. мед. н., проф. Попов С.В.*

*СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ*

Актуальність: ГРЗ являються однією із найбільш частих патологій в дитячому віці, особливо у дітей до 3 років. Щорічно 4-5 млн дітей в Україні хворіють на ГРЗ з розвитком ускладнень. Одним із ускладнень при лікуванні ГРЗ в умовах застосування антибіотиків є антибіотикоасоційована діарея (ААД). Її частота складає від 20 до 60% у дітей, котрі отримують антибіотик. Розвиток ААД ускладнює течію основного захворювання, це в подальшому погіршує прогноз що до стану здоров'я дитини. Мета: виявлення особливостей виникнення антибіотикоасоційованої діареї у дітей з ГРЗ з метою підвищення ефективності лікування.

Антибіотикоасоційована діарея вважається наявною тоді, коли мають місце 3 або більше епізодів неоформленого стулу протягом 2 або більше днів, що виникли на тлі застосування антибіотиків впродовж до 4-8 тижнів після їх відміни, якщо не виявлена інша причина. Частіше за все (в 70% випадків) ААД розвивається під час лікування, хоча також мають місце 30% випадків, коли ААД розвивається після закінчення лікування. До факторів ризику виникнення ААД відносяться: вік до 2 років, штучне вигодування, високі дози

антибіотиків, використання кількох антибіотиків одночасно, довготривалий курс антибіотикотерапії, імунодефіцитні стани, тривала госпіталізація, хірургічні втручання. Також вагоме значення у розвитку даного стану має група призначеного антибіотика. Так, зокрема, при застосуванні цефалоспоринів II-III покоління ААД виникає у 4-9%, макролідів—2-5%, ампіциліну—5-10%, амоксициліна клавунат—10-25%, лінкозамідів—20-30% випадків. Слід відмітити, що спосіб введення антибіотика для розвитку ААД не має суттєвого значення, оскільки при пероральному застосуванні антибіотик впливає не тільки на мікрофлору кишечника, а й безпосередньо на його слизову оболонку. При парентеральному же введенні антибіотик впливає на мікрофлору кишечника виділяючись зі слиною, жовчю, секретами кишечника.

Таким чином, приведенні літературні дані свідчать про те, що виникнення ААД являється серйозною проблемою педіатрії. Подальші дослідження повинні бути спрямовані на більш детальне вивчення етіопатогенетичних чинників виникнення ААД у дітей.

### **КРИСТАЛОГРАФІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З УРАЖЕННЯМ НИРОК НА ТЛІ АСФІКСІЇ**

*Петрашенко В.О., асистент\*, Богданова Г.В., Гапієнко О.І.\*\**

*\*СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

*\*\* Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Мета дослідження: підвищити ефективність діагностики ураження нирок у недоношених новонароджених з асфіксією шляхом виявлення структурних маркерів за даними дослідження фацій сечі.

Обстежено 100 передчасно народжених малюків з гестаційним віком  $33,5 \pm 0,52$  (27-36) тиж. із ознаками нефропатії на тлі асфіксії: 50 дітей, які перенесли тяжку асфіксію (гестаційний вік  $31,9 \pm 0,68$  (27-35) тиж.), та 50 дітей з помірною асфіксією (гестаційний вік  $35,1 \pm 0,31$  (34-36) тиж.). Групу порівняння склали 20 недоношених дітей (гестаційний вік  $35,7 \pm 0,26$  (35-37) тиж.).

У недоношених новонароджених групи порівняння наявний розподіл краплі на крайову та центральну зони фації. Краплі містили кристалічні включення хрестоподібної форми лише в центральній зоні. На 1-2 добу життя кількість включень складала від 10 до 19 на фацію ( $12,35 \pm 0,62$ ), а їх загальна площа була  $0,74 \pm 0,02\%$ .

У недоношених новонароджених з ураженням нирок на тлі помірної асфіксії на 1-2 добу життя відзначали наявність поділу фації на зони: центральну, перехідну та периферійну. Ширина периферійної зони складала  $11,4 \pm 0,95\%$  від радіусу краплі, ширина перехідної зони була  $17,4 \pm 0,82\%$ .

У недоношених новонароджених, які мали прояви ураження нирок на тлі важкої асфіксії, на 1-2 добу життя фації також можна було поділити на центральну, перехідну та периферійну зони. При цьому ширина периферійної зони ( $16,1 \pm 1,1\%$  від радіусу краплі) майже дорівнювала ширині перехідної ( $16,7 \pm 0,9\%$  від радіусу краплі).

Таким чином, морфологічна картина фацій залежить від гестаційного віку дитини та ступеня тяжкості асфіксії. Аналіз висушених крапель сечі у новонароджених з ураженням нирок на тлі асфіксії може використовуватися в якості одного з критеріїв оцінки функціонального стану нирок та мати прогностичне значення.