

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

КРИСТАЛОГРАФІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ У ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З УРАЖЕННЯМ НИРОК НА ТЛІ АСФІКСІЇ

*Петрашенко В.О., Зайцева К.Д., студ. 5-го курсу,
Мороз Т.Д., Тресницька Ю.В., Атрощенко О.В., Паскарік О.Ю.*
СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

** Обласна дитяча клінічна лікарня*

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

Обстежено 150 доношених новонароджених з гестаційним віком 38-41 тижні і ознаками ураження нирок внаслідок асфіксії: 75 дітей, які перенесли тяжку асфіксію, та 75 дітей з помірною асфіксією. Групу порівняння склали здорових 20 доношених новонароджених (гестаційний вік $39,8 \pm 0,23$ (39-41) тиж.).

При дослідженні сечі здорових доношених новонароджених виявлено схильність до аморфізації фацій (низький вміст кристалів солей) та відсутність розподілу на крайову та центральну зони.

На 1-2 добу життя кількість включень складала від 3 до 25 на фацію ($11,9 \pm 1,75$), а їх загальна площа була $0,81 \pm 0,11\%$. Протягом раннього неонатального періоду суттєвих змін вищезазначених кількісних показників не спостерігали.

У новонароджених з ураженням нирок на тлі асфіксії помірного ступеня виявлений чіткий поділ фації на зони: центральну, перехідну та периферійну. При цьому ширина периферійної зони складала $8,2 \pm 1,15\%$ від радіусу конкреції, ширина перехідної зони була – $11,1 \pm 0,95\%$. Центральна зона мала виражений дрібнозернистий характер.

У новонароджених, які мали прояви порушення функції нирок на тлі важкої асфіксії, фації лише умовно можна було поділити на центральну і периферійну зони. При цьому ширина периферійної зони складала $5,2 \pm 0,57\%$ від радіусу конкреції. Структура центральної зони в більшості випадків зберігала дрібнозернистий характер, але зустрічалися ділянки розриву фацій. Кількість включень при ураженні нирок на тлі важкої асфіксії на 1-2 добу життя складала від 50 до 150 на фацію ($102,17 \pm 8,2$), а їх загальна площа була $6,2 \pm 0,54\%$.

Таким чином, морфологічна картина фацій суттєво змінюється залежно від 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.

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ КРИТЕРІЇ УРАЖЕННЯ ШЛУНКУ У ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ НИРОК

*Прилуцька І.С., студент 5 курсу (ЛС-104)
Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.
Сумський державний університет,
кафедра педіатрії з курсом медичної генетики*

Вступ. Перебіг і результат захворювань нирок у дітей визначається не тільки тяжкістю ураження нирок, а й порушенням діяльності інших органів і систем. В останні роки все частіше обговорюються питання про збільшення частоти патологічних змін слизової оболонки гастроуденальної зони при патології нирок у дітей, що сприяють прогресуванню основного захворювання.

Однак літературні дані в основному стосуються хронічного перебігу захворювання і хронічній нирковій недостатності, тоді як стан гастроуденальної зони при гострому гломерулонефриті у дітей залишається недостатньо вивченим.

Метою нашого дослідження було вивчити стан слизової оболонки шлунку і дванадцятипалої кишки в залежності від клініко-морфологічних форм гломерулонефриту у дітей.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилися 27 дітей з різними клініко-морфологічними формами гломерулонефриту у віці 5-14 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні нефрології СОДКЛ.

У 11 з 27 відзначалася гостра форма гломерулонефриту (ГГН), а у решти 16 - хронічний гломерулонефрит (ХГН).

Поряд зі звичайним клініко-лабораторним дослідженням всім хворим проводилась езофагогастродуоденоскопія.

Результати. Ендоскопія верхніх відділів травного тракту у всіх дітей виявило поєднане ураження шлунку і дванадцятипалої кишки у вигляді гастродуоденіту, однак при ГГН переважали поверхневі катаральні і ерозійні явища, тоді як при ХГН - ерозійні та катаральні явища спостерігалися на тлі атрофії або субатрофії слизової оболонки.

Висновок. Таким чином, нами виявлено певний взаємозв'язок між характером патологічних змін слизової гастродуоденальної зони і різними клініко-морфологічними формами перебігу гломерулонефриту у дітей.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ТИМОМЕГАЛІЄЮ

Товстенко Н. В. – магістр кафедри сімейної та соціальної медицини, Рибалко Л.В. – студентка 6-го курсу, Плахута В.А. – асистент кафедри педіатрії ПО

Науковий керівник – проф., д.м.н. Сміян О.І.

СумДУ, кафедра педіатрії ПО з курсами ПП та ДІ

Метою нашої роботи було вивчення клінічних особливостей перебігу НП у дітей раннього віку з ТМ.

Для досягнення поставленої цілі нами було обстежено 42 пацієнта віком до 3х років, які перебували на лікуванні в інфекційному відділенні № 1 КУ "Сумська Дитяча Клінічна Лікарня Св. Зінаїди".

У ході роботи було встановлено, що діти раннього віку потрапляли до лікувального закладу в середньому на 4 добу від початку захворювання. При госпіталізації хворі мали прояви риніту, назофарингіту, кон'юнктивіту та трахеїту.

Клінічна картина НП з тимомегалією характеризувалась субфебрильною температурою у 31 (74,47%) дитини, малопродуктивним кашлем – у 20 (48,94%) пацієнтів, а у 4 (9,42%) обстежених супроводжувалася нежиттю, задишкою - у 19 (45,0%) хворих, в'ялістю, слабкістю – у 8 (19,92%) дітей, зниженням апетиту в 7 (17,40%) випадках. При об'єктивному обстеженні пацієнтів, під час перкусії виявлено притуплення легеневого звуку для ділянками ураження – у 19 (45,70 %) дітей; аускультативно – жорстке дихання у 41 (97,35 %) хворого та сухі свистячі розсіяні хрипи у 16 (39,07 %) обстежених, різнокаліберні вологі хрипи – у 29 (68,87 %) випадків, участь допоміжної мускулатури в диханні визначалась у 5 (11,92 %), а прояви дихальної недостатності визначалися у 40 (95,78%) хворих дітей 0-I ступеню.

Таким чином, НП на фоні тимомегалії у дітей раннього віку дебютує з симптомами риніту, трахеїту та перебігає на фоні субфебрильної температури. А також характеризується малопродуктивним вологим або сухим кашлем, нежиттю, задишкою, слабкістю, зниженням апетиту. При обстеженні перкуторно над легеневим полем визначається притуплення звуку над ділянками ураження, аускультативно – жорстке дихання з хрипами.