

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

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ВІННИЦЬКОМУ ОБЛАСНОМУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ БУДИНКУ ДИТИНИ

Н.О. Ситник, І.І. Андрієвський

Л.Д. Коцур, к.м.н., доцент

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Актуальність: Серед причин інвалідності дітей, за останніми даними, вроджені вади розвитку займають перше місце. На сьогодні точні дані про захворюваність і поширеність вроджених вад центральної нервової системи (ЦНС) в Україні відсутні. За даними ВООЗ (2004) у світі щорічно народжується 4-5 % дітей з вродженими вадами розвитку (ВВР), серед яких 25-30 % - із вадами розвитку ЦНС. За цих умов особливої актуальності набуває вивчення методів реабілітації таких хворих.

Мета: Вивчення структури вроджених вад розвитку ЦНС у дітей та методів їх реабілітації в умовах стаціонару Вінницького обласного спеціалізованого будинку дитини.

Матеріали та методи: На базі ВОСБД нами було оглянуто 15 дітей-інвалідів віком від 2 до 9 років з вадами розвитку ЦНС (4 дівчинки і 11 хлопчиків). Нами було проаналізовано карти стаціонарного хворого та листи призначення дітей-інвалідів з методами реабілітації.

Результати: В структурі захворюваності обстежених дітей-інвалідів переважають вади розвитку ЦНС, а саме мікроцефалія - 40 % (6 хворих), гідроцефалія – 26,7% (4 хворих), агенезія мозолистого тіла з полімікрогірією – 20% (3 хворих). За останні роки спостерігається тенденція до зростання дитячої інвалідності (в 2013 р – 23 хворих, 2014 – 25, 2015 – 31 дитина). Комплекс медико-фізичної реабілітації включає в себе всі види масажу, лікувальну фізичну культуру та кондуктивну педагогіку, логопедичну корекцію, фізіотерапевтичні процедури, а також симптоматичну медикаментозну терапію.

Висновки: Вроджені вади розвитку нервової системи не підлягають хірургічній корекції та медикаментозній терапії і тому є причиною інвалідності дитини. Поширеність вроджених аномалій серед дітей регіону за останні роки має тенденцію до збільшення. Медико-фізичні заходи забезпечують дітям новий функціональний стан в організмі, що проявляється в нормалізації м'язового тону, у відновленні симетрії тіла, рухів кінцівок і відкриває можливості для моторного, психо-соціального і мовного розвитку дитини.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ДІТЕЙ З АЛЕРГІЄЮ ДО БІЛКА КОРОВ'ЯЧОГО МОЛОКА

Н.О.Ситник, Л.Д. Коцур, к.мед.н., доцент

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність: Проблема алергічних захворювань у дітей протягом останніх десятиліть набула масштабів глобальної медико-соціальної проблеми. Харчова алергія у дітей раннього віку переважно представлена реакціями на один або декілька білків коров'ячого молока (БКМ).

Мета: Виявлення клінічних проявів алергії до білка коров'ячого молока у дітей першого року життя та ефективність елімінаційної дієтотерапії.

Матеріали та методи: Нами обстежено 22 дитини віком від 1 міс. до року. Всі діти мали легкий та середній ступінь перебігу атопічного дерматиту. На грудному вигодовуванні було 11 дітей (група №1) і протягом одного місяця матері цих дітей знаходились на елімінаційній дієті; 11 дітям (група №2), що знаходились на штучному вигодовуванні, була призначена на 1 міс. гіпоалергенна суміш з глибоким гідролізом білка.

Результати: За клініко-анамнестичними даними всі діти народились доношеними, більшість з них (91%) були прикладені до грудей матері в першу годину життя. У 90,5% дітей обтяжений спадковий алергологічний анамнез. У всіх дітей з місячного віку відмічались шкірні прояви алергії, крім того у чотирьох були гастроінтестинальні симптоми. У 71% дітей специфічний IgE до БКМ значно вищий вікової норми. Діти отримували в якості

лікувальної суміші кисломолочну або гіпоалергенну з частковим гідролізом білка, із раціону матері не виключались молоко та молочні продукти. На тлі призначеної елімінаційної дієти для матерів дітей 1 групи, суміші з глибоким гідролізом білка для дітей групи №2 після 10 днів лікування відмічалась позитивна динаміка шкірних та шлунково-кишкових симптомів. Висновки: Харчова алергія у дітей раннього віку найчастіше виникає у відповідь на вживання БКМ. Дітям грудного віку із обтяженою алергологічною спадковістю слід рекомендувати грудне вигодовування з обмеженням в раціоні матері БКМ. При змішаному або штучному вигодовуванні немовлятам показані гіпоалергенні суміші на основі гідролізату білка.

ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Н.О. Ситник, Т.Л. Процюк (д.мед.н., доц.)

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра педіатрії №1*

Актуальність: Бронхіальна астма - глобальна проблема сучасної цивілізації. Дефіцит вітаміну D3 – фактор, що може впливати на тяжкість перебігу цього захворювання.

Мета: Встановити вплив рівня вітаміну D сироватки крові на перебіг БА у поєднанні із метаболічним синдромом(МС).

Матеріали та методи: У дослідженні взяли участь 46 пацієнтів хворих на БА. З них 32 пацієнта з діагнозом БА у поєднанні із МС, 14 пацієнтів з БА без МС. Група контролю становила 24 особи. Тяжкість БА, фенотип, ступінь контролю оцінювалися за критеріями GINA 2011.

Результати: Інтермітуюча БА була діагностована у 13% пацієнтів, легкого ступеня тяжкості – 39%, середнього ступеня тяжкості – 39%, тяжка БА – 9%. За фенотипом 39% пацієнтів мали алергічну БА, 26% - змішану, 35% - не алергічну. У групі пацієнтів з БА у поєднанні із МС і БА без МС було виявлено 32% пацієнтів з дефіцитом вітаміну D, 42% з недостатністю вітаміну D і в 26% випадків з достатнім вмістом вітаміну D. В групі контролю – 33% пацієнтів з дефіцитом вітаміну D, 9% с недостатністю, 58% з достатнім вмістом вітаміну D. При інтермітуючій БА рівень вітаміну D становив $20,15 \pm 4,07$ нг/мл, при легкому ступені тяжкості БА – $19,30 \pm 6,29$ нг/мл; середнього ступеня тяжкості БА – $15,5 \pm 3,8$ нг/мл; тяжкій БА - $14,89 \pm 6,55$ нг/мл. У групі БА у поєднанні із МС і БА без МС рівень вітаміну D був достовірно знижений у пацієнтів з неконтрольованою БА. Нами було встановлено, що у пацієнтів з дефіцитом вітаміну D неконтрольована БА діагностувалась в 4 рази частіше. При дослідженні у контрольній групі пацієнтів середній показник концентрації вітаміну D був достовірно вище, ніж у групах БА у поєднанні із МС і БА без МС. У групі пацієнтів з рівнем вітаміну D нижче 20 нг/мл, ІМТ був достовірно вище, ніж в групі пацієнтів з рівнем вітаміну D вище 20 нг/мл.

Висновки: Рівень вітаміну D статистично значимо залежить від коморбідності стану, а його дефіцит може виступати одним із факторів ризику розвитку БА і МС, а також впливати на тяжкість перебігу БА та МС.

КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУ РОЗВИТКУ ДІТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦНС

Тарасова І.В., Касян С.М., Свириденко Л.Ю.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Метою нашої роботи було розробити прогноз розвитку дитячого церебрального паралічу у дітей, які перенесли гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС.

Серед багатьох методів оцінки значущості основних факторів ризику виникнення ДЦП обрано статистичний метод прогнозування Вальда-Генкіна. Для оцінки факторів ризику розвитку ДЦП було визначено перспективність використання алгоритму розпізнавання