

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

предиктора маси тіла, зросту та окружності голови при народженні. Концентрація свинцю 10-15 мкг/дл можуть викликати несприятливі результати розвитку плода. Було відмічено, що відкладення свинцю в плаценті відображають дію цього металу під час вагітності. Кількість свинцю, що накопичується в плаценті і передається до плода залежить від свинцевого навантаження на організм матері. Після Чорнобильської катастрофи, в більшості регіонів України рівень свинцю значно підвищився.

Плацента є тонким захисним бар'єром для плода. Середній вміст свинцю в крові вагітних жінок 0,09-0,18 мкг/дл, а в пуповинній крові - 0,12-0,22 мкг/дл. Низька бар'єрна функція плаценти, щодо свинця, пояснюється пасивною дифузією цього металу до плода. Токсична дія металу, у малюків раннього віку, проявляється гіперактивністю, анемією, уповільненням росту, зниженням інтелектуальних здібностей.

Виходячи з вищезазначеного, сучасною актуальною проблемою є дослідження токсичного впливу свинцю в системі мати-плацента-плід. Важливим є вивчення ролі свинцю як одного з токсичних факторів, що сприяє невиношуванню вагітності.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ

*Попов С.В., Романова Т. А.**

Сумский государственный университет, кафедра педиатрии ПО

**Белгородский Государственный Университет*

Вегетативная дисфункция является одним из наиболее частых патологических состояний детей школьного возраста. Отдельные ее формы могут быть связаны с изменением функционального уровня сердца. Диагностика особенностей последнего может являться важным фактором успешной терапии основного заболевания. Допплерэхокардиография является одним из главных методов оценки функции сердечно-сосудистой системы. Целью работы было изучение особенностей внутрисердечной гемодинамики у детей с вегетососудистой дистонией.

Было обследовано 65 детей школьного возраста с помощью доплерэхокардиографии по стандартным методикам. Исследование проводилось в условиях нахождения пациентов в стационаре. Определялись и рассчитывались основные показатели размеров камер, скоростные параметры на уровне клапанов, систолической и диастолической функции сердца.

Было выделено несколько типов отклонений в состоянии внутрисердечных параметров гемодинамики. Наиболее часто встречались отклонения в виде повышения скорости на уровне клапанов. Реже определялись признаки дисплазии в виде выявления аномально расположенных хорд или трабекул, пролапса митрального клапана 1 степени, изменений диаметра аорты. Сократительная способность миокарда находилась в пределах нормы. В то же время регистрировались отдельные эпизоды отклонения в диастолической функции.

Таким образом, для детей с вегетососудистой дистонией было характерным наличие изменений внутрисердечной гемодинамики, которые характеризовались гиперкинетическим синдромом и признаками дисплазии.

ИСХОДЫ ВЖК У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1 ГОД

Редько Е.К., Камомеддин Усманов, Светлана Чепурная ст. V курса (125 гр.)

Сумский государственный университет

Кафедра педиатрии с курсом медицинской генетики

Проведен анализ 30 карт детей возрастных групп от 0 до 1 года с (ВЖК) различного генеза (ВУИ, ГИЭ, билирубиновая энцефалопатия (БЭ), родовая травма(РТ)). Изучены заключения невролога. Характер ВЖК был оценен по данным УЗИ и СТ мозга. Изучалась симметричность поражения желудочковой системы, (5 групп) – 2-стор. симметр. ВЖК; 2-

стор. ВЖК <слева; 2-стор. ВЖК <справа; кровоизлияния только в правой и только в левый БЖ.

Результаты. В 68% случаев ВЖК имели 2-стор. хар-р, из них – в 33.3% наблюдалось 2-стор. поражение БЖ, <слева. Гипоксия и инфекция приводят к 2-стор. кровоизлияниям, <слева, РТ у доношенных чаще сочетается с 2-стор. кровоизлиянием, <справа; БЭ – с симметр. ВЖК - у 80%; ВУИ отмечается при симметричных и 2-стор. ВЖК, <справа (по 20%), но чаще (36%) встречаются <слева. Эти факты подтверждают более высокую резистентность левого полушария головного мозга к гипоксии. Раннее действие ПФ на плод чаще вызывает 2-стороннее кровоизлияние, <слева (42%), более позднее чаще приводит к симметр. и 2-стор. кровоизлияниям, <справа. С увеличением степени тяжести ВЖК увеличивается число случаев с симметр. кровоизлияниями (при ВЖКШ-36%) и кровоизлияниями, <справа (29%), уменьшается с расширением левого бокового желудочка. Определяющая сторона кровоизлияний имела связь с развитием гемипарезов на противоположной стороне, что было выявлено у 15,8% – 30% в возрасте 3-4 месяца. Наиболее благоприятные исходы отмечены в случаях с 2-стор. кровоизлиянием, <слева.

Выводы. 1. В большинстве случаев кровоизлияния имели 2-сторонний характер, чаще, <слева. 2. Раннее действие ПФ на плод чаще вызывает 2-стор. кровоизлияние, больше <слева, а позднее чаще приводит к симметр. и 2-сторонним кровоизлияниям, <справа. 3. Проявления ВЖК в виде развития гемипарезов на противоположной кровоизлиянию стороне составляют 15-30%. 4. 2-стор. кровоизлияния в желудочки, <слева, связаны с гипоксией и ВУИ. 5. 2-стор. симметричные кровоизлияния в результате БЭ, ВУИ и 2-стор. кровоизлияния, <справа, связаны с травмами и ВУИ и чаще проявляются в виде тяжелых ВЖК и неврологическим дефицитом.

ОСОБЕННОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ГИП ЦНС У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Редько Е.К., Юрченко А.П. (014 гр.), Усова М. А., (010 гр.) студ. VI к.

*Сумский государственный университет
Кафедра педиатрии с курсом мед. генетики*

Изучалась эффективность вариаций терапии ГИП ЦНС у недоношенных новорожденных с очень низкой массой тела (ОНМТ).

В исследование вошли 88 младенцев, рожденных с ОНМТ. Все они нуждались в проведении реанимации и интенсивной терапии с первых суток жизни. Дети были разделены на две группы: I – 45 детей, II – 43. Критерии формирования групп: отсутствие наследственных заболеваний, врожденных пороков развития, родовых травм. Проводилась НСГ на 2е, 5е, 10е, 20е сутки. При необходимости проводилось КТ головного мозга. Комплексная терапия включала респираторную, нутритивную поддержку, медикаментозное лечение. I группа: цитофлавин 0,5 мл/кг в/в капельно №10, затем кортексин 0,5 мг/кг в/м №10, затем пантогам 250 мг по ¼ таб. 2 раза в день 1 месяц. Группа II не получала цитофлавин. При появлении судорожного синдрома всем детям назначались антиконвульсанты.

Результаты и обсуждение. Необходимость в респираторной поддержке (РП) у детей из I группы составила 6 ± 3 суток, из II – 8 ± 4 . У всех детей отмечался синдром общего угнетения ЦНС. У детей I гр. длительность зондового питания составила 13 ± 5 дн., у II – 16 ± 4 . Судорожный синдром (СС) у детей I гр. у 22%, из II – 40%. Гипертензионно-гидроцефальный синдром (ГГС) отмечался в I гр. у 30%, во II у 44%. Синдром вегетовисцеральной дисфункции (ВВД) в I гр. у 62%, во II – у 81%. По данным НСГ, ПВЛ в обеих группах – 100%. При этом ВЖК в I гр. – у 33,3%, во II у 63%. Средняя продолжительность пребывания детей в стационаре в обеих группах составила 51 ± 13 дней.

Выводы. Группа детей, которая получала цитофлавин, в РП нуждалась меньше в полтора раза; СС – в два раза реже, ГГС и ВВД на треть реже. ВЖК почти в два раза чаще встречались во II группе. Таким образом виден положительный эффект от применения