

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ**  
**ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ**  
**Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених  
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

## АНАЛІЗ МАСО-РОСТОВИХ ПОКАЗНИКІВ ШКОЛЯРІВ, НАРОДЖЕНИХ НЕДОНОШЕНИМИ

*Волкова М.В., Попов С.В., Бокова С.І.*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії*

**Актуальність.** На функціонування організму, зокрема центральної нервової та серцево-судинної систем, має віддалений негативний вплив народження дитини в терміні 34-36 тижнів гестації. Поглиблюють його й інші фактори, які характеризуються невідповідністю фізичного та психічного навантажень, дисбалансом у харчуванні і масо-ростових показниках.

**Метою** дослідження став аналіз масо-ростових показників у школярів, народжених недоношеними в терміні 34-36 тижнів гестації.

**Матеріали та методи.** Досліджено показники маси та зросту 93 дітей віком 10-12 років, які народилися в 34-36 тижнів гестації та не мали хронічної чи будь – якої іншої патології. Контрольну групу склали 42 практично здорових їх однолітків, народжені в 37 – 42 тижні. Також детально вивчено медичну документацію.

Школярів основної групи було поділено на 2 підгрупи. Критерієм розподілу стали дані Ponderal index (PI), що характеризує наявність диспропорційного розвитку при народженні, при його значенні нижче 2,5 у.о., та шкали Балларда. Статистичний аналіз виконано із використанням стандартних пакетів програм.

**Результати та їх обговорення.** Антропометричні дані дітей основної групи при народженні, за результатами вимірювання показників маси тіла, зросту, окружності голови і грудей, мали імовірно нижчі значення, що можна пояснити особливостями перебігу антенатального періоду.

Фізичний розвиток за шкалою Балларда відповідав гестаційному віку за показниками зросту та окружності голови, а за середніми показниками маси перебував у межах 50 перцентилі в 1 підгрупі та 25 перцентилі в 2.

Показники, що характеризують фізичний розвиток у дітей основної групи, були достовірно нижчими ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з групою контролю. В 1 підгрупі PI становив  $2,59 \pm 0,021$  умов. од., в 2 -  $2,28 \pm 0,027$  умов. од. ( $p < 0,05$ ), що свідчить про пропорційний та диспропорційний розвиток малюків відповідно.

На момент обстеження суттєвої різниці показників маси тіла та ІМТ у школярів, які народилися недоношеними, нами не виявлено, що може свідчити про відсутність значного впливу в даному віці.

**Висновки.** 1. Діти, які народилися в терміні 34-36 тижнів гестації за фізичним розвитком відповідають своєму віку, але мають нижчі показники маси. За даними PI 37,63% малюків має диспропорційний розвиток при народженні.

2. У віці 10-12 років антропометричні показники школярів, які народилися недоношеними, практично досягають аналогічні своїх однолітків, народжених в строк.

## ОЦІНКА ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ ГРВІ СЕРЕД ДІТЕЙ

*Габрук І. І., Павлік О.В.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Кулик Я.М.*

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

**Актуальність.** Рівень захворюваності гострими респіраторними вірусними інфекціями (ГРВІ) перевищує рівень всіх інших інфекційних захворювань серед дітей у 7-7,7 разів.

**Мета.** Оцінити підходи до лікування ГРВІ у дітей та їх відповідність сучасним рекомендаціям.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано дані карт стаціонарних хворих і обстежено 36 дітей, що перебували на стаціонарному лікуванні у торакопульмонологічному відділенні ВОДКЛ у грудні 2016 року. Для дослідження було відібрано дітей, які поступили у лікарню з діагнозом при направленні «ГРВІ». Вік дітей від 3 до 16 років.

**Результати:** У досліджуваній групі частота випадків ГРВІ серед дітей дошкільного віку становить 44% та шкільного віку 56%. Встановлено, що у 17% випадків дітей було направлено до ВОДКЛ сімейним лікарем, у 66% випадків звернулися самостійно та решта (17% випадків) були доставлені швидко допомогою. Виявилося, що діагноз при направленні у стаціонар у 16 дітей, що склало 44%, був «ГРВІ. Пневмонія». Остаточний діагноз, встановлений у стаціонарі: ГРВІ, гострий ринофарингіт у 23% випадків; гострий обструктивний бронхіт – 44% випадків; пневмонія підтверджена у 25% випадків; грип А – у 8%. Для оцінки лікування всіх дітей було розділено на 2 групи. До 1-ої групи (75%) відносились ті, що на догоспітальному етапі лікувались самостійно. До 2 групи (25%) ввійшли пацієнти, що отримували лікування за рекомендацією сімейного лікаря. Серед дітей 1-ої групи використовували антибіотики 23%, противірусні препарати 15%, жарознижуючі 33% та 29% взагалі не лікувались медикаментозними препаратами. У другій групі антибіотики призначалися в 44% випадків, противірусні засоби – в 24% випадків та жарознижуючі у- 32% випадків.

**Висновки.** Отримані дані свідчать, що як серед дітей, що лікувались з приводу ГРВІ в домашніх умовах самостійно, не звертаючись за медичною допомогою, так і серед тих, кому лікування було призначене сімейним лікарем, частина дітей (23%) отримували антибактеріальну терапію без відповідних показів.

## ЛЕЙКОЦИТАРНИЙ ІНДЕКС ІНТОКСИКАЦІЇ ЯК КРИТЕРІЙ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

*студентка 3 курсу Гарбузова Є.А., студент 5 курсу Бугаєнко В.А., Сміян-Горбунова К.О.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Сміян О.І.*

*Сумський державний університет, кафедра педіатрії*

**Актуальність.** Гострі кишкові інфекції (ГКІ) є актуальною проблемою охорони здоров'я, не дивлячись на постійний розвиток діагностики та удосконалення їх лікування. За даними ВООЗ у світі щорічно реєструється біля 300 млн. діарейних захворювань, причому на кожну дитину припадає більше трьох епізодів ГКІ. Смертність у цих країнах сягає 3,2 млн випадків серед дітей раннього віку кожний рік. Розвинуті країни мають менший рівень летальності від ГКІ, проте захворюваність залишається високою, а економічні збитки значними. Згідно епідеміологічних даних в Україні захворюваність на гострі кишкові інфекції складає 50–60 тис. випадків, серед них 20–30 мають смертельний висхід.

**Метою** нашого дослідження було вивчення лейкоцитарного індексу інтоксикації як критерію тяжкості перебігу гострих кишкових інфекцій у дітей.

**Матеріали.** Нами було обстежено 55 дітей віком від 1 місяця до 18 років. Із них середній ступінь тяжкості перебігу ГКІ визначався у 22 пацієнтів, тяжкий – у 18 та 15 практично здорових дітей.

**Результати.** Гострий період захворювання у пацієнтів з середнім ступенем важкості ГКІ характеризувався зростанням лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) ( $1,17 \pm 0,35$ ), порівняно з аналогічним показником дітей контрольної групи ( $0,23 \pm 0,26$ ), ( $p < 0,05$ ). Поряд із цим, у хворих із тяжким перебігом ГКІ визначалось достовірне зростання ЛІІ ( $2,46 \pm 0,42$ ) порівняно з практично здоровими дітьми ( $p < 0,001$ ) та пацієнтами із середнім ступенем тяжкості ГКІ ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Таким чином, у дітей з ГКІ у період розпалу захворювання характеризувався достовірним зростанням ЛІІ. Було встановлено, що у пацієнтів з тяжким ступенем захворювання показник ЛІІ був більш вищим за аналогічний показник дітей із середнім ступенем важкості. Досліджуваний індекс є простим, доступним і достатньо інформативним методом оцінки ступеню запалення і тяжкості перебігу ГКІ.