

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

ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ЕТІОЛОГІЇ

Глушко К.Т., Лобода О.О.

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського»,
кафедра дитячих хвороб з дитячою хірургією*

Мета і завдання дослідження. Удосконалити відомості щодо клінічних особливостей перебігу хронічного гастродуоденіту (ХГД) у дітей залежно від етіологічних чинників.

Методи та їх застосування. Оглянуто 54 дитини з ХГД. Усі пацієнти обстежені згідно діючих протоколів (наказ № 59 від 25.01.2013 р.). Також, усім дітям проводилося паразитологічне дослідження калу, визначення сироваткового вмісту Ig Gдо токсокар, аскарид, ехінококу, кишкової вугриці та опісторхів.

Основні результати. За наявністю паразитарної інвазії усі пацієнти були розподілені на дві підгрупи: I-а до якої увійшло 28 (51,9 %) обстежених із паразитозом та II-а – 26 (48,2 %) дітей без інвазування. Серед паразитозів у дітей виявлено: лямбліоз в 15 (45,5 %), токсокароз – в 9 (16,7 %), ентеробіоз та аскаридоз – по 3 (5,6 %) осіб. Не було вікової різниці між пацієнтами I ((12,9±0,6) років) та II ((14,0±0,6) років) підгруп ($p>0,05$). Інфікування *H. pylori* підтверджено в 18 (33,3±6,42 %) дітей, що менше порівняно з *H. pylori*-негативними (33 (66,7±6,42 %)) ($p<0,05$). Частота інфікування *H. pylori* між обстеженими обох підгруп не відрізнялася: в I – 9 (32,1±8,9 %), а в II – 9 (34,6±9,5 %) випадків ($p>0,05$). Моноінвазія паразитом (19 (35,2±6,5 %)) переважала надмоноінфекцією *H. Pylori* (9 (16,7±5,1 %)) ($p<0,05$). При аналізі харчового анамнезу встановлено, що в II підгрупі частіше відмічалися погрішності в харчуванні (23 (88,5±6,4 %)) порівняно з I (17 (60,7±9,4 %)) ($p<0,05$). При клінічному обстеженні виявлено, що біль в животі переважав в I підгрупі (100,0±0,0 %) порівняно з II (80,8±7,9 %) ($p<0,05$). При цьому, його локалізація внавколопупкової ділянці спостерігалася лише в I підгрупі. У дітей I підгрупи проноси переважали (4 (14,3±6,7 %)) порівняно з II підгрупою (0,0±0,0 %) ($p<0,05$). Встановлено, що неврозоподібний стан діагностувався лише в пацієнтів I підгрупи (4 (14,3±6,7 %)) і не зустрічався в II (0,0±0,0 %) ($p<0,05$). Для інших симптомів достовірної різниці виявлено не було.

СТАН ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ

Гончарова А.М., студентка 4 курсу (ЛС-303)

Науковий керівник: доц. Зайцев І.Е.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії

Актуальність. У світі спостерігається висока поширеність захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей і висока частота порушень трофологічного статусу як у бік недостатнього живлення, так і у бік надмірного. Поширеність ожиріння серед дітей 6-11 років в останнє десятиліття збільшилася удвічі (з 7% до 13%), а серед підлітків 12-19 років - майже в 3 рази (з 5% до 14%). У світі ожирінням страждають 5,5% дітей, що мешкають в сільській місцевості і 8,5% в міській. Захворювання шлунково-кишкового тракту роблять значний вплив на трофологічний статус дитини за рахунок порушення переварювання та всмоктування.

Мета дослідження. Вивчення трофологічного статусу (угодованості) у дітей і підлітків з хронічним гастродуоденітом.

Матеріал і методи. Трофологічний статус і стан верхніх відділів шлунково-кишкового тракту були обстежені у 109 дітей у віці від 6 до 14 років на базі СОДКБ 2015 - 2016 роках. З них у 38 (34,9%) на підставі клініко-анамнестичних і ендоскопічних даних був діагностований хронічний гастродуоденіт (ХГД). Ендоскопічне дослідження проводилося в поліклініці СОДКБ. За допомогою комплексу клінічних та антропометричних даних оцінювався трофологічний статус (ТС) у дітей.

Результати і обговорення. При дослідженні трофологічного статусу дітей з ХГД ми виявили, що 55,0% (n=11) дівчаток і 44,4% (n=8) хлопчиків мають підвищену за віком жирову

масу тіла, а 34,21% (n=13) обстежених дітей - понижено масу тіла, і тільки у 6 дітей ТС відповідає нормальним показникам. Найбільш інформативними показниками розвитку жирової тканини у дітей з патологією ШКТ виявилися шкірна складка під лопаткою і сума шкірних складок, що було виявлено як у хлопчиків ($r=0,68$, $p<0,05$), так і у дівчаток ($r=0,51$, $p<0,05$). Шкірна складка під лопаткою більше корелювала з ІМТ у хлопчиків, чим у дівчаток. Нами виявлена кореляція середньої сили індексу маси тіла за віком і полом з жировою масою тіла у відсотках і кілограмах для хлопчиків і для дівчаток.

Висновок. Комплексна оцінка трофологічного статусу, що включає вивчення антропометричних показників, індексу Кетле, каліперометрію, тіла при порушеннях харчового статусу у дітей і підлітків з патологією верхніх відділів шлунково-кишкового тракту має важливе значення для ранньої діагностики порушень трофологічного статусу для профілактики розвитку метаболічного синдрому в подальшому житті. Індекс маси тіла може використовуватися як скринінговий показник розвитку жирової маси тіла у дітей з хронічною патологією ШКТ.

ЕКГ-СИНДРОМИ У ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ НЕРЕВМАТИЧНИЙ КАРДИТ

Гура Ю.А., студентка 4 курсу (ЛС-301)

Науковий керівник: доц. Зайцев І.Е.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії

Мета роботи. Вивчити частоту і структуру ЕКГ - синдромів у дітей, що перенесли неревматичний кардит.

Матеріал і методи. Зареєстровані і проаналізовані електрокардіограми 26 дітей, що перенесли кардит та контрольної групи - 23 людини - діти І групи здоров'я - вчаться загальноосвітніх установах, обстежені під час проведення поглиблених оглядів в школі.

Результати і обговорення. За результатами аналізу ЕКГ у 88,5% дітей, що перенесли кардит, і у 65,2% практично здорових дітей виявили ряд електрокардіографічних синдромів, які були розділені, виходячи з рекомендацій фахівців на транзиторні, пограничні і патологічні.

Транзиторні синдроми, що розглядаються як віково-еволютивні варіанти норми, зустрічалися у 30,8% обстежених дітей з неревматичним кардитом в анамнезі, і у 52,1% практично здорових дітей ($p<0,001$). До них відносяться: синусова аритмія, синусова браді- і тахікардія, міграція водія ритму усередині СВ та передсердя, синдром гребінця.

Пограничні ЕКГ- синдроми були представлені суправентрикулярною екстрасистолією, передсердним ритмом, порушенням провідності за типом атріовентрикулярної блокади І ступеня і синоатрикулярної блокади II ст., синдромом укороченого інтервалу PQ та синдромом Вольф- Паркінсон- Уайта, синдромом ранньої реполяризації шлуночків (СРРШ) і порушенням процесів реполяризації. Цей вид електрокардіографічних явищ реєстрований у 42,3% дітей, що перенесли кардит і у 26,1%% практично здорових дітей ($p<0,01$).

До патологічних ЕКГ- синдромів були віднесені шлуночкові і політопні екстрасистоли, атріовентрикулярна блокада II, III ст., повна блокада правої ніжки пучка Гіса, синдром слабкості синусового вузла, виявлені тільки у 11,5% обстежених дітей з неревматичним кардитом в анамнезі.

Повна атріовентрикулярна блокада і блокада правої ніжки пучка Гіса діагностовані тільки у дітей з неревматичним кардитом в анамнезі і склала 3,8%. Синдром слабкості синусового вузла встановлений у 7,7% дітей тих, що перенесли кардит.

Висновок. За результатами ЕКГ обстеження, з урахуванням наявності ЕКГ- синдромів, можливе виділення груп, доцільних для здійснення диспансерного спостереження, після перенесеного неревматичного кардиту.