

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

90-ї науково-практичної конференції студентів та
молодих вчених із міжнародною участю
«ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ ТА ФАРМАЦІЇ»

ABSTRACTS

of the 90th Scientific Conference of Students and
Young Scientists with International Participation
«INNOVATIONS IN MEDICINE AND PHARMACY»

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

90-й научно-практической конференции студентов и
молодых ученых с международным участием
«ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ И ФАРМАЦИИ»

м. Івано-Франківськ, 2021

ЗМІНИ МОРФОДЕНСИТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕПІТЕЛІОЦИТІВ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ЛЕГКИМ ЙОДОДЕФІЦИТОМ

Шаламай У.П., Багрій М.М

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Н.М. Воронич-Семченко

Івано-Франківський національний медичний університет

Кафедра фізіології

м. Івано-Франківськ, Україна, e-mail: ushalamai@ifnmu.edu.ua

Актуальність. До дефіциту мікроелементів найбільш чутливим є дитячий організм. Через інтенсивний ріст діти потребують в раціоні харчування більшу кількість мікроелементів (йоду, селену, заліза та інш.) Йод є есенціальним елементом, адже необхідний для синтезу гормонів щитоподібної залози. При дефіциті йоду та наявності мінімальної тиреоїдної недостатності виникає внутрішньоклітинна гіпоксія, до якої особливо чутливими є поверхневі епітеліоцити слизової оболонки ротової порожнини (СОРП).

Мета дослідження – охарактеризувати морфометричні та оптичні зміни епітеліоцитів слизової оболонки ротової порожнини у дітей шкільного віку із легким йододефіцитом.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 67 дітей (34 хлопці та 33 дівчини) віком 6-18 років. Усі школярі були поділені на дві групи: 1-ша (n=33) – школярі із належним йодозабезпеченням (контрольна група), 2-га (n=34) – діти із легким йододефіцитом. Аналіз показників у кожній групі здійснювали з урахуванням вікових (6-11 та 12-18 років) та гендерних особливостей.

Функціональний стан щитоподібної залози вивчали шляхом визначення у сироватці крові вмісту тиреоїдних гормонів: вільних трийодтироніну (fT₃) і тироксину (fT₄), тиреотропного гормону аденогіпофізу (ТТГ). Стан йодного забезпечення організму вивчали за рівнем ескреції йоду з сечею у разових порціях сечі та наступним розрахунком медіани йодурії (Dunn I., 1993). Морфоденситометричне дослідження епітеліоцитів СОРП включало визначення периметра і площі клітин та ядер, ядерно-цитоплазматичного співвідношення, стану конденсації хроматину. Матеріалом для дослідження були епітеліоцити букального зішкрібу, як найбільш функціонально активної ділянки (Moscicka- Studzinska, 2009).

Результати дослідження: У всіх дітей із легким йододефіцитом виявлено тенденцію до зростання периметра і площі епітеліоцитів, зменшення площі ядер СОРП порівняно з аналогічними даними контрольної групи. Проте, більш чутливі до дефіциту йоду були діти старшого віку, у яких виявлено збільшення площі епітеліоцитів на 24% (p<0,05) та зменшення ядерно-цитоплазматичного співвідношення на 19% (p<0,05) щодо контролю.

Враховуючи вікові та гендерні особливості ідентифіковано, що у дівчат 6-11 років з легким йододефіцитом збільшилась площа клітин на 27% (p<0,05), оптична щільність ядер на 54% (p<0,05) та зменшився показник ядерно-цитоплазматичного співвідношення на 23% (p<0,05) щодо аналогічних даних контрольної групи. У хлопчиків даної групи виявлено збільшення оптичної щільності ядер епітеліоцитів на 21% (p<0,05) щодо контролю.

У юнаків 12-18 років із легким йододефіцитом ідентифіковано збільшення площі клітин на 39% (p<0,05), оптичної щільності ядер на 64%, (p<0,05) та зменшення показника ядерно-цитоплазматичного співвідношення на 35% (p<0,05) щодо контролю. У дівчат виявлено збільшення оптичної щільності ядер на 30% (p<0,05) щодо контролю.

Висновок: У дітей шкільного віку з легким йододефіцитом виявлено зміни морфометричних і оптичних параметрів ядер епітеліоцитів СОРП, які залежали від віку та статі. Більш чутливими до дефіциту йоду у дітей молодшого шкільного віку виявились дівчатка, а старшого шкільного віку – юнаки.

ПРОБЛЕМИ «ПІЗНІХ НЕДОНОШЕНИХ» НОВОНАРОДЖЕНИХ У РАНЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Школьна І.І., Редько О.К., Самодай В.О.

Науковий керівник — д.мед.н., проф. С.В. Попов

Сумський державний університет

Медичний інститут

Кафедра неонатології

м. Суми, Україна, e-mail: shkolna.iryana@gmail.com

Актуальність. В останні роки наявна тенденція до збільшення кількості передчасних пологів. Увесь світ «захоплений» виходжування немовлят з екстремально малою масою тіла. Менша увага приділяється «пізнім недоношеним». Частота народження дітей в термінах гестації 34-36 тижнів різниться в різних країнах.

Метою дослідження є комплексний аналіз основних факторів, що призводять до народження дітей у термін гестації 34-37 тижнів; аналіз структури патологічних станів «пізніх недоношених» новонароджених у періоді ранньої адаптації та визначення ступеня необхідної спеціалізованої медичної допомоги для цих дітей.

Матеріали й методи. Проведено ретроспективний аналіз 255 історій пологів і 284 карт розвитку новонароджених, народжених в термін гестації 34-37 тижнів (2016-2020 рр.) в Сумському перинатальному центрі та 162 карти стаціонарних хворих «пізніх недоношених», які були переведені з перинатального центру в неонатальні відділення.

Результати. Більшість жінок (85%) мали обтяжений соматичний і акушерсько-гінекологічний анамнез. У 14,5 % жінок, які народили в терміні гестації 36-37 тижнів родорозршення проводилось шляхом екстреного кесаревого розтину в результаті відшарування плаценти.

Найчастішими факторами ризику народження дітей були: загроза переривання вагітності, відшарування плаценти, преєклампсія, багатоплідна вагітність, внутрішньоутробні інфекції, гострі респіраторні захворювання у вагітних, передчасне відходження навколоплідних вод.

З 284 пізніх новонароджених 162 (57%) були переведені для лікування у неонатальне відділення дитячої обласної лікарні, з них 59 (36 %) – у відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Причинами, що визначали тяжкість стану цих дітей у неонатальному періоді були: дихальні розлади різних ступенів тяжкості (164 з 284 – 57%); ураження ЦНС різного генезу -17 %, вроджені вади серця – 8%; пролонгована фізіологічна жовтяниця і патологічна гіпербілірубінемія (6%), внутрішньоутробні інфекції (6%); множинні вади розвитку і різні генетичні патології — понад 4%. Близько 30% пізніх новонароджених мали поєднану патологію. А 35% з усіх дітей мали помірну або важку асфіксію

при народженні.

Понад 29 % дітей, потребували надання спеціалізованої медичної допомоги в умовах *відділення реанімації та інтенсивної терапії*. відразу після народження, 26 % — вимагали неінвазивної респіраторної підтримки, 16 % — проведення штучної вентиляції легенів у різних режимах. Усі діти, які народились у термін гестації 34 тижні потребували надання спеціалізованої медичної допомоги в умовах стаціонару, у той час, як серед дітей віком 35 тижнів гестації — 72,7%, а у 36 тижнів — 34,3%.

Висновки. «Пізні недоношені» є досить проблемною групою новонароджених і потребують особливої уваги, оскільки більше третини з них потребують проведення комплексної інтенсивної терапії; більш ніж половина немовлят цієї групи потребують медичного виходжування в умовах спеціалізованого стаціонару.

ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ: «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

Щербак Н.А., Свирина А.С., Мащенко О.С.

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Н.Г. Лотыш

Одесский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №3 с последипломной подготовкой

г. Одесса, Украина, e-mail: sno.med.od@gmail.com

Актуальность. Одним из значимых показателей жизнедеятельности организма новорожденного ребенка является уровень сатурации кислорода.

Цель работы. Анализ показателей сатурации кислорода у новорожденных с перинатальной патологией ЦНС (ПП ЦНС).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 24 доношенных новорожденных с ПП ЦНС гипоксического генеза: с синдромом угнетения - 10 (41,66 % ± 10,06 %), синдромом возбуждения - 14 (58,33 % ± 10,06 %).

Для определения уровня сатурации кислорода использовали транскутанную пульсоксиметрию аппаратом SC 602 XL Simens (Германия) с рефракционным механизмом действия. В норме уровень сатурации кислорода для новорожденных - от 96 до 100%.

Результаты. В результате обследования установлено, что у новорожденных детей с ПП ЦНС с синдромом угнетения показатели сатурации кислорода составили (93,2 ± 1,4) %, с синдромом возбуждения - (94,6 ± 1,6) %. Отмечена тесная взаимосвязь ($r=+0,78$) между данными пульсоксиметрии (SpO_2) и показателями SaO_2 , полученными инвазивно.

Выводы. Учитывая, что цианоз гипоксического генеза проявляется при снижении сатурации <90%, т.е. клинически манифестация отстает от истинного снижения показателей сатурации кислорода, методика пульсоксиметрии является важной составляющей плана обследования ПП ЦНС у новорожденных, позволяет мониторировать клиническое состояние, подбирать режимы адекватной вентиляции и методы подачи кислорода.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Янів О.В.

Івано-Франківський національний медичний університет

Кафедра фізичної реабілітації, ерготерапії з курсом фізичного виховання

м. Івано-Франківськ, Україна, e-mail: olesiyayaniv333@gmail.com

Актуальність. Інтелектуальні порушення - це стійке, системне, виражене зниження пізнавальної діяльності, що виникло внаслідок органічного ураження кори головного мозку. Існує понад 250 причин, які можуть спричинити інтелектуальні порушення. Раніше дані порушення називали розумовою відсталістю. Інтелектуальні порушення поділяються на такі ступені: легкий, помірний, тяжкий та глибокий. Найефективніше фізичній терапії піддаються діти з легким ступенем порушень інтелектуального розвитку. Легкий ступінь характеризується порушенням концентрації уваги, уповільненим розвитком відчуттів, зниженням пізнавальної діяльності, низькою мотивацією, низькою здатністю узагальнювати та абстрагувати, мовлення фразове, дитина є самостійною, частково потребує супроводу дорослого.

Мета. Вивчити особливості фізичної терапії дітей з порушенням інтелектуального розвитку.

Методи. Аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури за темою дослідження.

Результати. Фізична терапія є складовою частиною комплексної системи розвиваючої та корекційної роботи з дітьми, які мають інтелектуальні порушення. Мета фізичної терапії - корекція чи компенсація порушень фізичного розвитку, які часто виникають в комплексі з інтелектуальними порушеннями. Фізична терапія сприяє швидкому відновленню або стійкій компенсації всіх супутніх патологічних процесів, які виникають на різних етапах життя і розвитку дітей з інтелектуальними порушеннями. Фізична терапія включає в себе великий арсенал засобів та методів, за допомогою яких відбувається швидка та активна інтеграція дітей у суспільство. Ігровий метод є найбільш ефективним методом для дітей, за допомогою якого вдається досягти успіхів як у навчанні, так і у тренуванні на заняттях з фізичної терапії. Даний метод є найбільш мотивуючим для дітей, оскільки під час навчальних занять використовуються улюблені іграшки, різні кольорові предмети, та спеціальні ігри для розвитку когнітивних функцій. Заняття з фізичної терапії проходять з використанням різного кольорового та цікавого обладнання у формі гри. Батьки залучаються на різних етапах навчального та тренувального процесу, оскільки вони є невід'ємною частиною повсякденного життя кожної дитини. За допомогою батьків дітям легше вдається адаптуватися до нових умов, які виникають. Таким чином вони почувають себе у безпеці, а також швидше ідуть на контакт з фахівцями, які залучені у навчальний та тренувальний процес.

Висновки. Фізична терапія при інтелектуальних порушеннях зменшує рівень соціальної ізоляції та сприяє гармонійному розвитку таких дітей. Найкращим методом, який використовують у фізичній терапії, а також у навчанні є ігровий метод. Важливу роль у фізичній терапії відіграють батьки.