

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ ЗАЛЕЖНО ВІД МАСИ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ

*Адаховська А. О. – студентка 5 курсу, Хіменко Т. М., асистент
Одеський національний медичний університет*

Народження недоношеної дитини пов'язане з певним ризиком постнатальної затримки фізичного розвитку (ФР).

Мета - дослідити динаміку показників ФР недоношених дітей залежно від маси тіла з моменту народження, і вплив грудного вигодовування на швидкість ФР протягом 1-го року.

Проведено ретроспективний аналіз історій розвитку та обстеження 150 дітей. Для оцінки ФР використовувалися центильні таблиці для недоношених від 22 до 50 тижнів (Fetal-infant Growth Chart for preterm infants, WHO, 2006), антропометричний калькулятор ВООЗ Anthro з обчисленням сигмальних відхилень (Z- scores). Всі діти були розділені на 3 групи залежно від маси тіла при народженні (1-а - 2499-1500г, 2-а - 1499 -1000г, 3-я - ≤ 999 г).

Частота затримки ФР серед дітей у віці 6 місяців була 26,87%, (95% ДІ 17,72-38,52%) в 1-й групі; 77,78%(95% ДІ 63,73-87,46%) у 2-й групі; 100% у 3-й групі. Частота затримки ФР серед дітей у віці 1 року була 7,46% (95% ДІ 3,23-16,31%), 33,33%(95% ДІ 21,36-47,93%), 63,16% (95% ДІ 41,04-80,85%) відповідно. Затримка маси відносно довжини тіла була помічена серед дітей у віці 6 місяців з частотою: 5,97%(95% ДІ 2,35-14,37%) в 1-й групі, 33,33% (95% ДІ 21,36-47,93%) у 2-й групі, 47,37% (95% ДІ 27,33-68,29%) в 3-й групі. Серед дітей у віці 1 року 2,99% (95% ДІ 0,82-10,25%) 1-ї групи, 8,89% (95% ДІ 3,51-20,73%) 2-ї групи, 15,79% (95% ДІ 5,52-37,57%) 3-ї групи також відмітим дефіцит маси відносно довжини тіла.

У дітей 2-ї та 3-ї груп у віці 6-ти місяців достовірно частіше, ніж у дітей 1-ої групи зустрічається недостатня та надмірно недостатня вага. В 1 рік відмічено позитивну динаміку в усіх групах, але в групах дітей 2-ї та 3-ї зберігається високий відсоток дітей з затримкою ФР. Грудне вигодовування - найбільш фізіологічний метод догляду за недоношеними дітьми.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

*Багмет В.В., студентка 3-го курсу, Повидиш А.С., студентка 3-го курсу, Сміян О.І.,
проф., Мозгова Ю.А., асист.*

Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти

Незапальні ураження серця тонзилогенного генезу в дитячому віці часто характеризуються тривалим безсимптомним перебігом. Клінічних патогномічних ознак цієї патології в початковому періоді не існує.

Метою дослідження було вивчення функціонального стану серцево-судинної системи у дітей, хворих на хронічний тонзиліт.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 60 дітей віком від 13 до 17 років, хворих на вторинну кардіоміопатію на тлі хронічного тонзиліту, що перебували на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні КУ «СМДКЛ». Групу контролю склали 40 практично здорових дітей відповідного віку та статі. Використовували загальноклінічні дослідження, пробу з фізичним навантаженням та ЕКГ контролем.

Результати дослідження. У результаті проведення проби з фізичним навантаженням у хворих на вторинну кардіопатію встановлені значні порушення гемодинаміки у вигляді зниженої реакції на фізичне навантаження у (68,33 \pm 6,06) % дітей, незадовільною – у (21,67 \pm 5,36) % (p<0,01), (61,67 \pm 6,33) % пацієнтів мали гіпертонічний тип реакції гемодинаміки, тоді як у переважної кількості дітей контрольної групи спостерігався нормотонічний тип (p<0,001). Слід зазначити, що зміни на ЕКГ реєструвалися в усіх хворих з тонзилогенними ураженнями серця, що достовірно вище, ніж у практично здорових дітей (p<0,001), причому відновлювальний період змін серцевої динаміки у хворих тривав до п'яти хвилин і більше, тоді як у нормі не має перевищувати 3 хвилини.

Таким чином, необхідність вивчення функціонального стану серцево-судинної системи в дітей, хворих на хронічний тонзиліт, в умовах фізичного навантаження є найважливішим превентивним заходом для запобігання прогресуванню захворювання в подальшому.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ В ДІТЕЙ

*Бинда Т. П., доцент, Абдуллаєва Н. Ф., магістрант
Сумський державний університет,*

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ

Метою роботи було вивчення клініко-епідеміологічних особливостей перебігу інфекційного мононуклеозу (ІМ) у дітей м. Суми за 2013–2014 роки. Під спостереженням знаходилося 56 дітей віком від 6 міс. до 18 років. Віковий склад госпіталізованих був наступним: дітей у віці до 1 р. – 1 (1,8 %), з 1 до 2 р. – 12 (21,4 %), з 2 до 3 р. – 9 (16,1 %), з 3 до 6 р. 19 (33,9 %), старше 6 р. – 15 (26,8 %). Отже частіше (73,2 %) захворювання виявлялося у дітей дошкільного віку. Хлопчики склали 57 %, дівчатка – 43 %. Діагноз підтверджували виявленням у хворих антитіл класу Ig M до VCA/ВЕБ. Основна частина хворих госпіталізована в осінню (33,9 %) і зимову пори року (23,2 %). Госпіталізація хворих здебільшого була пізньою. У перші 3 дні захворювання госпіталізовано лише 41 % пацієнтів, до кінця 1-го тижня – 36 %, на 2-му тижні – 23%. За результатами аналізу карт стаціонарних хворих пізня госпіталізація була обумовлена амбулаторним лікуванням гострих респіраторних вірусних захворювань або тонзиліту. У більшості хворих захворювання розпочалося із закладеності носа (84 %), болю в горлі (79 %), збільшення лімфатичних вузлів (84 %). Підвищення температури тіла виявлялося у 54 хворих, у 41 (73 %) – вона утримувалась до 3 днів, у 11 (20 %) – 4–5 днів, у 2 (4 %) – 6–7 днів. Збільшення підщелепних лімфатичних вузлів відзначалося у 47 хворих: передньошийних – у 29 (52 %), підщелепних у 14 (25 %). Лакунарний тонзиліт зареєстровано у 44 (79 %) хворих. Екзантема виявлялася у 5 (9 %) дітей. Гепатолієнальний синдром зареєстровано у 41 (73 %) пацієнта, у решти – ізольоване збільшення печінки (14 %) або селезінки (5 %). У клінічному аналізі крові виявлено лейкоцитоз (48 %), лімфоцитом (100 %) і моноцитоз (52 %). У біохімічному аналізі крові тільки в 1 хворого відзначено підвищення вмісту білірубину, у 17 (30 %) – АСТ, у 15 (27 %) – АЛТ, у 18 (32 %) – тимолової проби. При проведенні специфічної діагностики у 18 (32 %) пацієнтів виявлені антитіла класу Ig M до VCA/ВЕБ.

Отже, на інфекційний мононуклеоз частіше хворіли діти дошкільного віку чоловічої статі в осінню і зимову пори року. Відсутність у частини хворих характерних симптомів потребує застосування комплексу специфічного обстеження для встановлення етіології захворювання.

ЛЕЙКЕМОЇДНІ РЕАКЦІЇ У ДІТЕЙ

*Богданова Г.В., Загородня А.П., Мінакова Н.Б.
Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Задачею нашого дослідження було на основі даних літератури та особистих спостережень встановити основні відмінності між лейкомоїдними реакціями та лейкозами.

Лейкемоїдні реакції- це не захворювання, а реактивні стани, зміни в складі крові, подібні з кротиною крові при лейкозах, інші пухлини і які не трансформуються в пухлину, яку нагадують. Зустрічаються в дитячому віці, провокуються вірусами, токсинами гельмінтів, продуктами розпаду клітин (при гемолізі сепсисі) та інш. Лейкемоїдні реакції можуть бути одно-, двох- та трьохросткові, мієлоїдного, еозинофільного, лімфоїдного, моноцитарного типу. До них відносяться також симптоматичні еритроцитози.

Для лейкомоїдних реакцій (ЛР) характерним є перед клінікою наявність захворювання чи інтоксикації, що рідко спостерігається при лейкозах. При ЛР на відміну від лейкозу