

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"



ХИСТ

2016, випуск 18

Всеукраїнський медичний журнал молодих вчених
Заснований у 2000 році

Головний редактор

д.мед.н., проф. Т.М.Бойчук

Заступник головного редактора

к.мед.н., доц. О.А.Тюленева

Відповідальні секретарі:

С.Л. Говорнян

д. мед. н., проф. І.С. Давиденко,

д. мед. н., проф. Ю.Є. Роговий,

д. мед. н., проф. В.К. Тащук,

д. мед. н., проф. О.І. Федів,

д. мед. н., проф. О.С. Федорук,

д. мед. н., проф. Р.Є. Булик,

д. мед. н., проф. Н.В. Пашковська,

к. мед. н., доц. М.П. Антофійчук.

Адреса редакції: 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, СНТ БДМУ.

Тел./факс: (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. E-mail: snt@bsmu.edu.ua

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://bim.co.ua/>

Чернівці, 2016

Редакційна рада:

Ю.І. Бажора (Одеса)
О.А. Андрієць (Чернівці)
О.О. Мойбенко (Київ)

В.Ф. Сагач (Київ)
О.І. Івашук (Чернівці)
В.К. Ташук (Чернівці)

Науковий редактор:

к.мед.н., доц. Тюленєва

Рецензенти та коректори:

Білоус Т.М.
Ватаманеску Л.І.
Войткевич Н.І.
Гарас М.Н.

Присяжнюк В.П.
Сливка Н.О.
Філіпець О.О.
Хомич Н.М.

Дизайн сторінок та верстка - Барбе А.М.

Дизайн обкладинки - Говорнян С.Л.

Матеріали друкуються українською, російською та англійською мовами.

Рукописи рецензуються. Редколегія залишає за собою право редагування.
Передрук можливий за письмової згоди редколегії.

Видається згідно з постановою Вченої ради
Вищого державного навчального закладу України
"Буковинський державний медичний університет"

Свідоцтво про державну реєстрацію: серія КВ №392

- © «Хист», Всеукраїнський медичний журнал студентів і молодих вчених. - 2016, випуск 18.
- © «Хыст», Всеукраинский медицинский журнал студентов и молодых ученых. - 2016, выпуск 18.
- © «Hyst», The Ukrainian Student Medical Journal. - 2016, edition 18th.

Ольховський Є.С.

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕШЕРИХІОЗУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Кузнєцов С.В.)

На теперішній час зростає кількість поєднаних інфекцій. Враховуючи високу частоту інфікування вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ) в перші роки життя людини, тривалу персистенцію вірусу в організмі, можливість ураження вірусом імунних клітин, будь-яка інша інфекційна патологія, що виникає на фоні інфікування дітей ВЕБ, може набувати нових клінічних ознак.

Мета роботи – вивчення клініко-інструментальних особливостей ешерихіозу у дітей раннього віку, інфікованих ВЕБ.

На базі Обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні м. Харкова (головний лікар Кухар Д.І.) нами обстежено 52 дитини віком 1 - 3 роки, хворі на ешерихіоз, які були поділено на дві групи. Першу групу склали 24 дитини з ешерихіозом на тлі інфікування ВЕБ (мікст-інфекція), другу - 28 хворих на ешерихіоз без супутнього інфікування будь-якими вірусами (моноінфекція). У всіх хворих спостерігали гастроентеритну середньо тяжку форму ешерихіозу.

Співставлення клінічних показників досліджуваних груп виявило триваліше збереження лихоманки ($7,52 \pm 1,01$ проти $4,21 \pm 1,11$ діб, $P < 0,05$), дисфункції кишечника ($9,97 \pm 1,02$ проти $6,88 \pm 1,04$ діб, $P < 0,05$) і патологічних домішок при копроцитоскопічному дослідженні ($6,54 \pm 1,13$ проти $3,65 \pm 1,14$ діб, $P < 0,05$) у хворих першої групи у порівнянні до показників дітей другої групи. При відсутності скарг (батьків дитини) з боку респіраторного тракту у 20 (83,33%) хворих першої групи нами виявлено помірну гіперемію ротоглотки, збільшення підщелепних та шийних лімфовузлів. Значимим було виявлення паренхіматозної реакції паренхіми печінки у всіх хворих першої групи при ультразвуковому дослідженні, в той час як в другій групі – лише у 5 хворих (17,85%). Одночасно із виявленням паренхіматозної реакції печінки ми спостерігали лімфаденопатію печінкових воріт у 9 (37,5%) хворих першої групи, в той час як при моноінфекції в жодного пацієнта таких ознак не було.

Таким чином, ешерихіоз у дітей, інфікованих ВЕБ, має ряд клінічних та інструментальних особливостей, серед яких необхідно виділити гіперемію ротоглотки, лімфаденопатію, триваліше збереження періоду лихоманки та диспептичних явищ, паренхіматозну реакцію печінки, збільшення лімфовузлів воріт печінки за даними ультразвукового дослідження. Отримані дані дозволять на ранніх етапах розвитку ешерихіозу виявляти наявність інфікування ВЕБ, що сприятиме раціональній терапії хворих.

Омельничук М.С.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ЦИКЛІЧНОГО БЛЮВАННЯ В ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та медичної генетики

(науковий керівник - к.мед.н. Андрійчук Д.Р.)

Синдром циклічного блювання – це захворювання переважно дитячого віку, що проявляється стереотипними повторними епізодами блювання, що змінюються періодами повного благополуччя. Ацетонемічний синдром зустрічається у 4-6% дітей у віці від 1 до 12-13 років. Частіше зустрічається серед дівчаток (співвідношення дівчатка/хлопчики складає 11/9). Середній вік маніфестації синдрому циклічного ацетонемічного блювання складає 5,2 роки. Дуже часто (практично у 90% випадків) перебіг кризів погіршується розвитком багаторазового невинного блювання, що визначається як ацетонемічне. Приблизно 50% пацієнтів потребують купування ацетонемічного кризу шляхом внутрішньовенного введення рідини.

Мета дослідження: простежити особливості лікування ацетонемічного синдрому в дітей.

Нами було обстежено та проліковано 15 дітей із синдромом циклічного блювання у віці від 3 до 8 років, які лікувалися в інфекційному відділенні анестезіології та інтенсивної терапії обласної дитячої клінічної лікарні міста Чернівці. Верифікація клінічного діагнозу та лікування проводилася відповідно до протоколів лікування дітей за спеціальністю «Дитяча гастроентерологія» (наказ МОЗ України від 29.01.2013 р. №59). Усі діти поступали в стаціонар у приступному періоді та мали ознаки дегідратації II ступеня за ізотонічним типом, що вимагало проведення інфузійної регідраційної терапії. Залежно від лікувальної тактики діти були розділені на 2 групи: I група (12 дітей) – інфузія проводилася 0,9% фізіологічним розчином натрію хлориду та 5% розчином глюкози, II група (13 дітей) – до основних інфузійних середників додавався ксилат в дозі 10 мл/кг/добу.

У хворих I групи середня тривалість приступного періоду складала 3,2 дні, середня кількість епізодів блювання – 7,4. Покращення стану хворі відчували приблизно на 3 день лікування, біль в животі зникав на 2 день, ацетон в біологічних рідинах зникав на 4 добу. Хворі II групи, які в комплексному лікуванні, отримували ксилат, мали в цілому кращі показники за дітей I групи: середня тривалість приступного періоду складала 2,4 дні, що на 56% менше порівняно із дітьми I групи. Середня кількість епізодів блювання була 3,6, що менше на 50% порівняно із аналогічним показником у дітей I групи. Покращення самопочуття та зникнення абдомінального болю відбувалося на 20% швидше ніж у дітей I групи. Ацетон в біологічних рідинах зникав на 3 день після застосування ксилату у складі інфузійної терапії (на 25% відсотків швидше порівняно із дітьми I групи), що дозволяло швидше переводити дітей в соматичні стаціонари.

Таким чином, застосування ксилату в комплексній терапії синдрому циклічного блювання в дітей дозволяє скоротити тривалість приступного періоду приблизно на 56%, суттєво зменшити кількість епізодів блювання, швидше досягти покращення стану хворого, що дозволяє подальший перевід у соматичне відділення.

Матвіюк Н.В., Хільчевська В.С. ФЕНОТИПОВА НЕОДНОРІДНІСТЬ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЗА ВІДПОВІДДЮ НА БАЗИСНУ ТЕРАПІЮ У ДІТЕЙ	415
Матяшок Л.А. КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ	415
Мацей Т.Ю., Сивків І.І. ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ФІЗИЧНОЇ НАПРУГИ У ШКОЛЯРІВ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ	416
Мислицька Г.О. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ НА ТЛІ ВІРУСНИХ І БАКТЕРІАЛЬНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ	416
Молокус І.В. ЩІЛИНИ ГУБИ ТА/АБО ПІДНЕБІННЯ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ	417
Муратова О.В., Савлук О.В. АСОЦІАЦІЇ МІЖ РОЗВИТКОМ СИНДРОМУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ТА ПОЛІМОРФІЗМОМ ENOS ГЕНУ	417
Муродова М.Д. ФАКТОРИ РИСКА РАЗВИТІЯ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНИХ САХАРНИМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА (СД1)	418
Нарметова С.Я. ПРОЛОНГІРОВАННА НЕОНАТАЛЬНА ГІПЕРБИЛІРУБІНЕМІЯ В ЗАВИСИМОСТІ ОТ УРОВНЯ БИЛІРУБИНА	418
Неміш В.В. ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ КЕТАМІНОВОГО ПОСТНАРКОЗНОГО ПЕРІОДУ В ДІТЕЙ	419
Нистор'як Г.Д. СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПНЯ ЙОДНОГО ДЕФІЦИТУ	419
Ольховський Є.С. КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕШЕРИХІОЗУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР	420
Омельничук М.С. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ЦИКЛІЧНОГО БЛЮВАННЯ В ДІТЕЙ	420
Орлецький Б.Ю. МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ВИПАДКІВ СИНДРОМУ БРАХМАНА ДЕ ЛАНГЕ У ДИТИНИ	421
Павлічук Є.О. ВАКЦИНАЦІЯ: ПРОБЛЕМИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТІЯ ОБЩЕСТВА	421
Павленко А.В. ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ ІЗ ЗОБОМ	422
Шубіна М.В., Паніч Р.В. РІВЕНЬ КОМПЛАЄНСУ ДО ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ	422
Перижняк А.І. СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ЗАХИСТУ ОРГАНІЗМУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПОСТГІПОКСИЧНИМ ПОРУШЕННЯМ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ	423
Петраченко В.С. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ У ДІТЕЙ В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ	423
Плюшко Д.Г., Здыбская Е.П., Золотарева Т.Ю., Кукушкина М.Ю. ПЕРСИСТЕНЦІЯ ІНФЕКЦІЇ НА ФОНЕ НАРУШЕНІЙ ФОЛАТНО-МЕТИОНИНОВОГО ЦИКЛА	424
Подгала Є.В., Тесленко Т.О., Сенаторова А.В. СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ДІАБЕТИЧНОЮ ФЕТОПАТІЄЮ	424