

Міністерство охорони здоров'я України  
Дніпровський державний медичний університет  
Рада молодих вчених  
Студентське наукове товариство

**МАТЕРІАЛИ XXI НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ**

# **«НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОЇ НАУКИ»**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

**м. Дніпро, Україна  
2021**

Підготовлено до друку оргкомітетом конференції  
Науковий редактор: професор Твердохліб І.В.  
Відповідальний редактор: Бондаренко Н.С.

Голова конференції:  
член-кореспондент НАМН України, професор Перцева Т.О.

Програмний комітет:  
професор Шпонька І.С.  
професор Гудар'ян О.О.  
професор Науменко Л.Ю.  
професор Твердохліб І.В

Голова Ради молодих учених:  
Бондаренко Н.С.

Матеріали конференції представлені на офіційному сайті  
студентського наукового товариства  
<http://rmv.dmu.edu.ua>  
E-mail: [konf.dp@gmail.com](mailto:konf.dp@gmail.com)

---

Новини і перспективи медичної науки : зб. мат. XXI конф. студ. та мол. учених : [під ред. Твердохліба І.В., Бондаренко Н.С.]. – Дніпро, 2021. – 99 с.

До збірника увійшли тези та статті наукових робіт, надані авторами та авторськими колективами вищих медичних навчальних закладів та науково-дослідних установ України. Наукові роботи висвітлюють сучасні проблеми, новітні технології, напрямки та перспективи розвитку у різних галузях медицини. Рекомендується для студентів, аспірантів, наукових працівників, викладачів вищих медичних навчальних закладів, лікарів.

©МОЗ України, 2021

В.Л.Бабиц, О.О.Шевченко

**ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Дніпровський державний медичний університет, кафедра педіатрії 1 та медичної генетики

**Мета роботи:** вивчити особливості клінічного перебігу хронічного гастродуоденіту в дітей шкільного віку.

**Матеріали та методи:** Проаналізовано 128 історій хвороб дітей з хронічним гастродуоденітом у віці від 6 до 15 років, з них 69 (53,9%) хлопчиків і 59 (46,1%) дівчаток. Проведено аналіз анамнезу життя, хвороби, клініко-параклінічного дослідження та ЕФГДС. Статистичний аналіз проводився за допомогою методів варіаційної статистики.

**Результати:** В результаті аналізу історій хвороби дітей визначено, що у всіх обстежених хворих діагноз хронічного гастродуоденіту був ендоскопічно підтвердженим. В ході дослідження встановлено, що пік захворюваності на гастродуоденіт припадає на вікову категорію 10-13 років – 80 дітей (62,5%); в 13-15 років – 32 дитини (25%); 6-10 років – 16 дітей (12,5%). Спадкова обтяженість по патології травної системи виявлено у половини обстежених дітей. Аналіз скарг показує, що діти молодшої вікової групи частіше скаржилися на прояви больового абдомінального синдрому, діти у віці 10-13 років – диспептичного синдрому, 13-15 років - диспептичного та астено-вегетативного. Больовий абдомінальний синдром різної інтенсивності відзначався в 100% випадків: слабо виражений – 12,5%, середній – 68,75%, сильного ступеню – 18,75%. Зв'язок з прийомом їжі відзначався у 51 (39,84%) дітей. В 48 (37,5%) дітей відзначався мойніганівський ритм болю: біль-прийом їжі-зменшення болю. Цих хворих ми розцінювали як групу ризику по виразковій хворобі. Сезонність больового синдрому (весна-осінь) виявлена у 72 (56,25%), що обумовлено метеочутливістю хворих. Диспептичний синдром спостерігався частіше у дітей 13-15 років (91,4%) і проявлявся печією (28,9%) і відрижкою (68,75%). Прояви полігіповітамінозу відзначені у 85 (66,4%) хворих, емоційна лабільність у 69 (53,9%), головний біль у 56 (43,75%).

**Висновки:** Таким чином, вивчення клінічних проявів гастродуоденіту в дітей шкільного віку дозволить своєчасно діагностувати дане захворювання і провести комплекс лікувально-профілактичних заходів щодо попередження хронізації запальних захворювань шлунково-кишкового тракту.

Д.О.Бойко, О.В.Коврига, Н.Г.Порожня

**КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Дніпровський державний медичний університет, кафедра педіатрії 2

Артеріальна гіпертензія (АГ) у дітей та підлітків є зростаючою проблемою охорони здоров'я. Поява підвищеного артеріального тиску (АТ) в підлітковому віці загрожує формуванню серцево - судинних ризиків, які прогресують у дорослому віці.

**Матеріали та методи.** Нами було проаналізовано 20 історій хвороб дітей віком від 9-ти до 17-ти років з діагнозом первинна артеріальна гіпертензія, із них – 15 хлопчиків та 5 – дівчаток. Усім дітям проводили збір анамнезу, клінічне обстеження, електрокардіографію (ЕКГ), доплерокардіографію, добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ), біохімічний аналіз крові з визначенням рівня холестерину, тригліцеридів і ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ).

**Результати.** У 15% маніфестація первинної АГ відбулася в 9 років, у 25% - в 12 років, у 15% - в 13 років, у 20% - в 14 років, у 10% - в 15 років, у 15% - в 16 років. Серед супутніх захворювань переважали вегетативна дисфункція (25%), астено-невротичний синдром (25%), метаболічна кардіоміопатія (25%). У 20% виявлено міопію обох очей, у 15% - субгігантизм, у 10% - змішаний астигматизм обох очей. 70%

дітей страждали на ожиріння. У 80% пацієнтів присутні скарги на головний біль, у 35% - на швидку втомлюваність, 30% відмічали кардіалгію, 15% - запаморочення та відчуття серцебиття, 10% - оніміння кінцівок та порушення сну, 5% - скарги на підвищену пітливість, збільшення ваги, тошноту, біль в животі та носові кровотечі. 25% досліджуваних пов'язували виникнення даних симптомів з емоційним перенапруженням. У 60% дітей спостерігалось переважне підвищення АТ у вечірній час за даними ДМАТ. У 20% пацієнтів при лабораторному дослідженні ліпідного спектру виявлено підвищення тригліцеридів і ЛПНЩ. При проведенні ЕКГ у 30% спостерігалися ознаки синусової аритмії, у 20% - порушення процесів реполяризації, у 10% - неповна блокада правої ніжки пучка Гіса. За даними доплерокардіографії у 10% дітей реєструвалась гіпертрофія лівого шлуночка, як результат тривалого підвищення АТ.

**Висновки.** Отже, за результатами проведеного дослідження, характерними скаргами у більшості дітей з первинною АГ був головний біль та підвищена втомлюваність. Серед супутніх захворювань переважали ожиріння, астено-невротичний синдром та метаболічна кардіоміопатія, реєструвався підвищений рівень тригліцеридів та ЛПНЩ в крові.

Д.Е.Казбінова, З.С.Аглахвердієва

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ**

Дніпровський державний медичний університет, кафедра педіатрії 2

**Актуальність.** З перших днів спалаху COVID-19 педіатричні пацієнти досить рідко зустрічалися, і вважалося, що вони не сприйнятливі до цього захворювання. Однак разом з погіршенням епідемічної ситуації, з'являлося все більше нових випадків COVID - 19 у дітей. Згідно з даними Американської академії педіатрії станом на 22.04.2021 року зареєстровано 3 711 075 випадків, що становило 13,7% від загальної кількості хворих. Загальний показник захворюваності становить 4931 випадків на 100 000 дитячого населення. За останні два тижні кількість випадків збільшилась на 5%. Очевидно, що значущість коронавірусної хвороби серед дитячого населення була недооцінена.

**Мета роботи:** визначення характерних клінічних симптомів та діагностичних критеріїв для швидшого встановлення діагнозу.

**Матеріали та методи.** Аналіз клінічного випадку.

Пацієнтка Р., 8 років поступила до Обласної дитячої клінічної лікарні 20.11.2020 року о 19:08 з діагнозом: ГРВІ. Ацетонемічний синдром. Кропив'янка? Гострий апендицит?. Скаржилась на біль у животі, нудоту, блювоту, підвищення температури до 39°С, висип. З анамнезу життя відомо, що у віці 5 років хворіла вітряною віспою, хронічних захворювань не має. При об'єктивному огляді стан дитини важкий, відмічалась фебрильна лихоманка, кон'юнктивіт, біль в області живота, блювота одноразово, плямисті висипання на шкірі, набряклість кистей рук і стоп.

При проведенні лабораторних аналізів відмічалися ознаки запалення: у загальному аналізі крові - лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво та значний тромбоцитоз, СРБ - 384 мг/л, прокальцитонін - 8,0 нг/мл (норма – 0,1), D-димер (27.11.20 р.) - 14,038 мкг/мл (норма – 0,5). Також був підвищений фібриноген - 5,3 (норма – 2-4 г/л).

З метою диференціального діагнозу була проведена діагностична лапароскопія, при якій були виявлені такі зміни: пасма великого сальника формували м'який інфільтрат коло тонкої кишки на відстані 120 см від ілеоцикального кута; у черевній порожнині до 100 мл каламутної рідини з геморагічним компонентом; стінка кишки протяжністю 12 см однаково інфільтрована, потовщена, місцями нашарування ниток фібрину. Висновок: ентероколіт інфекційного походження.

Надалі було вирішено провести ПЛР тестування для визначення РНК вірусу SARS-CoV-2, що було позитивним.

Окрім того, виявлені ознаки панкреатиту: альфа-амілаза – 228 Ед/л (норма – 22-100 Ед/л), глюкоза – 18,0 ммоль/л.

Відповідно до встановлених клінічних симптомів, призначено наступне лікування: дексаметазон 4 мг \*4 р/добу – 13 днів, біовен-моно 1 г/кг – 1 день, клексан – 15 днів, гепацэф комбі – 14 днів, азитроміцин 10 мг/кг – 3 дні.

На 7-му добу в стаціонарі стан дитини покращився: нормалізувалася температура тіла, ліквідувалася біль в животі, кон'юнктивіт, висипи, набряклість кистей рук і стоп. Зменшилися ознаки лабораторної активності: загальний аналіз крові (07.12.20 р.) - Ер. – 4,7 Т/л, Нв – 136 г/л, КП – 0,87, Лейк. – 24,1, Пал – 1%, Сег – 60%, Лімф – 12%, Мон – 5%, Еоз – 2%, Тромб – 233 г/л, ШОЕ – 6, Нт – 35. СРБ (30.11.20 р.) - менш 6 мг/л. D-димер (15.12.20 р.) – 0,22 мкг/мл (норма – 0,5). 4.12.20. Коагулограма: Фібриноген 3,6 (норма – 2-4 г/л), протромбіновий час – 27 с (норма – 15-22 с).

14.12.20 ЕКГ: синусова тахікардія. ЭХО-КГ, УЗД ОБП – без патології.

**Висновок:** Даний клінічний випадок демонструє, які симптоми та діагностичні прояви можуть бути у дітей при захворюванні COVID-19. Це має важливе клінічне значення для найбільш раннього виявлення, лікування та попередження ускладнень коронавірусної хвороби у педіатричних пацієнтів.

#### Д.П.Лагода, Е.В.Скрябіна ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО АНАМНЕЗА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Днепропетровский государственный медицинский университет,  
кафедра педиатрии детских болезней

Атопический дерматит (АД) - хроническое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом, которое в типичных случаях начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте и приводит к физической и эмоциональной дезадаптации пациента и членов его семьи. Дискомфорт, связанный с кожным зудом, приводит к выраженным нарушениям сна и повседневного образа жизни детей, включая невозможность заниматься спортом и другими видами школьной деятельности, сопровождаемая психологическими переживаниями, заниженной самооценкой, социальной изоляцией и неуверенностью в себе.

С 2011 года по данным ВОЗ, распространенность аллергии приобрела черты эпидемии. Проблема АД приобретает все большее значение в современной медицине. В структуре аллергических болезней у детей АД занимает одно из ведущих мест по своей распространенности (от 17 до 25%). По данным литературы, у 80 % детей, страдающих АД, отмечается отягощенный семейный анамнез. При этом, чаще выявляется связь с атопическими заболеваниями по линии матери (60-70 %), реже — по линии отца (18-22 %). Наличие атопических заболеваний у обоих родителей повышает риск развития АД у ребенка до 60-80 %. Питание во время беременности и кормления грудью влияет на проявление АД у ребенка. Количество детей в семье также влияет на проявления атопического дерматита, а именно, чем больше детей в семье, тем реже встречаются проявления АД.

**Цель работы:** выявление особенностей раннего анамнеза и его влияние на проявление аллергии у детей.

**Материалы и методы.** В ходе работы была составлена анкета, состоящая из 28 вопросов, которые в свою очередь, были разделены на следующие группы: по питанию матери во время беременности и во время грудного вскармливания (ГВ), аллергологический анамнез, состояние ребенка. Для удобства родителей она находилась в Google Форме, чтобы участники могли пройти её в любое удобное для них время. В анкетировании принимали участие 40 родителей. Из них: 42,5% - мамы мальчиков, 57,5% - мамы девочек. Средний возраст мальчиков-17 мес., девочек-25 мес.

**Результаты.** По результатам анкетирования были выделены две группы детей: первая группа - дети с атопическим дерматитом (45%) и вторая группа - дети без проявлений аллергии (55%). В первой группе, которая состояла из 18 детей, мальчиков было-33,3%, девочек-66,7%. Отягощенный аллергологический анамнез наблюдался у 44,4% детей. Во второй группе было одинаковое количество девочек и мальчиков. Отягощенный аллергологический анамнез наблюдался у 22,7% детей. Большинство мам, как первой, так и второй группы не соблюдали диету во время беременности (83,3% и 100% соответственно). Все дети в обеих группах находились на ГВ, однако, дети с АД - достаточно долго (44,4% детей - до 1 года и больше), в то время, как практически все дети второй группы (72,7%) находились на ГВ относительно недолго, а именно до 3 мес. Женщины из первой группы чаще нарушали диету во время кормления грудью, чем женщины во второй группе (77,8% и 59,1% соответственно). Нарушение диеты было преимущественно за счет таких продуктов как: яйца, цельное молоко, кофе, цитрусовые, морепродукты и клубника.

Гастроинтестинальные расстройства в группе с АД встречались реже, чем во второй группе, особенно запоры: 16,7% и 38,8% соответственно. Пробиотики принимали в 2 раза чаще в первой группе, чем во второй, а улучшения состояния после приема пробиотиков отмечали в 10 раз чаще в группе с АД.

**Выводы.** Выделены следующие факторы, которые влияют на проявление атопического дерматита: отягощенный аллергологический анамнез, нарушение диеты мамы во время ГВ. Наиболее аллергенными продуктами во время грудного вскармливания оказались: яйца, цельное молоко, кофе, цитрусовые, морепродукты, клубника, консервы. У детей, находящихся на ГВ, реже наблюдались гастроинтестинальные расстройства (особенно запоры). Прием пробиотиков при АД улучшает состояние ребенка. Не была найдена взаимосвязь между такими факторами, как количество детей в семье, место проживания, нарушение диеты во время беременности и проявлениями АД.

#### І.М.Підгорна, С.І.Ільченко, К.В.Скрябіна ЗАЛЕЖНІСТЬ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ З МУКОВІСЦИДОЗОМ

Дніпровський державний медичний університет,  
кафедра педіатрії дитячих хвороб

**Муковісцидоз** – одне з найпоширеніших спадкових захворювань, обумовлене мутацією гена трансмембранного регулятора провідності муковісцидозу (CFTR – Cystic Fibrosis Transmembrane conductance Regulator), який розташований на довгому плечі сьомої хромосоми і передається по аутосомно-рецесивному типу успадкування двох мутантних алелів. Наслідком мутації гена CFTR є порушення синтезу, структури та функції білка - трансмембранного регулятора провідності муковісцидозу, в результаті чого хлорні канали стають патологічно непроникними для іонів хлору при гіперабсорбції натрію і одночасному надходженні в клітину води, що викликає дегідратацію апікальної поверхні секреторного епітелію і збільшення в'язкості слизу. За статистикою, кожна 25-та людина у світі є носієм гену муковісцидозу і кожен день народжується 125 дітей з таким захворюванням. Муковісцидоз є мультисистемним захворюванням, що вражає дихальні шляхи, шлунково-кишковий тракт, печінку, підшлункову залозу, слинні, потові залози, репродуктивну систему. При цьому патологія дихальних шляхів є головною причиною ускладнень і летальності більше ніж в 90% усіх випадків. Внаслідок накопичення в'язкого інфікованого секрету, що викликає обструкцію і виражену запальну реакцію, виникає пошкодження бронхо-легеневої системи, погіршення функції легень і, в кінцевому підсумку, дихальна недостатність. Дорослішання хворої дитини на муковісцидоз