

справа. Дыхание над легкими проводится равномерно. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, мягкий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень+3 см, селезенка +1 см. Стул, мочеиспускание не нарушены. В ОАК- тромбоцитопения, значительный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемия легкой степени; в ОАМ- умеренная эритроцитурия, лейкоцитурия, протеинемия; в б/х крови повышение уровня прокальцитонина, СРБ, ЛДГ, КФК. На ЭХО КГ- снижение сократительной функции сердца (ФВ до 45%). На основании жалоб, анамнеза, клинических и лабораторных данных был установлен диагноз: болезнь Kawasaki.

Назначена терапия: защищенный цефоперазон, ванкомицин, ацетилсалициловая кислота, иммуноглобулин 2 мг/кг/сут, гепарин 100 мг/кг, антиагреганты, инфузионная терапия. Состояние с положительной динамикой за счет регресса интоксикационного и отечного синдромов

Заключение. Учитывая, что в 4% случаев БК может приводить к формированию аневризм аорты и пораженный коронарных сосудов с летальным исходом, необходима ранняя клиническая диагностика и назначение патогенетической терапии, что существенно снижает риск осложнений.

І.Л.Височина, В.В.Семенов

ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ БАТЬКІВ ТА ТИПУ БАТЬКІВСЬКОГО СТАВЛЕННЯ НА АДАПТАЦІЮ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра сімейної медицини ФПО

Вступ. В молодшому шкільному віці дитина стикається з рядом факторів (надходження до школи, пристосування до нового колективу та іншого розпорядку дня, зміна мікробіологічного оточення, стереотипу харчування та ін.), які можуть впливати на психологічну та біологічну адаптацію. Роль батьків в цей період дуже велика, бо саме вони в змозі полегшити для своєї дитини процес пристосування до нових умов життя.

Мета дослідження. Дослідити вплив тривожності батьків та типу батьківського ставлення на адаптацію дітей молодшого шкільного віку.

Матеріали і методи. Проаналізовано 316 медичних карт учнів 1-3 класів загальноосвітньої школи м. Дніпра. Для дослідження відібрано 137 дітей (61 хлопчик та 76 дівчаток віком від 6 до 10 років).

Рівень адаптації дітей оцінювали на біологічному (антропометрія, дослідження кратності та тривалості гострих респіраторних інфекцій (ГРІ) протягом року, проба Руф'є) та психологічному (вимірювання тривожності за методикою Спілбергера-Ханіна) рівнях. Тривожність батьків та тип батьківського ставлення досліджували за допомогою тесту Спілбергера-Ханіна та модифікованого опитувальника Варги-Столина. Вплив психологічних характеристик батьків на адаптаційні показники оцінювали за допомогою кореляційного аналізу.

Результати. Була виявлена достовірна кореляція між: особистісною тривожністю батька та особистісною тривожністю дитини ($r=0,30$, $p<0,05$); реактивною тривожністю матері та окружністю грудної клітки (ОГК) ($r=-0,30$, $p<0,05$), реактивною тривожністю дитини ($r=0,26$, $p<0,05$), особистісною тривожністю дитини ($r=0,27$, $p<0,05$), тривалістю ГРІ ($r=0,26$, $p<0,05$); шкалою «кооперація» (батько) та зростом ($r=0,28$, $p<0,05$), реактивною тривожністю дитини ($r=-0,30$, $p<0,05$); шкалою «симбіоз» (батько) та ОГК ($r=0,29$, $p<0,05$); шкалою «авторитарність» (батько) та реактивною тривожністю дитини ($r=0,26$, $p<0,05$); шкалою «стурбованість здоров'ям» (батько) та зростом ($r=0,30$, $p<0,05$), масою тіла ($r=0,30$, $p<0,05$), ОГК ($r=0,36$, $p<0,01$); шкалою «кооперація» (мати) та зростом ($r=0,30$, $p<0,05$), ОГК ($r=0,30$, $p<0,05$), та рівнем гемоглобіну ($r=0,35$, $p<0,05$).

Підсумок. Був виявлений достовірний зв'язок слабкої та середньої сили ряду показників психологічних особливостей батьків на показники адаптації дітей. В сім'ях, де батьки демонстрували конструктивне ставлення до дітей (за шкалами симбіоз, кооперація та стурбованість здоров'ям) діти мали достовірно кращі показники адаптації.

М.А.Гайданка, А.В.Резник, О.Г.Забудская ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ БОЛЬНОГО С БОЛЕЗНЬЮ ГИРКЕ (ГЛИКОГЕНОЗ 1А ТИПА)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», кафедра педиатрии 2

Цель: изучение проблем диагностики и трудности выявления редких случаев заболеваний обмена веществ на примере клинического случая гликогеноза 1а типа (недостаточность глюкозо-6- фосфатазы).

Задачи: улучшить качество жизни пациентов с наследственными нарушениями обмена углеводов.

Материалы и методы исследования: был проведен анализ клинического случая наследственного нарушения обмена углеводов. Больной Ш., 8 лет (29 апреля 2008 г), рожден от 1 беременности, 1 родов недоношенным (срок гестации 33 недели). Ребенок от близкородственного брака. У родной сестры бабушки все беременности заканчивались мертворождением. У отца и дяди в раннем возрасте - увеличение живота. Анамнез заболевания: проявления болезни со второго полугодия жизни в виде генерализованных эпилептикоподобных на фоне гипогликемии, увеличения размеров живота, гепатоспленомегалии. Проводилась дифференциальная диагностика с врожденными вирусными гепатитами, муковисцидозом. Данная патология после лабораторного обследования была исключена и родителям рекомендовали консультацию в «ОХМАТДЕТ», от которой они отказались. Диагноз «Болезнь Гирке -Гликогеноз 1 а типа (недостаточность глюкозо-6- фосфатазы)» установлен только в 3,5 года после обследования в национальной специализированной больнице «ОХМАТДЕТ». После установления диагноза узкими специалистами не наблюдался. Поступил в плановом порядке на стационарное лечение в ОДКБ г. Днепр, отделение пульмонологии и аллергологии с 3.04.2017 по 15.04.2017 для обследования и коррекции терапии. Жалобы при поступлении на частые потери сознания, тремор, возникающий при голодании и перенапряжении, отставание в росте, увеличение объема живота. Состояние при поступлении средней тяжести, обусловлено метаболическими нарушениями. Вес-20,5 кг, рост-104 см. Задержка психо-моторного, физического развития (низкий ИМТ - 18,5). Сознание по ШКГ 15 баллов. Кожные покровы чистые, смуглые, видимые слизистые бледно-розовые, чистые, язык обложен белым налетом, множественный кариес молочных зубов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Печень и селезенка увеличены (11 и 2 см. соответственно), склонность к запорам. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: в биохимическом анализе крови повышение уровня АЛТ и АСТ, глюкоза – 4,3ммоль/л. В копрограмме от 12.04.17: непереваренная клетчатка +++; крахмал ++; растительная клетчатки +++, йодофильная флора++. На ЭЭГ 12.04.2017: выраженные дизэнцефальные изменения с раздражением лимбико-ретикулярного комплекса на фоне умеренной гипоактивности коры, восстановление фоновой записи замедленно. Признаки нейрональной истощаемости. Порог судорожной активности резко снижен. На УЗИ органов брюшной полости от 04.04.2017: печень увеличена на 50 мм, поджелудочная железа - увеличен «хвост», селезенка увеличена на 30 мм. Консультации смежных специалистов: стоматолог 05.04.2017: множественный кариес молочных зубов; ортопед 04.04.2017: плоско-вальгусные стопы; кардиолог 10.04.2017: метаболическая кардиомиопатия, МАРС: фальш-хорда. Невролог 06.04.2017: болезнь