

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.Порохня

**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 низкої 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 з 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.