

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ"

MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE
I. HORBACHEVSKY TERNOPIL STATE
MEDICAL UNIVERSITY

XXIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

THE 23d INTERNATIONAL
MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS



15-17 КВІТНЯ 2019
APRIL 15-17, 2019

ТЕРНОПІЛЬ
УКРМЕДКНИГА

Відповідальний редактор:

Ректор ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
д-р мед. наук, проф. М.М. Корда

Заступники відповідального редактора: проф. І.М. Кліш

Редакційна колегія:

Асистент: А.І. Дуб, С.В. Кучер

*Студенти: М. Рябоконт, О. Косман, Л. Стасишин, І. Стецюк, В. Стецька, А. Брик, П. Левчук,
Ю. Бандрівська, Б. Довгий, О. Болюх, У. Сатурська, Т. Попович, В. Косовська, О. Сопель,
Н. Савчук, Т. Швець, Л. Мазур, О. Пастушина, С. Бандрівська, Ю. Ковальчук*

здоров'я дитини, тому моніторинг даного критерію вважається одним з найефективніших заходів, які здійснюються медичними працівниками, щодо зниження рівня захворюваності, працездатності та смертності як окремого регіону так і країни в цілому.

Мета дослідження. Проаналізувати медичну активність батьків дітей допризовного віку з такою патологією, як затримка фізичного та статевого розвитку, дефіцит маси тіла.

Матеріалами роботи: анкети для визначення медичної активності батьків, амбулаторні карти дітей віком 16-17 років (n=50) з результатами медичного огляду.

Методи: антропометрія, соматоскопія, визначення ІМТ та оцінка формули статевого розвитку за Таннером, анкетування батьків.

Результати аналізу: за структурою проживання – сільська молодь складала - 64%(n=32), міська – 36%(n=18). При чому вперше виявлені діагнози виставлено у 88% (n=44), а саме затримка фізичного розвитку 48% (n=24), статевого - 40% (n=20), дефіцит маси тіла - 41% (n=82). Супутня патологія спостерігалась у 56% (n=28) дітей, серед яких домінують такі порушення: серцево-судинні 28,6%(n=8), кістково-суглобові 25%(n=7), офтальмологічні 7,1%(n=2), шлунково-кишкові 17,9%(n=5), ендокринні 7,1%(n=2), сечостатевої 25%(n=7). Згідно цього встановлено, що на стаціонарне лікування поступило 28%(14) пацієнтів. Насторожує пізні звернення за медичною допомогою пацієнтів віком 17 років з проблемами у фізичному та статевому розвитку. 88% дітей мають значне відставання в рості, або неналежне набирання ваги, або відставання у статевому розвитку. У 48% пацієнтів розпочалося закриття зон росту, і тому надія на високий зріст, або досягнення соціально значимого росту цих пацієнтів є досить низькою. 40% (30 пацієнтів) мають зафіксоване відставання у статевому дозріванні. Відомо, що такі хлопці часто комплексують, бувають замкнуті в колі своїх ровесників, мають психосоматичні розлади. Дефіцит маси тіла, який виявлений в 41% підлітків (n=82), насторожує в плані наявності в цих пацієнтів хронічної соматичної невиявленої патології, або соціальних проблем в сім'ї (голодування, недоїдання, неякісне харчування).

Постає питання про низьку медичну активність батьків цих пацієнтів, адже лише медична комісія військомату спромоглася направити на медичний огляд підлітків із проблемами розвитку, з них 28% мали досить серйозні проблеми, адже їх було госпіталізовано. Навіть якщо первинна ланка медичної допомоги не змогла вчасно діагностувати відставання в фізичному та статевому розвитку, то повинно було бути звернення батьків до медиків, як роблять батьки, яким не байдуже стан здоров'я своєї дитини.

Висновки. Отримані дані доцільно застосовувати для прийняття оптимальних рішень щодо удосконалення медичної та організаційної роботи з підлітками та їхніми батьками, та створення позитивної громадської думки з даних питань.

Компетентність, медична обізнаність батьків та їх медична активність сприятиме швидкому виявленню відхилень в фізичному розвитку та здоров'ї підлітків, в той час як роль медичних працівників та педагогів в таких випадках повинна бути більш активна в плані постійного моніторингу фізичного розвитку дітей та контроль за своєчасним статевим розвитком.

Вакула Дар'я

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ

Кафедра факультетської педіатрії

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.М. Недельська

Запорізький державний медичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Актуальність. Атопічний дерматит (АД) – одна з актуальних проблем сьогодення. Поширеність АД серед дітей раннього віку сягає 12-15%, а частота ускладнених форм бактеріальними та грибовими інфекціями – 20%.

Мета. Оцінити показники місцевого та системного імунітету у дітей з ускладненими формами АД у дітей раннього віку.

Матеріали та методи. Було досліджено 24 дитини віком 3 міс – 3 роки із ускладненими формами АД (підтверджено бактеріологічно) та 10 практично здорових дітей групи контролю. Проводилися лабораторні дослідження рівнів IgA, IgM, IgG, IgE та показники імунограми.

Результати. Порівняно із групою контролю, у 35% дітей з АД була виявлена транзиторна гіпогаммаглобулінемія (сум. IgA, IgM, IgG < 6,0), що свідчить про порушення у гуморальній ланці імунітету. Для дітей основної групи були характерні достатні абсолютні та відносні показники рівнів Т-лімфоцитів (CD3+, CD19-), що свідчить про адекватне антилітутворення. Однак, при цьому кількість В-лімфоцитів (CD19+) у 46% дітей відповідала нижнім референтним значенням разом зі зниженням числа цитотоксичних клітин (CD3+, CD56+) та натуральних кілерів (CD16+), що свідчить про порушення клітинно-опосередкованих відповідей, і саме цим пояснюється частота інфікування шкіри у дітей з АД. Функціональна активність імунних клітин не мала змін, а рівні С-3 комплементу були знижені, що також свідчить про порушення імунного захисту проти вторинних бактеріальних та грибкових інфекцій.

Висновки. У дітей з ускладненими формами АД характерні транзиторні імунні порушення за гуморальною ланкою імунітету, помірна активація Т-лімфоцитів та зниження клітинно-опосередкованих механізмів. Природні реакції проти інфекційного захисту пригнічені, що вказує на зміну поляризації Тх1 порядку на Тх2 порядку.

<i>Благуи Соломія</i> КЛІНІЧНО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКІВ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДИНАМІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ	162
<i>Боднарчук-Собацька Наталія</i> ЗАТРИМКА РОЗВИТКУ У ПІДЛІТКІВ ТА АСПЕКТИ ЇХ ВИНИКНЕННЯ	162
<i>Вакула Дар'я</i> ОСОБЛИВОСТІ ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ	163
<i>Величко Марія</i> АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ПРОБИ РУФ'Є У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП	164
<i>Вельгуш Тетяна, Гулей Неля, Волян Христина</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГОСТРОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ В-КЛІТИННОЇ ЛІМФОБЛАСТНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ У ДИТИНИ	164
<i>Винницька Олена</i> ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕННЯ МУТАЦІЙНОГО СТАТУСУ В ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ ЛІМФОБЛАСТНИМИ ЛЕЙКЕМІЯМИ	164
<i>Гайда Анастасія</i> АЛГОРИТМ ПОСТАНОВКИ ДІАГНОЗУ ВУЗЛУВАТОЇ ЕРИТЕМИ У ДІВЧИНКИ 8 РОКІВ	165
<i>Глов'як Віталій</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ	165
<i>Горбач Любомир</i> КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ СИНДРОМУ ЖИЛЬБЕРА У ДІТЕЙ	166
<i>Грига Яна</i> СПЕЦИФІКА ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ	166
<i>Дацишин Наталія</i> СІМЕЙНА ГІПЕРТРИГЛІЦЕРИДЕМІЯ: КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ДІТЕЙ	167
<i>Загрнчук Юлія</i> КЛІНІЧНИ ВИПАДОК - СІМЕЙНА ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЯ	167
<i>Коблюк Зоряна, Луцник Вікторія, Васильєва Олена</i> ЗНАЧЕННЯ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА У ДІТЕЙ В УМОВАХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	167
<i>Комар Анна, Вальків Марія, Шепеть Ірина</i> ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЯ - ПРОБЛЕМА ДИТЯЧОГО ВІКУ	168
<i>Косовська Віта, Коваленко Роман</i> АНАЛІЗ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЩОДО ПЕРВИННИХ ІМУНОДЕФІЦИТІВ	168
<i>Кошова Анастасія, Загородня Яна</i> ІНФІКОВАНІСТЬ Н.PYLORI СЕРЕД ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ	169
<i>Лазуркевич Тетяна</i> РАБДОМІОМИ СЕРЦЯ В НОВОНАРОДЖЕНИХ НЕМОВЛЯТ	169
<i>Левинська Н.</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЦНС У ДИТИНИ	170