

Міністерство охорони здоров'я України  
Державний заклад „Запорізька медична академія післядипломної освіти  
Міністерства охорони здоров'я України”



# ТЕЗИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ

XIV ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ  
„АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ”

20 листопада 2020 року

УДК 61 (063)

А 43

**Редакційна колегія:**

**ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР – О.С. Никоненко**, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, д. мед. н., професор, Лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, Заслужений діяч науки і техніки України, ректор Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України».

**ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА:**

**С.Д. Шаповал**, д. мед. н., професор, перший проректор Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»

**І.М. Фуштей**, д. мед. н., професор, проректор з наукової роботи Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»

**ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР:**

**О.О. Токаренко**, к. мед. н., голова Ради молодих вчених.

**Члени редколегії:** Н.О. Скороходова, д. мед. н., професор;  
В.Б. Мартинюк, к. мед. н., доцент;  
В.П. Медведєв, к. мед. н., доцент;  
В.Б. Козлов, к. мед. н., доцент;  
О.О. Березін, заступник голови Ради молодих вчених.

Тези за матеріалами: XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини» (20 листопада 2020 р., м. Запоріжжя) – Запоріжжя, 2020. – 320 с.

**Відповідальність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори. У тезах збережено авторське подання матеріалів.**

вторинні зближуючі шви шовком, трансплантат фіксований до реципієнтного ложа монофіламентом 6.0 вузловими швами. Всі пацієнти отримали ВЯТ однакових розмірів (0,5 см x 1,5 см). Розміри кератинізованої слизової оболонки вимірювались градуйованим пародонтальним зондом. Всі заміри проводились в вихідному стані, протягом 30 та 90 днів після аугментації. Статистично була проаналізована відмінність між двома групами.

**Результати.** Отримані результати корелюють з даними Міжнародної асоціації стоматологічних досліджень 2009 року. В післяопераційному періоді вагомо змінились розміри ВЯТ. Через 90 днів висота, довжина та площа ВЯТ були зменшені на 33%, 20% та 41% у тих пацієнтів, що не палять, та на 39%, 25% та 53% у курців.

**Висновки.** У курців скорочення зони кератинізованої ясни біля імплантата після аугментації ВЯТ склало 39%, 25% та 53% відповідно, що створює ризики для довгострокового функціонування імплантатів та протетичних конструкцій, та дозволяє вважати паління фактором негативно впливаючим на майбутній прогноз і потребує додаткових угод від пацієнта або модернізації інформованої добровільної згоди з метою уникнення в подальшому юридичних проблем.

## **РОЛЬ СИНДРОМУ МАЛЬАБСОРБЦІЇ ВУГЛЕВОДІВ В ДИНАМІЦІ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЄЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

***Н.В. Воробйова, О.В. Усачова***

*Запорізький державний медичний університет*

*Кафедра дитячих інфекційних хвороб*

**Вступ.** Однією з важливіших проблем дитячої інфектології, що не втрачає своєї актуальності через високу поширеність та тяжкий перебіг у дітей раннього віку, є ротавірусна інфекція (РВІ). Основними ланками патогенезу хвороби вважають вірус-індуковане порушення молекулярних механізмів секреції та мальабсорбцію вуглеводів у тонкому кишківнику.

**Мета роботи.** Визначити патогенетичний вплив синдрому мальабсорбції вуглеводів на клінічний перебіг РВІ в динаміці хвороби.

**Матеріали і методи.** В дослідження включено 60 дітей віком 1-24 міс. на грудному вигодовуванні, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в дитячому кишковому відділенні КНП «Обласна інфекційна клінічна лікарня» (ОІКЛ) ЗОР з приводу ротавірусного гастроентериту. РВІ підтверджено виявленням антигену ротавірусу у фекаліях імунохроматографічним методом з використанням тест-систем СІТО TEST ROTA. В терапії дітей додатково не застосовувалися препарати лактази, жодна дитина не була переведена на

низьколактозну чи безлактозну суміш. Окрім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження пацієнтів із інфекційною діареєю, всім дітям групи спостереження в динаміці (на II-III, V, VII та X добу хвороби) проводили напівкількісне визначення у фекаліях загального рівню вуглеводів (методом Бенедикта). Статистичну обробку даних здійснювали з використанням сформованої бази даних пацієнтів в програмі «STATISTICA for Windows 13» (StatSoftInc., №JPZ804I382130ARCN10-J) за допомогою методів непараметричної статистики.

**Результати.** Порівняльний аналіз добової частоти випорожнень у дітей із різним вмістом відновлюючих цукрів у фекаліях в динаміці хвороби показав наявність впливу мальабсорбції вуглеводів на виразність ротавірусної діареї. Так, в перші дні РВІ не спостерігався зв'язок між даними показниками. Починаючи з п'ятої доби хвороби зареєстрована тенденція до збільшення виразності діареї зі збільшенням показників проби Бенедикта (втім, без достовірної різниці). Статистично значуща ж різниця в частоті випорожнень між дітьми із мінімальними ( $\leq 0,5\%$ ) та максимальними ( $\geq 1\%$ ) рівнями екскретованих цукрів у фекаліях зафіксована на сьому добу хвороби. Так, у дітей, що мали  $\geq 1\%$  вуглеводів калу добова частота випорожнень була вдвічі більшою, ніж у дітей із показником проби Бенедикта  $\leq 0,5\%$  та складала 4,00 [3,00; 5,00], проти 2,00 [1,00; 5,00] рази, відповідно ( $p < 0,05$ ). Поглиблення зафіксованих відмінностей спостерігалось на десяту добу хвороби, коли частота випорожнень нормалізувалася та складала 1,00 [1,00; 2,00] раз на добу в дітей із мінімально підвищеним рівнем вуглеводів ( $\leq 0,5\%$ ) та зберігалася діарея 3,00 [2,00; 3,00] рази при 0,6-1% цукрів у фекаліях ( $p < 0,05$ ). Найбільша ж частота діареї в даний термін фіксувалася в хворих із максимально виразною мальабсорбцією вуглеводів ( $\geq 1\%$ ), складаючи 3,00 [2,00; 5,00] рази на добу ( $p < 0,01$  відносно першої групи). Отримані дані вказують на перевагу інших патогенетичних механізмів, які обумовлюють діарейний синдром у дітей в ранні терміни РВІ. Після п'ятої доби хвороби та в більш пізні її строки провідну роль в підтриманні діареї відіграє синдром мальабсорбції олігосахаридів, основою якого є дисахаридазна недостатність та порушення абсорбції моносахаридів ентероцитами. Підтвердженням цьому також слугує виявлений на сьому добу РВІ прямий кореляційний зв'язок середньої сили між частотою випорожнень та загальною кількістю вуглеводів у фекаліях ( $r = 0,54$ ), який посилювався на десяту добу хвороби ( $r = 0,70$ ).

Подальший аналіз показав, що мальабсорбція вуглеводів мала найбільший патогенетичний вплив на виразність діареї в наймолодшій віковій категорії – 1-6 міс. Саме в цій групі спостерігалися прямі кореляційні зв'язки найбільшої сили між частотою випорожнень та рівнем мальабсорбованих цукрів ( $r = 0,78$  на сьому та  $r = 0,89$  на десяту добу РВІ) ( $p < 0,05$ ). Крім того, у дітей першого півріччя життя такі клінічні прояви мальабсорбції

вуглеводів, як метеоризм та флатуленція, реєструвалися в 1,6 рази частіше – у 84,6% випадків, порівняно з 51,8% дітей старше 1-го року ( $p < 0,05$  за критерієм  $\chi^2$ ).

### **Висновки.**

1. Достовірний вплив мальабсорбції олігосахаридів на виразність ротавірусної діареї спостерігається після п'ятої доби РВІ та проявляється вдвічі більшою частотою випорожнень у дітей із рівнем екскретованих цукрів  $\geq 1\%$ , порівняно із хворими з рівнем вуглеводів  $\leq 0,5\%$  на сьому добу ( $p < 0,05$ ) з поглибленням даної залежності на початку другого тижня хвороби ( $p < 0,01$  на десяту добу).

2. Показники проби Бенедикта  $> 1\%$  та  $> 0,5\%$  на сьому та десяту добу РВІ, відповідно, можна вважати клінічно значущими в підтриманні діарейного синдрому на даних етапах захворювання.

3. Синдром мальабсорбції вуглеводів має найбільший вплив на перебіг РВІ у дітей першого півріччя життя, що підтверджується сильним кореляційним зв'язком між частотою випорожнень та рівнем вуглеводів в калі ( $r = 0,78$  на сьому та  $r = 0,89$  на десяту добу РВІ) ( $p < 0,05$ ), а також найбільшою частотою виявлення метеоризму та флатуленції при РВІ саме в цієї категорії дітей ( $p < 0,05$  за критерієм  $\chi^2$  порівняно із дітьми 12-24 міс).

## **ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ**

***Б.Р. Воцилін***

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна*

*Кафедра хірургічних хвороб*

*Науковий керівник – к.мед.н., доцент Шевченко Є.В.*

**Актуальність.** Летальність у разі гострого панкреатиту досить значна та сягає 3-15 %, а у разі деструктивних форм – близько 20-50 %. Надання раціональної терапії у разі гострого панкреатиту забезпечує зниження ризику виникнення ускладнень та зменшує показник летальності.

**Мета роботи.** Дослідити результати терапії та актуальні тактики консервативного лікування гострого панкреатиту.

**Матеріали і методи.** Під час написання роботи було проведено аналіз літературних джерел, протоколи діагностики та лікування гострого панкреатиту, статті з сучасних медичних журналів. Було проведено ретроспективний аналіз, де хворі, що лікувались з приводу гострого панкреатиту у період з 2015 по 2019 роки, були поділені на 2 групи спираючись на значення індексу прогнозованої тяжкості (ПІТ). Перша група – 71,2%