

пов'язаний з Т-критерієм та ризиком ОП переломів, частота остеопорозу у пацієнтів зі склерокальцинозом АК вища на відміну від тих, що мають нормальну ехоструктуру АК.

ВИДОВОЙ СОСТАВ МИКРОБИОТЫ КОЖИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Вакула Д.А.

Научный руководитель: д. мед.н., проф. Недельская С.Н.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской педиатрии

Цель. Изучить видовой состав микробиоты на пораженных участках кожидетей с атопическим дерматитом (АД) и её влияние на рН кожи. Материалы и методы. Обследовано 15 детей (с 3 мес. до 15 лет) с обострением АД, группа контроля – 7 человек без кожного синдрома. У всех детей изучалась микробиота кожи. Материал (соскоб с кожи) заседали на плотную среду Сабуро и кровяной агардвукратно. Параллельно измеряли рН кожи. Результаты. Нетипичные по своей морфологии и локализации для АД высыпания на коже определялись у 60% детей (n = 9), изменения рН кожи (<5,6 и >5,8) имели 46% больных (n = 7). Результаты посевов показали, что у 53% пациентов с АД (n = 8) имела место массивная или умеренная контаминация бактериями. Наиболее часто высеваемым микроорганизмом был *S.aureus* (62,5%), реже *S.epidermidis* (25%) и *E.faecalis* (12,5%). У 43% детей без АД определяется скудный рост *S.epidermidis*, что является нормофлорой. У 27% детей с АД (n = 4) отмечался рост *C.albicans*, из них у 75% с изменениями рН кожи (среднее – 6,03 +/- 0,98) и 25% без изменений рН, однако все эти дети имели нетипичные высыпания для АД. Выводы. Нетипичные по своей морфологии и локализации высыпания кожи при АД требуют микробиологического исследования. Часто кандидоз кожи коррелирует с изменениями рН, что можно считать косвенным маркером вторичного грибкового инфицирования. Рекомендуем для своевременной диагностики вторичного инфицирования кожи у детей с АД в объем обязательного обследования включить контроль микробиоты кожи.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q-ІНФАРКТ МІОКАРДА ПРИ НАЯВНОСТІ БЛОКАДИ ЛІВОЇ НІЖКИ ПУЧКА ГІСА

Валецький М.І.

Наукові керівники: д.мед.н., проф. Сиволап В.Д., к.мед.н., ас. Земляний Я.В.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра внутрішніх хвороб 1

Мета дослідження: оцінити структурно-функціональні особливості серця у хворих на гострий Q-інфаркт міокарда (ГІМ) при наявності блокади лівої ніжки пучка Гіса (БЛНПГ). Матеріали та методи. Обстежено 95 хворих, які були розподілено на три групи: 40 пацієнтів з ГІМ та БЛНПГ, 20 хворих на ГІМ без БЛНПГ, 35 пацієнтів з нестабільною стенокардією та БЛНПГ. Пацієнтам проведена двомірна ехокардіографія на апараті "MyLab50" ("Esaote", Італія) за рекомендаціями Європейського кардіологічного товариства. ГІМ діагностовано при наявності клінічних ознак і ішемічного больового синдрому на тлі вперше виявленої БЛНПГ, динаміки рівнів трононіну І, змін на ЕКГ та ультразвукових досліджень. БЛНПГ встановлена за допомогою ЕКГ на основі рекомендацій асоціації кардіологів України. Отримані результати. У хворих на ГІМ в поєднанні з БЛНПГ спостерігалось потовщення задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛШ) (на 9,6%; p<0,05), збільшення індекса маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) (на 11,2%; p<0,05), швидкості раннього діастолічного наповнення мітрального клапана (MVE) (на 18,3%; p<0,05) та систолічного тиску в легеневій артерії (систТЛА) (на 23,1%; p<0,05) порівняно з пацієнтами з ГІМ без БЛНПГ. Пацієнти з ГІМ та БЛНПГ в порівнянні з хворими на нестабільну стенокардію з БЛНПГ мали нижчу фракцію викиду (на 27,3%; p<0,05), більші кінцево-діастолічний (на 22,2%; p<0,05), кінцево-систолічний (на 20,9%; p<0,05) розміри, ІММЛШ (на 17,4%; p<0,05), діаметр лівого передсердя (на 9,7%; p<0,05) та більший систТЛА (на 18,9%; p<0,05). У хворих, що перенесли ГІМ з БЛНПГ, переважно спостерігалась ексцентрична гіпертрофія (87,5%) та тип діастолічної дисфункції з порушенням релаксації (42,5%). Висновки. Хворим на ГІМ при наявності БЛНПГ притаманна ексцентрична гіпертрофія з дилатацією лівих камер серця і потовщення ЗСЛШ та підвищення систолічного тиску в легеневій артерії.