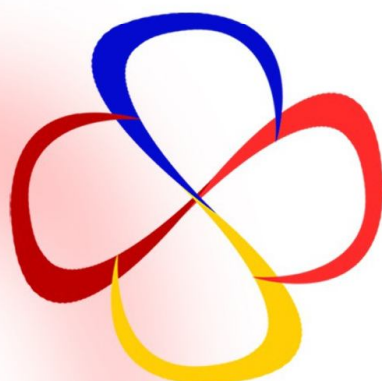


Міністерство освіти і науки України
Міністерство охорони здоров'я України

Вищий державний навчальний заклад України
“Українська медична стоматологічна академія”

Студентське наукове товариство



Погляд майбутніх лікарів на сучасну медицину

Тези доповідей
72-ї Всеукраїнської Студентської
наукової конференції

23-24.03.2016
м.Полтава



Висновки. Впровадження в рутинну практику технологій догляду за шкірою та периферичним катетером у імунокомпроментованих пацієнтів дитячого онко- гематологічного відділення сприяло збільшенню терміну функціонування периферичних венозних катетерів з 3,2 доби у 2013 році до 7,92 діб у 2015.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З ВРАХУВАННЯМ ЗАПАЛЬНИХ ПАТТЕРНІВ КРОВІ

CLINICAL FEATURES OF BRONCHIAL ASTHMA DEPENDING OF INFLAMMATORY PATTERN OF BLOOD

Андрійчук Т.Р., Тарнавська С.І. / Andriyuchuk T.R., Tarnavska S.I.

Науковий керівник: проф. д.мед.н. Безруков Л.О.

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб (зав. каф. - д.мед.н. проф. Колоскова О.К.), м. Чернівці

Дослідження фенотипових особливостей бронхіальної астми в дітей є актуальним, оскільки допоможе обрати індивідуалізоване базисне профілактичне лікування для досягнення контролю над захворюванням.

Мета роботи. З метою оптимізації комплексного лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, ретроспективно дослідити фенотипові особливості захворювання залежно від запальних паттернів крові.

Матеріали і методи дослідження. Проведене комплексне клінічно-імунологічне обстеження I-II рівня 46 дітей, хворих на бронхіальну астму. Залежно від вмісту гранулоцитів крові сформовані 2 клінічні групи: I групу склали 34 дитини, які хворіють на БА із гіпогранулоцитарним запальним паттерном крові (вміст еозинофілів крові < 250 клітин/мм³ та нейтрофілів < 5000 клітин/мм³) (середній вік – 13,7±2,6 роки, частка хлопчиків – 64,7%), до II групи увійшли 12 хворих з гіпергранулоцитарним паттерном запальної відповіді (вміст еозинофілів крові ≥ 250 клітин/мм³ та нейтрофілів ≥ 5000 клітин/мм³) (середній вік – 14,9±1,9 роки (p>0,05); частка хлопчиків – 58,3% (p>0,05)). За основними клінічними ознаками групи спостереження були зіставленими.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи вік початку захворювання нами встановлено, що у I клінічній групі початок захворювання у віці до 3 років спостерігався у 26,5±5,6 % випадків, від 3 до 6 років – у 26,5±5,6%, та після 6 років – у 47,0±6,5 % спостережень. У хворих II групи початок захворювання у вказані вікові періоди спостерігався із наступною частотою: 33,3±7,3%, 16,7±5,0%, та 50,0±7,3% (p>0,05) відповідно. Таким чином, середобстежених дітей відмічалася тенденція до переважання так званої

«астми пізнього початку». Разом із тим, серед представників II групи удвічі переважала частка хворих із дебютом БА у ранньому віці порівняно з дошкільним віком. Оцінка тяжкості перебігу БА показала, що персистувальний: легкий, середньої тяжкості і тяжкий перебіг астми у представників I групи відмічався у 17,6%, 38,2%, 44,2% пацієнтів відповідно. У дітей II клінічної групи розподіл за тяжкістю перебігу захворювання виявився наступним: 0%, 25,0% (p>0,05), 75,0% випадків (p<0,05). Наявність гіпергранулоцитарного паттерну крові підвищувала відносний ризик розвитку тяжкої астми - у 1,7 разу [95% ДІ: 1,2-2,4] при співвідношенні шансів - 3,8 [95% ДІ: 2,1-6,9]

Висновки. Гіпергранулоцитарний фенотип бронхіальної астми асоціював із пізнім стартом астми та підвищував шанси розвитку тяжкого неконтрольованого перебігом захворювання у 3,8 разу.

КЛІНІЧНІ ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ПРОТЯГОМ 1 ДОБИ ЖИТТЯ CLINICAL PREDICTORS OF BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA IN PREMATURE INFANTS WITHIN 1 DAY OF LIFE

Муратова О.В., Петреман Т.В. / Muratova O.V., Petreman T.V.

Науковий керівник: ас. Артёмова Н.С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією (зав. каф. – д.мед. н., проф. Похилько В.І.), м. Полтава

Мета проведеного дослідження: ідентифікація найбільш значущих факторів, які достовірно асоціюються з розвитком захворювання.

Матеріали та методи дослідження. Проведено ретроспективне когортне дослідження, в яке включено малюків, які народились з масою до 1500 г та з віком менше 32 тижнів гестації, яким у постнатальному віці 36 тижнів виставлено діагноз БЛД (n=38). У групу порівняння включено передчасно народжених з такою ж масою при народженні, але без БЛД (n=35). Перевірка гіпотез щодо рівності генеральних середніх проводилась з використанням t-критерія Стюдента.

Результати та їх обговорення. Вага та гестаційний вік дітей основної групи були достовірно нижчими за аналогічні показники дітей групи порівняння, що зумовлено значною частотою БЛД серед немовлят з гестаційним віком при народженні 25-28 тижнів. Так, в основній групі дослідження маса тіла новонароджених становила 1053,37 г (ДІ 978 – 1127), а гестаційний вік – 27 тиж., в контрольній групі маса тіла при народженні - 1375,0 (ДІ 1330 – 14119), гестаційний вік – 30 тиж. Співвідношення хлопчиків та дівчаток в обох групах було майже однаковим. На сьогодні відомо, що пренатальна терапія стероїдами у жінок з ймовірною загрозою передчасних пологів знижує ризик неонатальної смерті, респіраторного дисстрес-синдрому, внутрішньошлункових крововиливів. За результатами наших досліджень повну антенатальну профілактику отримала майже однакова кількість матерів, зокрема 36,7 % матерів основної групи та 51,2 % матерів групи порівняння.

Нашим дослідженням виявлено, що 69,4% новонароджених з БЛД під час первинної серцево-легеневої реанімації застосовувалась ШВЛ, проте серед дітей контрольної групи – лише у 48,8% немовлят, p=0,047. Що стосується частоти застосування кисневої терапії, то наше дослідження показало, що частота застосування була майже однаковою. Дослідження показало, що проведення дитині ШВЛ у пологовій залі достовірно підвищує її шан-