

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М. ГОРЬКОГО
НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО ТВОРЧОЇ МОЛОДІ



МАТЕРІАЛИ **74-го МІЖНАРОДНОГО** **МЕДИЧНОГО КОНГРЕСУ** **МОЛОДИХ УЧЕНИХ**

**«Актуальні проблеми
клінічної, теоретичної, профілактичної
медицини, стоматології та фармації»**

25-27 квітня 2012 року
м.Донецьк, Україна

Зміст

ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА	7	
АНАТОМІЯ ЛЮДИНИ, ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ ТА ТОПОГРАФІЧНА АНАТОМІЯ	7	
МЕДИЧНА БІОЛОГІЯ, МІКРОБІОЛОГІЯ	15	
МЕДИЧНА ТА БІОЛОГІЧНА ІНФОРМАТИКА	23	
МЕДИЧНА ХІМІЯ	27	
МОРФОЛОГІЯ, ПАТОМОРФОЛОГІЯ (ГІСТОЛОГІЯ, ЦИТОЛОГІЯ, ЕМБРІОЛОГІЯ, ПАТОМОРФОЛОГІЯ)	32	
ПАТОЛОГІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ	39	
ФІЗІОЛОГІЯ	43	К
ЦЕНТРАЛЬНА НАУКОВО-ДОСЛІДНА ЛАБОРАТОРІЯ	53	
ГУМАНІТАРНІ НАУКИ	62	
НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ШКОЛЯРІВ, ЛІЦЕЇСТІВ ТА УЧНІВ МЕДИЧНИХ КОЛЕДЖІВ	66	
КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА	82	ук
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ	82	
ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ	116	но
КЛІНІЧНА ІМУНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ ТА ЕНДОКРИНОЛОГІЯ	136	па
НЕЙРОХІРУРГІЯ	140	«Г
НЕРВОВІ ХВОРОБИ З КУРСОУ МЕДИЧНОЇ ГЕНЕТИКИ	146	
ОНКОЛОГІЯ	153	по
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ	158	зы
ПЕДІАТРІЯ	163	мь
ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ	189	Ус
ПСИХІАТРІЯ	192	го,
СУДОВА МЕДИЦИНА ТА ОСНОВИ ПРАВА	198	он
ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ	202	ки
УРОЛОГІЯ	210	ви
ФТИЗИАТРІЯ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЯ	214	чес
ХІРУРГІЯ 1	221	отг
ХІРУРГІЯ 2	233	ши
ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ	245	роі
ШКІРНІ ТА ВЕНЕРИЧНІ ХВОРОБИ	249	тве
СТОМАТОЛОГІЯ	255	рас
ПРОПЕДЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ	255	ши
ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ ТА СТОМАТОЛОГІЯ ФІПО	261	ни
ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ	267	этн
ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ	271	
СТОМАТОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ	278	
ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА	286	ны
ГІГІЄНА, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ	286	мя
ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ	296	свр
ТЕХНОЛОГІЯ ЛІКІВ, ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СПРАВИ ТА СУДОВА ФАРМАЦІЯ, ФАРМАЦЕВТИЧНА ХІМІЯ ТА ФАРМАКОГНОЗІЯ, СТАНДАРТИЗАЦІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ВИРОБНИЦТВА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	296	ни
АЛФАВІТНИЙ АВТОРСЬКИЙ ПОКАЖЧИК	312	ни
		тор

ІНТЕНСИВНІСТЬ ЗАНАДЕННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ ХВОРОЇ НА
БОЗІВІСКОЮ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

эта

юш

нос

изу

На

ної

инс

тановить, что при применении инстилляций тиотриазолина активности СОД и КТ в камерной влаге больных возрастной катарактой была выше на 68,8 % и 20,36 % соответственно по отношению к больным, не получавшим инстилляций тиотриазолина.

Выводы. Результаты клинико-биохимических исследований являлись научным обоснованием использования ТТА в качестве корректора энзиматической антиоксидантной системы у больных возрастной катарактой.

ПЕДІАТРІЯ

Герасимова Е.В., Антонец В.А., Смирнова Н.Н.

ВЛИЯНИЕ БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Кафедра педиатрии №1, зав. кафедрой – проф. Яблонь О.С., научный руководитель – проф. Каблукова Е.К.

Цель исследования. Изучить состояние ССС и влияние на неё ингаляционных бронхолитиков у детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. В соответствии с задачами исследования обследовано 60 детей в возрасте 6-17 лет (37 мальчиков и 23 девочки) с БА разной степени тяжести. При поступлении в клинику больные находились в приступном периоде заболевания. Дети были рандомизированы по мере поступления на 2 группы: в 1-й группе (n=30) приступ БА купировался комбинированным препаратом беродуалом, во 2-й группе (n=30) – бета 2 агонистом - сальбутамолом. Для изучения состояния ССС обследование включало доплерэхокардиографию и холтеровское мониторирование ЭКГ.

Результаты. Выраженные изменения ССС в виде нарушения ритма сердца и проводимости встречаются у 56,7% детей с БА. Наиболее частыми являются тахикардии и/или брадикардии, суправентрикулярная экстрасистолия, синоатриальная блокада, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Нарушение процесса реполяризации миокарда желудочков наблюдается в 54,5% случаев. Выраженность изменений ССС определяется длительностью, тяжестью приступа и течения БА, а также наличием перинатального поражения ЦНС. У 60% детей тяжелой и у 52,4% среднетяжелой БА в приступном периоде отмечается диастолическая дисфункция правого желудочка, проявляющаяся увеличением скорости позднего диастолического наполнения правого желудочка (А) и, реже, снижением скорости его раннего наполнения (Е). У больных БА в приступном периоде отмечается дисбаланс вегетативной нервной системы, проявляющийся снижением всех параметров variability сердечного ритма за исключением растающего вагосимпатического баланса, что свидетельствует об активации симпатической нервной системы. При тяжелом и среднетяжелом приступе БА с исходной активацией симпатической нервной системы после ингаляции бронхолитика отмечается усиление парасимпатической модуляции. При легком приступе с исходной нормальной ЧСС или умеренной брадикардией отмечается, наоборот, активация симпатической модуляции, наиболее выраженная у детей с исходной ваготонией. Параметры variability сердечного ритма у детей с перинатальным поражением ЦНС характеризуются высокими значениями временных и частотных показателей, особенно общей мощности спектра за счет повышения ультранизкой и очень низкой частот, что свидетельствует о высокой активности центральных механизмов в регуляции сердечного ритма, реализующихся через парасимпатическую модуляцию.

Выводы. Для полной оценки функционального состояния ССС у детей с бронхиальной астмой необходимо комплексное обследование, включающее доплерэхокардиографию с изучением гемодинамики малого круга кровообращения и холтеровское мониторирование ЭКГ с анализом variability сердечного ритма.

Галуциньска А.В.

ІНТЕНСИВНІСТЬ ЗАПАЛЕННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЕОЗИНОФІЛЬНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб, зав. каф. – проф. Колоскова О.К., наук. керівник – проф. Безруков Л.О.

Мета дослідження: визначення ступеня активності протеолізу конденсату видихуваного повітря у дітей, хворих на еозинофільну бронхіальну астму.

Матеріали та методи. Обстежено 28 дітей шкільного віку, хворих на БА. Усім хворим у післянападному періоді БА проведений цитологічний аналіз мокротиння, на підставі якого сформовано клінічні групи спостереження. Першу групу формували 12 пацієнтів із еозинофільним характером запалення дихальних шляхів, другу – 16 дітей із нееозинофільним варіантом. Для вивчення інтенсивності місцевого запалення у дітей із БА досліджували протеолітичну активність за лізісом азоальбуміну, азоказеїну та азоколу в КВП.

Результати. Дослідження протеолізу КВП були наступними: за лізісом азоальбуміну - $1,51 \pm 0,07$ мл/год у дітей 1 групи, $1,45 \pm 0,06$ мл/год – у дітей 2 групи; за лізісом азоказеїну - $1,41 \pm 0,07$ мл/год у осіб 1 групи, $1,42 \pm 0,07$ мл/год у пацієнтів 2 групи; за лізісом азоколу - $0,24 \pm 0,03$ мл/год і $0,21 \pm 0,02$ мл/год відпо-

відно. Незважаючи на відсутність відмінностей у показниках протеолітичної активності КВП, відмічено підвищений протеоліз за лізисом низькомолекулярних білків при еозинофільній БА. Так, кількість пацієнтів із показниками протеолітичної активності за лізисом азоальбуміну в КВП >1,55мл/год серед осіб 1 групи становила - 67%, а серед дітей 2 групи – лише 31% спостережень ($P_{\text{и}} < 0,05$).

Висновок: Установлений підвищений протеоліз за лізисом азоальбуміну при еозинофільній БА (ступінь протеолітичної активності КВП за лізисом азоальбуміну становить – 67% проти 31% серед хворих із нееозинофільною БА).

Асташева В.И., Воробьева В.Ю., Манько Д.Ю., Скрипнюк А.Е.

АЦЕТОНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Детская клиническая больница №5 г. Донецка

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. кафедрой - проф. Юлиш Е.И., научный руководитель - асс. Конюшевская А.А.

Цель исследования. Изучение основных факторов, влияющих на развитие ацетонемического синдрома (АС) у детей.

Материалы и методы. Ацетонемический синдром (АС) с высокой частотой встречается в патологии детского возраста. АС является одной из причин для госпитализации у детей, так как около 50% пациентов с АС нуждаются в проведении инфузионной терапии. Проведено обследование 30 детей в возрасте от 2 до 10 лет, находящихся на стационарном лечении в ГДКБ №5 г. Донецка. Среди обследованных девочек было 23 (77%), мальчиков – 7 (23%). У всех больных проведено общепринятое клинико-лабораторное обследование.

Результаты. У 14(47%) детей первый эпизод ацетонемической рвоты выявлен в возрасте 2-3 лет, с 3-6 лет – у 13(43%). Дети старше 6 лет с впервые установленным диагнозом АС составили 3(10%) пациентов. Причинами первого эпизода АС чаще служили острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у 25(83%) детей и/или погрешности в диете – у 23(77%), психо-эмоциональный стресс – у 3(10%). У 2(7%) детей причина АС не выявлена. Повторные эпизоды АС в течение года были зарегистрированы у всех детей (от 2 до 6 случаев), в среднем $2,5 \pm 0,3$ случая в год. Нервно-артритический диатез был у 14(47%) пациентов. При обследовании детей с АС стигмы дисплазии соединительной ткани (ДСТ) были выявлены у 19(63%) больных, множественные стигмы ДСТ (3 и более) - у 11(37%). Из стигм ДСТ чаще всего встречались аномалии кистей и стоп 12(40%), гипермобильность суставов определялась у 9(30%) больных. Стигмы дизэмбриогенеза выявлены у 24(80%) больных, множественные стигмы дизэмбриогенеза (3 и более) - у 15(50%). Из стигм дизэмбриогенеза чаще всего встречались тенденция к синдактилии II, III пальцев стопы 21(70%), с одинаковой частотой - готическое небо и гипертелоризм (17 детей - 57%). Наследственная патология в семье имела место у 26(87%) детей. Гипертоническая болезнь в семье - у 6(20%) детей, вегетососудистая дистония – у 6(20%), обменные артриты – 6(20%), подагра – у 9(30%), мочекаменная болезнь – у 2(7%), желчекаменная болезнь – у 1(3%). Все дети поступили в отделение в периоде ацетонемического криза. Многократная рвота 1–6 дней была у всех больных (100%). Признаки интоксикация были также у всех больных (бледность, вялость, слабость). Повышение температуры тела до 37,5–38,5°C 1-2 суток было у 21(70%). Абдоминальный синдром (боли в животе, тошнота, задержка стула) выявлены у 18(60%) детей. Увеличение печени на 1–2 см было 22(73%). Наличие в моче, рвотных массах, выдыхаемом воздухе ацетона было у всех больных (100%). У 23(77%) детей выявлена гипогликемия, уровень глюкозы крови был от 1,9 до 3,2 ммоль/л. Уровень билирубина, трансаминаз, амилазы у всех больных был в норме. В периферической крови у всех больных (100%) были умеренный лейкоцитоз (12-15 Г/л), нейтрофилез; умеренное повышение СОЭ отмечалось в 18(60%) случаев.

Выводы. Провоцирующими факторами АС служат ОРВИ и погрешности в диете. АС чаще встречается у дошкольников, преимущественно у девочек. Наследственность отягощена по хронической патологии. Клиническая картина АС не отличалась от описанной в литературе. У больных с АС выявлены множественные стигмы ДСТ и множественные стигмы дизэмбриогенеза.

Булгакова Е.А., Возник Э.Р.

СИНДРОМ ЛАРСЕНА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра пропедевтики педиатрии, зав. кафедрой - проф. Юлиш Е.И., науч. руководитель - асс. Конюшевская А.А.

Цель исследования. Синдром Ларсена редко встречающаяся наследственная патология, которая является достаточно тяжелой в отношении качества жизни ребенка. Особую актуальность приобретает ранняя диагностика и лечение синдрома. В связи с редкостью данной патологии приводим собственное клиническое наблюдение.

Материалы и методы. Полное клинико-лабораторное обследование ребенка с синдромом Ларсена, анализ истории болезни и литературных данных.

Результаты. Ребенок Г., рожденный 19.05.2010 г., от 3-й беременности (36-37 недель), протекавшей на фоне выраженного многоводия, 3-х патологических родов (лапаротомия, кесарево сечение). 1 бер-