

restrictive type, which accompanied such changes in the lung parenchyma, in which it becomes more rigid. Conducted correlation analysis of the relationship of spirometric indicators by sex, age and physical development in children with JIA (physiological parameters) did not reveal reliable patterns. At the same time, a weak positive correlation was found between violations of parameters of spirometry and the duration of the disease ($r=0.3$; $p<0/05$). According to screening for tuberculosis, a positive tuberculin test was detected in 6.6% of cases, which required prescription of anti-tuberculosis drugs for three months and partially cancel the basic JIA therapy.

Conclusion: The frequency of lung involvement in the pathological process in patients with oligo- and polyarticular JIA is quite high (impaired lung ventilation function was observed in almost a quarter of the examined patients), which requires proper attention from clinicians to the respiratory system in patients with this pathology. Careful monitoring for infection is still relevant, since presence of infection limits the possibilities of therapeutic tactics in treating patients with JIA.

КЕСАРІВ РОЗТИН ПРИ ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ – ВИБІР ЧИ НЕОБХІДНІСТЬ?

CESAREAN SECTION FOR PELVIC PRESENTATION - THE CHOICE OR NEED?

Войтович М. М., Сорока Ю. М., Гончаренко А. С.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Ляховська Т. Ю.

Voitovich M. M., Soroka Y. M., Honcharenko A. S.

Science advisor: doc. Liakhovska T. Y., PhD

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Кафедра акушерства та гінекології №1

Актуальність: Частота пологів у тазовому передлежанні – 3 - 5 % серед усіх видів передлежань плода. Тазові передлежання так само, як і поздовжні положення плода, належать до фізіологічних положень. Однак дивлячись на значний відсоток мертвороджень та оперативних втручань їх відносять до патологічних станів, хоча правильніше буде сказати, що вони належать до пограничних станів між патологією і нормою. Тазове передлежання може виникати внаслідок багатоводдя, багатоплідної вагітності, лейоміоми матки, повторних пологів, аномалії розвитку матки, недоношеності плода, передлежання плаценти, вузького тазу. Ускладнення в пологах при тазовому передлежанні спостерігаються значно частіше ніж при головному: раннє або передчасне вилиття навколоплідних вод, випадіння петель пуповини і мілких частин плода, слабкість пологової діяльності, травми пологових шляхів; у новонародженого – дистрес, травматизм. Тому раціональна тактика ведення вагітності та пологів при тазовому передлежанні буде покращувати наслідки пологів для матері та плоду.

Мета: Вивчити перебіг вагітності і пологів у жінок з тазовим передлежанням та оцінити доцільність проведення кесарського розтину.

Матеріали та методи: Для досягнення поставленої мети нами проведений клініко-статистичний аналіз історій пологів жінок які народили у Полтавському міському клінічному пологовому будинку за 2016-2018 роки.

Результати: За три роки всього було 7235 пологів, із них 270 в тазовому передлежанні, що становить 3.7%. Шляхом кесарського розтину розроджено 214 (79.2%) жінок з тазовим передлежанням, з них за показаннями – 128 (59.8%), за бажанням - 86 (41.2%). В цілому частота операцій кесарського розтину по пологовому будинку становила 18.1%, що у 4.4 рази менше ніж при тазових передлежаннях. Показаннями до кесаревого розтину були: дистрес плода (9.3%), рубець на матці (17.1%), великий плід (20.3%), звужений таз (9.3%), ножне передлежання (17.9%), екстрагенітальна патологія (13.2%), міома матки (5.4%), пре-еклампсія (7.5%).

Висновок: Велику частку серед жінок з тазовими передлежаннями розроджених шляхом кесарського розтину становлять жінки яким операція була виконана за бажанням 41.2%. Це може бути обумовлено недостатньою обізнаністю жінки з процесом перебігу пологів та інформацією одержаною із сумнівних джерел. Тому необхідно приділити більшу увагу психопрофілактичній підготовці жінки до пологів.

ПРОБЛЕМА ОВЕРЛАП-СИНДРОМУ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

THE PROBLEM OF OVERLAP SYNDROME IN PEDIATRIC PRACTICE

Заяць Ю. Б., Танцева Л. О.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Крючко Т. О.

Zaiats Y. B., Tanseva L. O.

Science advisor: prof. Kryuchko T. O., D. Med. Sci

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Кафедра педіатрії № 2

Актуальність: Багатогранність клінічних проявів та єдиний патофізіологічний шлях розвитку обумовлює сучасний погляд на проблему синдрому «перехресту функціональних порушень», який вперше визнаний в Римських критеріях IV перегляду. Тому, в сьогоденні залишається актуальним діагностичний пошук поліморбідності функціональних захворювань органів травлення й вивчення маркерів їх клініко-патогенетичних особливостей для підвищення ефективності терапії та покращення якості життя пацієнтів.

Мета роботи: вивчити особливості клінічного перебігу синдрому перехресту функціональних порушень органів травлення у дітей.

Матеріали та методи: На підставі клініко-статистичного аналізу історій хвороб дітей з патологією шлунково-кишкового тракту за 2017-2018 рр., було виділено 234 стаціонарних карти пацієнтів, у яких діагностовані поєднані

форми функціональних розладів. Верифікація діагнозів проводилася на підставі уніфікованого клінічного протоколу. Середній вік обстежених склав 11,9±0,4 років. Серед дітей незначно превалювали дівчатка (55,9%).

Результати: Аналізуючи нозологічні форми пацієнтів, можна зробити висновок, що у 68,4% відмічалось поєднання двох функціональних розладів, а у кожній третій дитині – трьох нозологій. Найбільш часто у дітей відмічались розлади рухової функції травного тракту, які супроводжувались порушеннями моторної активності стравоходу та шлунку у вигляді перехресту симптоматики різних клінічних варіантів синдрому подразненого кишечника і функціональної диспепсії (67,5%), з домінуючою формою епігастрально-больового синдрому. Частота перехресту симптомів функціональної диспепсії (ФД) і гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) складала 36% , що обумовлювало більш тяжкий і тривалий перебіг обох захворювань. Аналізуючи терміни стаціонарного лікування, можна зробити висновок, що у дітей з поєднанням трьох функціональних захворювань досягнення клінічної ремісії потребувало більш тривалого часу. Особливу зацікавленість викликають симптоми поєднання СПК і біліарних дисфункцій, які характеризувалися не тільки більш вираженою інтенсивністю абдомінального болю, но і високою частотою вегетативних дисфункцій, порушенням біохімічних показників, що суттєво впливало на якість життя хворих дітей. Згідно результатів аналізу, нами встановлено, що у пацієнтів з поєднаними симптомами ГЕРХ та ФД частіше відмічалась панкреатична дисфункція сфінктера Одді (23,9%).

Висновки: На підставі проаналізованих результатів можна зробити висновок про значну поширеність “оверлап-синдрому” в педіатричній практиці. Знання провідних симптомів цих розладів дозволить лікарю первинної ланки обмежити інвазивні методи діагностики та визначити оптимальну стратегію курації хворого. Коморбідність в педіатричній гастроентерології в більшості випадків призводить до більш тяжкого і тривалого перебігу захворювань і, безумовно, потребує не тільки розширення діагностичного протоколу, але і своєчасного призначення комплексної терапії.

ВІТРИНА ВІСПА, УСКЛАДНЕНА ФЛЕГМОНОЮ ОБЛИЧЧЯ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

VARICELLA COMPLICATED BY FACE PHLEGMON (CLINICAL SURVEILLANCE)

Куряча Д. Ю., Коваль А. В.

*Наукові керівники: к. мед. н., доц. Котелевська Т. М., к. мед. н., доц. Прийменко Н. О.
Kuriacha D. Y., Koval A. V.*

*Science advisors: doc. Kotelevska T. M., PhD, doc. Pryimenko N. O., PhD
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава
Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

Актуальність. Вітряна віспа – розповсюджена інфекція у всьому світі, що має доброякісний перебіг та зустрічається переважно серед дітей молодше 10 років, у 90% дорослих визначаються антитіла до збудника цієї хвороби. Однак у осіб з ослабленим імунітетом і деяких імунокомпетентних дорослих можливий розвиток серйозних ускладнень, серед яких значну частку становлять бактеріальні суперінфекції: пневмонії (28,4%), інфекції шкіри (25,4%), сепсис (10,7%) та ін. На сьогодні доведена роль *S. pyogenes* як основного фактору ризику розвитку бактеріальних ускладнень при вітряній віспі, що й визначає актуальність даного дослідження.

Матеріали та методи. Наводимо власне клінічне спостереження ускладненого перебігу вітряної віспи, флегмоною обличчя, спричиненою *S. pyogenes*.

Результати. Пацієнт 17 років, житель містечка, захворів гостро 18. 02. 18. з підвищення температури тіла до 40°C та висипки, з 21. 02. 18. – приєднались біль та ущільнення на обличчі справа. Госпіталізований в ЦРЛ. Анамнез життя: ГРВІ, часті ангіни, пролапс мітрального клапана I ст., метаболічна кардіоміопатія. Епіданамнез: контактував з братом хворим на вітряну віспу.

Об'єктивно: стан хворого важкий, t 39°C, ЧСС 130 уд/хв. На шкірі рясна поліморфна висипка (папули, везикули, кірки). В області лівої щоки з переходом на підщелепну область болючий інфільтрат неправильної форми 8,0x11,0 см, а також інфільтрація шкіри в правій скроневій області. На слизовій ротоглотки ерозії.

При обстеженні виявлено лише зміни гемограми: лейкоцитоз ($9,2 \times 10^9/\text{л}$) із зсувом лейкоцитарної формули вліво (п/я - 32%). Оглянутий суміжними спеціалістами. Діагноз клінічний: Вітряна віспа, типова форма, важкий перебіг. Флегмона обличчя. Проводилось лікування противірусними (ацикловір), антибактеріальними (левофлоксацин, метрогіл, цефепім) та жарознижувачими засобами. 22. 02. 18. у зв'язку з погіршенням стану - наростання набряку обличчя, переведений в Полтавську обласну клінічну інфекційну лікарню. Об'єктивно: стан важкий, t 38,1 °C, ЧСС 110 уд/хв. На шкірі рясна поліморфна висипка, обличчя асиметричне. Набряк повік правого ока. Справа в скроневій з переходом на навколоушну ділянку щільна інфільтрація м'яких тканин, помірно болюча. Зліва - щільний набряк щоки, привушної області, нижньої щелепи, верхньої третини шиї, помірно болючий. Регіонарний лімфаденіт. Смердючий запах з порожнини рота. При обстеженні: лейкоцитоз ($9,9 \times 10^{10}/\text{л}$) із зсувом лейкоцитарної формули вліво (п/я – 52%), цитоліз (АЛТ - 44 МО/л, АСТ - 58 МО/л). Для проведення хірургічного лікування, хворий переведений в Полтавську обласну клінічну лікарню. При оперативному втручанні: у місця розрізів - з ран виділялася рідина серозно-геморагічного характеру, справа в привушній області виявлено вогнище нагноєння вкриті кіркою. При бактеріологічному дослідженні вмісту з ран виділено *Streptococcus pyogenes*.

Терапія доповнена внутрішньовенним імуноглобуліном та тігецикліном. Виписаний в задовільному стані.

Висновки. Наведене клінічне спостереження демонструє бактеріальне ускладнення вітряної віспи у пацієнта на фоні вторинного імунодефіциту.