

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ**

МАТЕРІАЛИ

**71-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького складу
УжНУ**

УДК 616-07-08:378.12:061.3

ББК 54.1+74.58

МЗ4

Збірник матеріалів 71-ї підсумкової науково-практичної конференції професорсько-викладацького складу факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет» висвітлює актуальні питання медичного сьогодення. Роботи, що ввійшли до збірника, присвячені проблемам сучасної діагностики, оптимального лікування та профілактики різноманітних захворювань, а також питанням реформування організації охорони здоров'я та впровадженню новітніх технологій в медицину. В збірнику представлено нові погляди на актуальні питання медичної науки, вказано на можливості застосування результатів світових досягнень в повсякденній лікарській діяльності. Матеріали збірника висвітлюють наукову тематику всіх кафедр ФПОДП. Взаємно перетинаючись та доповнюючи одна одну, вони створюють цілісну наукову палітру факультету, що протягом останніх років є незмінним флагманом в становленні та розвитку вітчизняної науки та інтеграції її в світову наукову мережу.

Редакційна колегія

Голова редколегії:

Чопей І.В. – доктор медичних наук, професор, декан факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки УжНУ, голова Закарпатської обласної громадської організації «Асоціації лікарів сімейної медицини», Заслужений лікар України.

Члени редколегії:

к.мед.н. Михалко Я.О.

к.мед.н. Чубірко К.І.

д.мед.н, Готько Є.С.

д.мед.н. Пулик О.Р.

к.мед.н. Пацкань Б.М.

д.мед.н. Бобик Ю.Ю.

Автори опублікованих робіт несуть повну відповідальність за зміст та ілюстративний матеріал

Рекомендовано до друку Редакційно-видавничою радою
(протокол №1 від 21.02.17) та Вченою радою (протокол № 3 від 23.02.17)
ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

ISBN 978-617-7404-30-8

| | | |
|-----|--|----|
| 50 | МИГРАЦІЯ, ЯК ОДИН ІЗ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ НА РІВЕНЬ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ЗАКАРПАТТЯ ММП Прохорова А.І. | 62 |
| 51 | АСПЕКТ САМООЦІНКИ ЛІКАРЯ ЩОДО ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ Козодаєв С.П. | 64 |
| Ої | ДИСФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІВЧАТ ПІДЛІТКІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ Бобик Ю.Ю. | 65 |
| 52 | КЛІНІЧНА ПРЕЗЕНТАЦІЯ ГОСТРИХ ЛЕЙКОЗІВ У ДІТЕЙ Бузаш М.Ю., Ігнатко Л.В. | 66 |
| | РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З ТИМОМЕГАЛІЄЮ Дикач М.Ю., Русановська О.В. | 67 |
| 53 | КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ Кр'юка М.С., Русановська О.В. | 68 |
| 55 | ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ДОБРОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ ЯЄЧНИКІВ Міцода Р.М. | 69 |
| 56 | НЕГОРМОНАЛЬНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ В ПУБЕРТАТНИЙ ПЕРІОД Корсак В.В., Пацкань І.І. | 70 |
| РІВ | НОВІ МОЖЛИВОСТІ ДОРОДОВОЇ ПІДГОТОВКИ ШИЙКИ МАТКИ Корсак В.В., Пацкань І.І. | 71 |
| 57 | КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ЦЕЛІАКІЇ Чепа О.В., Ігнатко Л.В. | 72 |
| 58 | СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ Черняк М.М., Корчинська О.О. | 73 |
| 59 | ПОРУШЕННЯ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ В І ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ І ЇЇ КОРЕКЦІЯ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ НЕВИНОШУВАННЯ Федько Ю.Р., Бобик Ю.Ю., | 74 |
| 60 | ОПТИМІЗАЦІЯ РАДІОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ НАЯВНОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ І ІМУНОГІСТОХІМІЧНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ Луць Б.В., Полович О.І., Погорелова Н.Є., Готько І.Ю., Жеро С.В., Мельник М.І. | 75 |
| 61 | РАК ШЛУНКУ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА АСПЕКТИ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ Цигика Д.Й., Ігнатко В.Я., Погорелова Н.Є., Пригара Д.В., Жеро С.В., Готько Є.С. | 77 |
| 62 | | |

Оцінка стану йодного забезпечення обстежених показала, що 22 (73,3%) підлітків контрольної групи мали йодурію вищу за 100 мкг/л, що свідчило про достатню кількість надходження йоду у організм, 7 (23,3%) – у межах від 50 до 99 (медіана йодурії – 69,85 мкг/л), а у 1 (3,3%) дівчини йодурія була меншою за 50 мкг/л (загальна медіана йодурії – 92,95 мкг/л). У підлітків основної групи показник медіани йодурії становив 66,33 мкг/л, що свідчило про легкий йодний дефіцит. Тільки 8,6% результатів, які перевищували 100 мкг/л свідчили про достатнє надходження йоду.

Дослідження стану тиреоїдної системи показало, що частота зобу серед дівчат підлітків становить 30%, що відповідає важкій ступені ендемії, а рівень медіани йодурії – 66,33 мкг/л (легка ступінь вираженості йододефіциту).

Висновки: отримані дані свідчать про необхідність регулярних профілактичних обстежень на предмет виявлення тиреоїдної патології та своєчасної корекції йодного дефіциту.

КЛІНІЧНА ПРЕЗЕНТАЦІЯ ГОСТРИХ ЛЕЙКОЗІВ У ДІТЕЙ

Бузаш М.Ю., Ігнатко Л.В.

ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства, м.Ужгород

Ключові слова: гострий лейкоз, діти, «маски» лейкозів.

Вступ: Гострий лейкоз (ГЛ) є найчастішим онкологічним захворюванням дитячого віку. В даний час захворюваність лейкозом в світі складає 3,3-4,7 на 100 000 дитячого населення віком до 15 років. В Україні цей показник складає відповідно 5,1 на 100 000 дітей. Клінічна презентація ГЛ у дітей дуже варіабельна, обумовлена пухлинною інфільтрацією і порушенням функцій уражених органів. Перші прояви часто не супроводжуються змінами в аналізах крові. Це пов'язано з тим, що початковий період гострого лейкозу, під час якого зростання пухлинної маси відбувається тільки в межах кісткового мозку, не має специфічних, чітко окреслених симптомів. Поліморфізм клінічних проявів і відсутність патогномонічних симптомів перешкоджають постанові діагнозу на ранніх стадіях, а полісистемність ураження маскує ГЛ під різноманітні захворювання.

Мета: Вивчити розповсюдженість, особливості дебютних проявів та найчастіші захворювання «маски» ГЛ у дітей.

Матеріали та методи: Проведено аналіз даних клініко-лабораторного обстеження дітей з підозрою ГЛ та хворих, що знаходяться на диспансерному обліку у обласного дитячого гематолога Мукачівської ОКЛ з діагнозом ГЛ.

Результати: Обстежено і проаналізовано історії розвитку 56 дітей віком від 0 до 18 років. Серед хворих переважали діти від 3 до 7 років – 39 дітей (69,64%), за статтю- хлопчики складають 36 дітей (64,28%), дівчатка відповідно – 20 (35,71%). Провідним варіантом був гострий лімфобластний лейкоз (ГЛЛ) – 53

випадки (94,64%). У структурі ГЛЛ переважав В-лінійний лейкоз (common) – 96,22%. Симптоматика початкового періоду включала: високу лихоманку- 46 дітей (82,14%), ознаки інтоксикації- 44 д. (78,57%), кістково-суглобові болі -29 д. (51,78%), абдомінальний біль-19 д. (34%), блідість шкірних покривів – 44 д. (78,57%), збільшення периферичних лімфовузлів – 39 д. (69,64%), підвишена кровоточивість – 13 д. (23,21%). Провідними синдромами при госпіталізації дітей були: анемічний -48 д. (85,91%), гіперпластичний -44 д. (78,57%), інтоксикаційний- 50 д. (89,28%), геморагічний -17 д. (30,35%). Серед обстежених дітей основними масками на попередніх етапах були: ГРІ – 22 (39,28%), ангіна- 8 (14,28%), пневмонія – 12 (21,42%), ЮРА – 6 (10,71%), ІМ – 2 (3,57%), ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура – 2 (3,57%). Для показників клінічного аналізу крові в день госпіталізації найбільш характерним було поєднання анемії, лейкоцитозу (рідше – лейкопенії), тромбоцитопенії.

Висновок: Таким чином, клінічна картина дебюту гострого лейкозу у дітей не має специфічних ознак і ховається під «масками» інших захворювань. Онкологічна настороженість практичних лікарів, ретельне опитування і уважний огляд, при необхідності, клінічний аналіз крові допоможуть запідозрити ГЛ, розпізнати його початкові прояви, своєчасно розпочати лікування, що сприятиме тривалій ремісії.

РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З ТИМОМЕГАЛІЄЮ

Дикач М.Ю., Русановська О.В.

ДВНЗ «УжНУ». Факультет післядипломної та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства.

Ключові слова: діти, фізичний розвиток, тимомегалія.

Вступ. Актуальність проблеми діагностики, лікування та профілактики збільшення тимусу у дітей першого року життя визначається тим, що за наявності тимомегалії у дітей в ранньому віці відмічається більш виражена схильність до алергічних, аутоімунних, онкологічних захворювань впродовж усього періоду дитинства (М.В. Погорелов, 2014).

Мета. Вивчити особливості фізичного розвитку дітей з тимомегалією для покращення її діагностики.

Матеріали й методи. Нами проаналізовано фізичний розвиток дітей першого року життя 41 дитини з тимомегалією, за даними ультразвукового обстеження. Контролем виступала група здорових дітей (20) такого ж віку без тимомегалії. Статистична обробка результатів проводилась в середовищі Excel з визначенням критерія Стьюдента t, достовірною вважалась різниця $p < 0,05$.

Результати. Виявлене достовірне збільшення приросту м'яса тіла у дітей у 3 місяці ($6431,46 \pm 439,55$ г), 6 місяців ($8753,94 \pm 532,27$ г), 9 місяців ($11261,29 \pm 598,75$ г) та 12 місяців ($12839,58 \pm 822,9$ г) з тимомегалією в