

SCI-CONF.COM.UA

EURASIAN SCIENTIFIC CONGRESS



**ABSTRACTS OF XI INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
NOVEMBER 1-3, 2020**

**BARCELONA
2020**

EURASIAN SCIENTIFIC CONGRESS

Abstracts of XI International Scientific and Practical Conference

Barcelona, Spain

1-3 November 2020

Barcelona, Spain

2020

UDC 001.1

The 11th International scientific and practical conference “Eurasian scientific congress” (November 1-3, 2020) Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain. 2020. 613 p.

ISBN 978-84-15927-31-0

The recommended citation for this publication is:

Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Eurasian scientific congress. Abstracts of the 11th International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing. Barcelona, Spain. 2020. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/xi-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-eurasian-scientific-congress-1-3-noyabrya-2020-goda-barselona-ispaniya-arhiv/>.

Editor

Komarytskyy M.L.

Ph.D. in Economics, Associate Professor

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine, Russia and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

e-mail: barca@sci-conf.com.ua

homepage: <https://sci-conf.com.ua>

©2020 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2020 Barca Academy Publishing ®

©2020 Authors of the articles

12.	Клюс В. В. МОЖЛИВІ НАСЛІДКИ КОІНФЕКЦІЇ ВІРУСОМ ГРИПУ А ТА SARS-COV-2. ТАКТИКА БРИГАДИ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВИПАДКУ ВИЯВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З СИМПТОМАМИ КОРОНАВІРУСУ.	77
13.	Куриленко Т. С. РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.	84
14.	Лантух І. В., Остапенко В. М., Лантух А. П. МЕДИЧНА ЕТИКА ТА МЕДИЧНА ОСВІТА В ПРАКТИЦІ СЬОГОДЕННЯ.	89
15.	Мазур К. Б., Ібрагімова Ш. Е., Волкова Ю. В., Лантухова Н. Д. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ.	96
16.	Орел Н. Ю., Малик Н. В. ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНА СФЕРА У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ.	99
17.	Підлісна В. В., Казлюк О. С. ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД У ПИТАННЯХ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З КАШЛЕМ.	101
18.	Тофан Г. Д., Баняс Т. В., Висоцька І. М. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ SARS-COV-2 У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ ТА РОЛЬ ДІТЕЙ У ПОШИРЕННІ ІНФЕКЦІЇ.	106
19.	Удод О. А., Борисенко О. М. ЛАБОРАТОРНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МІКРОТВЕРДОСТІ ДЕНТИНУ ПІСЛЯ СВІТЛОВОЇ ПОЛІМЕРИЗАЦІЇ АДГЕЗИВНОЇ СИСТЕМИ.	113
20.	Усачова О. В., Воробйова Н. В. ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ СИНДРОМУ МАЛЬАБСОРБЦІЇ ВУГЛЕВОДІВ ПРИ РОТАВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В РАННІ ТЕРМІНИ ХВОРОБИ.	116
21.	Федотова І. В., Сливина Л. П., Меновщикова О. І. РОЛЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТІ РИТМА СЕРДЦЯ В ОЦЕНКЕ ПРОЦЕСА АДАПТАЦІЇ К ФІЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ СПОРТСМЕНОВ.	120
22.	Фікс Д. О. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ТА ФАКТОРІВ РИЗИКУ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТА ЗГІДНО ДАНИХ ГОСПІТАЛЬНОГО РЕГІСТРА ЛІКАРЕНЬ М. ВІННИЦІ (2017-2019 РР.).	126
23.	Фіщенко В. О., Маммадов Лачін Алі огли КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВОГО ВВЕДЕННЯ МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ОДЕРЖАНИХ З ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ КОЛІННОГО СУГЛОБУ.	133

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ СИНДРОМУ МАЛЬАБСОРБЦІЇ ВУГЛЕВОДІВ ПРИ РОТАВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В РАННІ ТЕРМІНИ ХВОРОБИ

Усачова Олена Віталіївна

д. мед. н., професор

Воробйова Наталія Володимирівна

аспірант

Запорізький державний медичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Вступ. Ротавірусна інфекція (РВІ) займає особливе місце в структурі захворюваності дітей як в Україні, так і в усьому світі, викликаючи тяжкі дегідратуючі гастроентерити переважно у дітей віком до п'яти років. Основною причиною розвитку ротавірус-індукованої діареї вважають вірус-індуковане порушення молекулярних механізмів абсорбції та секреції. На сьогоднішній день в літературних джерелах присутні дані лише про наявність мальабсорбції вуглеводів та дисахаридазну недостатність у дітей із РВІ, але відсутні уточнення щодо її тривалості, проявів в динаміці та впливу на клінічні особливості ротавірусного гастроентериту, що і стало предметом нашого дослідження.

Мета роботи. Вивчити динамічні зміни лабораторних показників синдрому мальабсорбції вуглеводів у дітей раннього віку з ротавірусною інфекцією та визначити їх вплив на клінічний перебіг хвороби.

Матеріали і методи дослідження. До відкритого проспективного дослідження включено 60 дітей віком 1-24 міс. на грудному вигодовуванні, які отримували лікування в дитячому кишковому відділенні КНП «Обласна інфекційна клінічна лікарня» (ОІКЛ) ЗОР (головний лікар – В.Л.Шинкаренко). РВІ підтверджено виявленням антигену ротавірусу у фекаліях імунохроматографічним методом з використанням тест-систем СІТО TEST ROTA. В дослідження не включали дітей із вродженою та/чи хронічною

патології ШКТ, імунодефіцитом, виділенням із фекалій патогенної кишкової флори. За віком діти були розподілені на три підгрупи: до 6-ти міс. (14/23,3%), 6-12 міс. (18/30%) та 12-24 міс. (28/46,7%).

Окрім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження пацієнтів із інфекційною діареєю, всім дітям основної групи в динаміці (на II-III, V, VII та X добу хвороби) проводили напівкількісне визначення у фекаліях загального рівню вуглеводів (методом Бенедикта), глюкози та лактози. З метою визначення динамічних змін лактазної недостатності та порушень абсорбції моносахаридів, визначали рівень лактози та глюкози у фекаліях. Рівень екскретованої лактози визначали за допомогою проби Мальфатті. Результат оцінювали за кольоровою шкалою, створеною заздалегідь: відсутність зміни кольору «0» – відсутність лактози, світло-жовтий «+» – 0,2 %-0,4 % лактози, колір кленового сиропу «++» – 0,5 %-1,0 % лактози; колір червоного бурштину «+++» – 1,1 %-1,5 %; рубіновий колір «++++» – 2% і вище лактози. Рівень глюкози визначали за допомогою тест-систем «Глюкофан» виробництва компанії Erba Lachema (Чеська Республіка).

В терапії дітей додатково не застосовувалися препарати лактази, жодна дитина не була переведена на низьколактозну чи безлактозну суміш.

Статистичну обробку даних здійснювали з використанням сформованої бази даних пацієнтів в програмі «STATISTICA for Windows 13» (StatSoftInc, №JPZ804I382130ARCN10-J). Через відхилення від нормального закону розподілення для обробки результатів використовували методики непараметричної статистики.

Результати та обговорення. Синдром мальабсорбції вуглеводів спостерігався у абсолютної більшості дітей з РВІ – 98,3% пацієнтів мали підвищені показники проби Бенедикта протягом хвороби. Рівень вуглеводів у фекаліях вже на другу-третю добу хвороби підвищувався до 0,50 [0,20; 1,50] %. Найвищі ж значення проби Бенедикта фіксувалися в розпал хвороби – з п'ятої до сьомої доби – 0,75 [0,50; 1,65] % та 0,87 [0,40; 1,65] %, відповідно,

знижуючись в періоді реконвалесценції до 0,50 [0,20; 1,50] % ($p < 0,05$ за критерієм Вілкоксона)

Встановлено наявність прямих кореляційних зв'язків середньої сили між тривалістю діареї у дітей групи дослідження та рівнем екскретованих вуглеводів і лактози, починаючи з п'ятої доби РВІ ($r=0,44$ та $r=0,33$, відповідно), які зростали в динаміці хвороби, набуваючи максимальних значень на десяту добу ($r=0,56$ та $r=0,51$, відповідно). Подібна закономірність прослідковувалася відносно кореляційного зв'язку між рівнем екскретованої глюкози в калі та тривалістю діареї ($r=0,29$, $r=0,31$ на п'яту та десяту добу, відповідно).

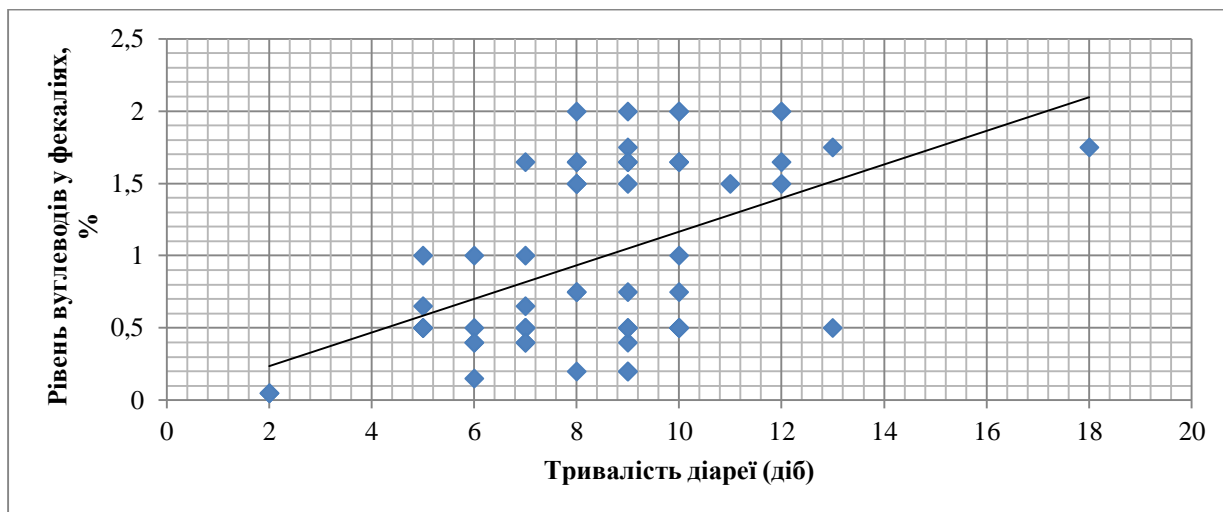


Рис. 1. Графік прямої кореляції тривалості діарейного синдрому з рівнем вуглеводів у фекаліях на п'яту добу РВІ (R Спірмена=0,44, $p < 0,05$, $n=60$)

Крім того, виявлені статистично значущі відмінності між тривалістю діареї та загальною кількістю мальабсорбованих олігосахаридів у фекаліях, починаючи з п'ятої доби РВІ. Так, в даний термін хвороби у пацієнтів із показником проби Бенедикта $\leq 0,5\%$ вона була найменшою та складала 7,00 [6,00; 9,00] діб, при рівні вуглеводів 0,6-1% – 7,50 [6,00; 9,00] діб, діти ж із $\geq 1\%$ екскретованих вуглеводів мали найтриваліший діарейний синдром – 9,00 [8,00; 11,00] діб ($p < 0,01$ за критерієм Краскелла-Уолеса). Треба зазначити, що саме між дітьми першої і другої груп, що мали рівень вуглеводів $\leq 1\%$ та третьої групою пацієнтів з їх найвищими ($\geq 1\%$) значеннями спостерігалася достовірна різниця показників ($p < 0,01$ за критерієм Мана-Уїтні). На сьому та десяту добу

хвороби спостерігалася аналогічна закономірність щодо відмінностей тривалості діареї між групами дітей із різними рівнями екскретованих вуглеводів у фекаліях ($p < 0,01$ за критерієм Краскелла-Уолеса).

Отримані закономірності вказують на патогенетичну роль мальабсорбції олігосахаридів, а саме лактазної недостатності та порушення всмоктування моносахаридів в тонкому кишківнику, в спричиненні та підтриманні діареї при РВІ починаючи вже з періоду розпалу хвороби та, особливо, наприкінці першого-початку другого тижня гастроентериту. Крім того, значний ступінь мальабсорбції вуглеводів ($\geq 1\%$ за пробою Бенедикта) на п'яту добу РВІ може виступати ранньою прогностичною ознакою тривалого (≥ 9 діб) діарейного синдрому при РВІ у дітей віком 1-24 міс.

Висновки.

1. Синдром мальабсорбції вуглеводів виникає при ротавірусній інфекції у абсолютної більшості дітей раннього віку (98,3% випадків) і досягає максимальної виразності з п'ятої до сьомої доби РВІ, що підтверджується найвищими рівнями вуглеводів у фекаліях в дані терміни хвороби – 0,75 [0,50; 1,65] % та 0,87 [0,40; 1,65] % ($p < 0,05$ відносно 10-ї доби).

2. Показники проби Бенедикта $> 1\%$ та $> 0,5\%$ на сьому та десяту добу РВІ, відповідно, можна вважати клінічно значущими в підтриманні діарейного синдрому на даних етапах захворювання.

3. Загальний рівень вуглеводів у фекаліях $\geq 1\%$ за пробою Бенедикта на п'яту добу РВІ є ранньою прогностичною ознакою тривалого (≥ 9 діб) діарейного синдрому при РВІ у дітей віком 1-24 міс.