

чином : 44% - «dipper», 30% - «non-dipper», 26% - «night-peaker». У пацієнтів другої групи спостереження були отримані такі результати: 56% - «dipper», 26% - «non-dipper», 18% - «night-peaker». Висновок: Результати проведеного дослідження свідчать, що пацієнти на ГХ II ст., які мають більший рівень УТ II у сироватці крові, характеризуються вищими значеннями середнього систолічного, діастолічного і пульсового АТ, а також переважанням прогностично несприятливих типів добового профілю АТ - «non-dipper», «night-peaker».

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА, НОСОГЛОТКИ И УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ (ОЛЛ) НА ФОНЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Шматко Е.С.

Научный руководитель: к.мед.н., ас. Каменщик А.В.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной педиатрии

Состояние различных биотопов организма существенно влияет на продолжительность лечения и прогноз у детей с ОЛЛ, что диктует необходимость тщательного подбора сопроводительной терапии. Многие инфекционные осложнения связаны с нарушением кишечного микробиоценоза, изменения которого, в основном, отмечаются в период индукции ремиссии (Варачек Н.М. 2010г). Исходя из вышеизложенного целью данного исследования было выявление частоты высеваемости и чувствительности к антибиотикам различной патогенной и условно-патогенной микрофлоры кишечника, мочи и носоглотки у детей с ОЛЛ, находящихся на лечении в ОДКБ г. Запорожья. Для реализации поставленной цели у 30 больных с ОЛЛ проанализировано бактериальное содержимое из вышеуказанных очагов до начала и во время проведения курса полихимиотерапии. Контрольную группу составили 253 условно здоровых ребенка, у которых были проведены указанные выше исследования. Установлено, что среди детей с ОЛЛ высеваемость условно-патогенной флоры была достоверно выше, составляя 77 % и 26 %, соответственно; $p < 0,05$. Данная флора оказалась резистентной к антибиотикам в 41 % и 22 % случаев, соответственно, $p < 0,05$. При этом преобладали *Kl.pneumoniae*, *Enterococcus faecium*, *Enterococcus faecalis*, *Str.pneumoniae* *E.coli* с максимальной чувствительностью к ванкомицину и амикацину. Таким образом у детей с ОЛЛ, находившихся на лечении в ОДКБ, установлен достоверно более высокий рост условно-патогенной кишечной микрофлоры с повышением её резистентности, В то же время, не было установлено достоверных различий с контрольной группой как в высеваемости, так и в чувствительности микрофлоры из мочи и носоглотки.

ПРОТИВОРЕЧИВОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ АНКЕТИРОВАНИЯ О РОЛИ ВИТАМИНА D В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Щербань Е.Г.

Научный руководитель: д.мед.н., доц. Шумная Т.Е.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской педиатрии

В последние годы много внимания уделяется изучению роли витамина D в формировании заболеваемости детей. Но результаты исследования в рамках Национального Здоровья и Питания не обнаружили никаких взаимосвязей между уровнями витамина D и состоянием здоровья, в то время как в Массачусетсе в Бостоне доказано, что низкие уровни витамина D были связаны с повышенным риском развития ОРЗ, а сам витамин D снижает гиперчувствительность к грибковым аллергенам. Поэтому целью нашего исследования было собственное изучение роли витамина D в формировании заболеваний детей. Материалы и методы: Методом анкетирования были изучены ответы родителей 97 детей, от 3 до 5 лет, посещающие ДДУ. Выявлено, что 87 детей (89,7%) – I группа, получали витамин D только на 1-м году жизни, но родители не смогли уточнить, с какого возраста, как долго и в какой дозе давали его ребенку. Витамин D вообще не принимали 10 детей (10,3%) – II группа. Однако, как в I, так и во II группах, возраст прорезывания первых зубов составил $6,88 \pm 2,21$ и $7,0 \pm 1,66$ месяцев, но развитие кариеса отмечалось у 23,5% и 40% детей. В 48,3% и 50% случаев дети болели ОРВИ. Положительные ответы о симптомах аллергической патологии после 3-х лет, отмечались в I и во II группе, соответственно: симптомы БА – у 41,4% и 20%; симптомы АР – у 31,03% и 20%; симптомы АД – у 9,2% и 1% детей. Выводы: Противоречивость результатов анкетирования объясняется тем, что родители не только субъективно оценивали состояние здоровья своих детей, что требует их объективного обследования, но и высокой вероятности отсутствия адекватной профилактики дефицита витамина D не только на первом году их жизни, но и до трехлетнего возраста.