

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Державна установа «ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НАМН УКРАЇНИ»
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Матеріали VIII науково-практичної конференції молодих вчених
з міжнародною участю



Харків 2023

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Державна установа «ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НАМН УКРАЇНИ»
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

**Матеріали VIII щорічної науково-практичної конференції
молодих вчених з міжнародною участю**

23 лютого 2023 року – Харків, 2023. – 65 с.

**Відповідальний за випуск
Волошин К.В.**

Харків 2023

**МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ
ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ
(КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)**

Андрікевич І.І., Пасік В.Ю., Стецун О.О.

**Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
Кафедра педіатрії №2**

Актуальність. Серед групи метаболічних захворювань цукровий діабет є важливою медико-соціальною проблемою через значне поширення серед населення, в тому числі дитячого. Найчастіше серед дітей зустрічається цукровий діабет 1 типу, що виникає внаслідок деструкції β-клітин підшлункової залози, що в свою чергу призводять до розвитку хронічної гіперглікемії, порушення обміну, функцій органів та систем організму.

Мета. Проаналізувати клінічний випадок цукрового діабету у дитини з супутньою аутоімунною поліендокринопатією.

Матеріали і методи. Обстеження проводилось на базі відділення педіатрії №2 КНП «Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні Вінницької обласної ради». Використані наступні методи дослідження: збір анамнезу, фізикальне обстеження, лабораторні (загальноклінічні, біохімічні, цитогенетичні) та інструментальні методи обстеження.

Результати. Дівчинка, 4 роки, поступила в педіатричне відділення зі скаргами на оніміння та біль спастичного характеру кистей та стоп, печіння в пальцях правої нижньої кінцівки. З анамнезу життя відомо, що дитина від третьої вагітності, третіх пологів, що протікали без особливостей. Спадковість обтяжена: у брата цукровий діабет 1 типу. Перебуває на обліку у ендокринолога з приводу цукрового діабету 1 типу з 2 років. Пацієнта направили на тестування екзома на підставі множинних фенотипових змін, лабораторних порушень: гіперплазію ясен, екзофтальм, аномалія дозрівання скелета, глобальна затримка розвитку, затримка моторики, аномалія печінки, гепатоспленомегалія, затримка росту, анемія, лицьовий диморфізм, закріп, порушення координації рухів, лейкоцистоз, низький зріст, непереносимість лактози, вальгусна деформація нижніх кінцівок, аномалія морфології скелета, аномальний метаболізм, підвищене співвідношення лактат:піруват, аномальна концентрація циркулюючих вільних жирних кислот, гістіоцитоз.

Результати лабораторних обстежень: ТТГ 2,3 мкМО/мл (0,8-6,5), Кальцій 1.6 ммоль/л (2.2-2.7), Фосфор 2.3 ммоль/л (1-1.8), Паратгормон 11.7 пг/мл (14.9-56.9) - діагностовано гіпопаратиреоз. Натрій -124,8 ммоль/л, Загальний білок – 95 г/л, Калій – 2,4 ммоль/л, АлАТ – 52 Од/л, АсАТ- 71 Од/л, Сечовина – 8,2 ммоль/л, глікозильований гемоглобін HbA1c– 11,5%.

Виявлено два патогенних варіанти у AIRE, який асоційований з аутосомно-рецесивною та домінантною аутоімунною поліендокринопатією з кандидозом та ектодермальною дисплазією. Також, ідентифіковані варіанти невизначеного значення. Згідно консультації генетика діагноз: APESCED синдром. Носій ймовірно патогенного гену TTN. Крім того, пацієнтка була проконсультована ендокринологом (цукровий діабет, 1 тип, гіпопаратиреоз), гастроентерологом (спленомегалія, реактивний гепатит), неврологом (периферична полінейропатія), хірургом (вроджена вада розвитку товстої кишки, доліхосигма, хронічні закріпи).

Висновки. Таким чином, аналіз даного клінічного випадку свідчить про потребу в мультидисциплінарному підході спеціалістів багатьох профілей до дітей з цукровим діабетом 1 типу, враховуючи переважний аутоімунний патогенетичний механізм розвитку даного захворювання.

ВІДДАЛЕНИЙ ВПЛИВ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ГОСТРОЇ ДІАРЕЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ НА СТАН ЗДОРОВ'Я КИШЕЧНИКУ

Білих В.М.

Науковий керівник д. мед. н., проф. Іванько О.Г.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Мета. Дослідити стан кишкового благополуччя після перенесеної гострої діареї у дітей від 6 до 24 місяців протягом перших 6 місяців після виписки із стаціонару.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 47 дітей, які перенесли гостру діарею, віком від 6 до 24 місяців. Першу групу (I група) склали 18 хворих, що перенесли гостру бактеріальну діарею. До другої групи спостереження увійшли діти з перенесеним ротавірусним гастроентеритом (II група) - 11 хворих. Ще 11 дітей перенесли гостру симптоматичну («парентеральну») діарею (III група), яка виникла на тлі позакишкової інфекції — гострого отиту, пневмонії, пієлонефриту. Четверта група (IV група) - 7 дітей з «функціональними порушеннями травлення». Загальні клінічні тести доповнювали дослідження калу на наявність кишкових паразитів, токсинів A/B *Clostridium difficile*, аденовірусів, гемоглобіну людини, редукуючих субстанцій (РС), фекального кальпротектину (ФКП), коротколанцюгових жирних кислот (КЛЖК) та молочної кислоти (МК). В катамнестичному періоді проведено пряме інтерв'ювання батьків щодо стану ШКТ.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що найбільший вплив на якість життя в наступному мали гострі діареї бактеріальної етіології. Так, 78% дітей I-ї групи мали постійні або тимчасові рідкі випорожнення. Крім цього 72% пацієнтів мали нападоподібний абдомінальний біль.

У дітей, які перенесли діарею ротавірусної етіології, у 55% випадків відмічався розріджений стілець, а в 27% абдомінальний біль.

Найбільш сприятливий катамнез спостерігався у дітей III та IV груп, а саме у 36 та 29% відповідно. У пацієнтів III групи знайдено множинні кореляції скарг з рівнем ФКП, РС, МК та КЛЖК. У IV групі виявлені суттєві асоціації скарг на тривалі рідкі випорожнення з високими показниками МК та ОК.

Висновки. Проведений аналіз катамнестичних даних виявив, що частина дітей, які перенесли гостру діарею інфекційної етіології в наступному мають ознаки кишкового неблагополуччя, що можна охарактеризувати за Римськими критеріями IV як функціональну діарею та абдомінальний біль. В катамнезі у дітей з неінфекційними діареями майже не спостерігалось розвитку функціональних розладів травлення.

ПАТОЛОГІЯ ПЛОДУ В КОНТЕКСТІ ЗАРАЖЕННЯ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Булига А.О., Краснопольська К.О., Гайденок В.Є.

Науковий керівник Олійник О.Є.

ХНУ імені В.Н. Каразіна

Кафедра педіатрії

Мета та задачі. Метою роботи є вивчення особливостей цитомегаловірусної інфекції (ЦМВі), її збудника та структур, які зазнають змін, особливостей впливу на плід у різних триместрах вагітності, підходів до профілактики передачі цитомегаловірусу від матері до плода, діагностики та лікування цієї інфекції.

Матеріали та методи. Дослідження спирається на аналізі первинних та вторинних наукових джерел. Для досягнення поставленої мети були задіяні загальнонаукові методи та підходи.

Результати дослідження. Цитомегаловірус – це род вірусів з сімейства Herpesviridae. Основні шляхи передачі вірусу: повітряно-крапельний, статевий, прямий контактний, побутовий, гемотрансфузійний, трансплацентарний. Вхідними воротами інфекції є шкіра та слизові оболонки, потім вірус потрапляє в кров та вражає чутливі до вірусу клітини (слинних залоз та каналців нирок). Ці клітини сильно збільшуються у розмірах і мають внутрішньоядерні включення, що візуалізуються як «совине око». Цитомегаловірус відноситься до групи TORCH-інфекцій, що призводять до вроджених патологій. У клініці цитомегаловірусної інфекції (ЦМВі) є дві форми: вроджена і набута. Вертикальне зараження плода можливе як при первинному інфікуванні матері, так і при реактивації хронічної інфекції. Приблизно 1 із 10 немовлят, які інфікуються ЦМВ внутрішньоутробно, матимуть клінічні ознаки при народженні, а ще у 10–15% розвиватимуться пізні наслідки аж до летального результату. Виникають різні ураження залежно від терміну вагітності, в яке сталося інфікування цитомегаловірусом: бластопатії, ембріопатії та фетопатії. При бластопатіях (зараження на 1–14-й день вагітності) відбувається загибель зародка, викидень або розвиток системної патології, схожої на генетичні захворювання. Ембріопатії (15–75-й день) характеризуються вадами розвитку на органному або клітинному рівні (мікроцефалія, мікрогірія, гідроцефалія, порушення архітекτονіки головного мозку, дефект міжшлуночкової та міжпередсердної перегородок, фіброеластоз ендокарда, вади розвитку клапанів аорти, легеневого стовбура, травного тракту, нирок, легенів, нижніх кінцівок) або викиднями. Фетопатії (ранні, де зараження ЦМВі відбувається на 76–180-й день), супроводжуються запальними реакціями з ексудативним компонентом і формуванням фіброзно-склеротичної деформації органів, також ймовірно переривання вагітності, а при зараженні з 181-го дня до пологів (пізні) розвиваються запалення з ураженням різних органів і систем (гепатит, енцефаліт, тромбоцитопенія, пневмонія тощо). Ураження ЦНС є найбільш характерним для вродженої ЦМВі, що проявляється пригніченими рефlekсами, косоокістю, ністагмом, асиметрією обличчя (ураження черепних нервів), судомами. У недоношених клініка цитомегаловірусу з тяжким перинатальним анамнезом розкривається вже на 3-5 тижні життя, щодо інтранатального інфікування, то там симптоми і розвиток захворювання визначаються станом новонародженого, зокрема його зрілістю, доношеністю, іншими супутніми захворюваннями. Клінічні ознаки набутої ЦМВі при інтранатальному та ранньому неонатальному інфікуванні виникають частіше через 1–2 міс після пологів, залежать від віку, шляху інфікування та стану імунітету хворого. Хвороба характеризується відставанням у розумовому і фізичному розвитку, ізольованим ураженням слинних залоз чи внутрішніх органів, очей, шкіри, адинамією, сонливістю, зригуваннями, блюванням, зменшенням маси тіла, гідроцефалією і спастичними паралічами. Пацієнтку за позитивними результатами серологічного або ультразвукового дослідження, слід направити до спеціаліста з питань матері та плода для подальшого обстеження та надання рекомендацій щодо лікування. Діагноз у плода встановлюється шляхом виділення ЦМВ в амніотичній рідині за допомогою амніоцентезу на терміні вагітності більше 21 тижня та більше 6 тижнів після інфікування матері. Крім того, вроджена інфекція може бути підтверджена тестуванням новонародженого незабаром після народження. Антенатальне лікування ЦМВ протівірусними препаратами не рекомендується через непереконливі докази та ризик побічних ефектів. Валацикловір продемонстрував нещодавні перспективи в невеликих дослідженнях щодо зниження частоти вертикальної передачі на 60%, але не вивчався у великому рандомізованому

контрольованому дослідженні. Гіперімуноглобулін ЦМВ також не рекомендується, оскільки він також не знижує ризик вертикальної передачі та не покращує прогноз для плода. Сам по собі вроджений ЦМВ не є протипоказанням для вагінальних пологів; однак кесарів розтин може бути рекомендовано у випадку невітшного стану плода. Тестування на ЦМВ у новонароджених виконується шляхом екстракції вірусу зі слини або сечі, але ЦМВ у сироватці не підтверджується, не є корисним IgG або IgM, бо материнські антитіла залишаються в кровообігу немовляти протягом року. Новонародженого необхідно перевірити на ЦМВ у перші 21 день життя. У випадках, коли підозрюється ЦМВ у старших немовлят, досліджують зібрану пуповинну кров або залишки сухої плями крові. Оцінка новонародженого з ЦМВ зосереджується на оцінці ступеня ураження вірусом, включає дослідження черепа (допускається УЗД), лабораторні дослідження та направлення до отоларинголога та офтальмолога. Деяким новонародженим може знадобитися пероральне протівірусне лікування, також важливим є регулярне довгострокове спостереження за їх слухом та розвитком до пізнього дитинства. Існує широкий спектр можливих наслідків розвитку нервової системи у уражених новонароджених. Діти з внутрішньочерепною патологією або мікроцефалією мають підвищений ризик глобальної затримки розвитку, церебрального паралічу та інтелектуальної недостатності.

Висновок. Незважаючи на те, що вірогідність передачі від матері до дитини висока, можна запобігти поширенню вірусу шляхом профілактики: дотримання особистої гігієни, уникнення випадкових незахищених статевих контактів, правильне планування вагітності.

ПОКАЗНИКИ РЕГУЛЯЦІЇ ОБМІНУ ГЛЮКОЗИ ЗА РІЗНОГО СТУПЕНЯ КОНТРОЛЬОВАНОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Буринюк-Глов'як Х.П. Марараш Г.Г.

Науковий керівник д.мед.н., проф. Колоскова О.К.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Актуальність. Наразі актуальним залишається питання про безпеку використання інгаляційних глюкокортикостероїдів (ГКС) при бронхіальній астмі (БА), оскільки відомим є стимулювальний вплив системних препаратів на процеси глюконеогенезу, і, зокрема, вуглеводний обмін хворих дітей. Недоврахування реалізації ризику розвитку системних побічних ефектів іГКС, зумовлених, зокрема високою ліпофільністю нових препаратів, великим обсягом розподілу, кумуляцією у тканинах, низькими сироватковими концентраціями, може призводити до погіршення стану пацієнтів, їх якості життя та ефективності базисного лікування, що негативним чином відбиватиметься на показниках контролю захворювання.

Мета. Для оптимізації результатів базисного лікування бронхіальної астми у дітей шкільного віку вивчити показники регуляції обміну глюкози за різного ступеня контрольованості захворювання.

Методи. В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 65 хворих на БА школярів, у яких за допомогою бальної оцінки контролю захворювання з використанням клінічно-інструментальної оціночної шкали (КІО) верифікували рівень менеджменту патології. Так, сума бальної оцінки за даною оціночною шкалою у 10 і менше балів свідчила про досягнення контролю над перебігом БА, сума у межах 11-16 балів – про частково контрольоване захворювання, а вище 17 балів – про неконтрольований варіант БА. Отже, I групу сформували 50 хворих, в яких сума балів за КІО-шкалою становила 17 балів і

більше (неконтрольована БА), а до складу II групи увійшло 15 хворих із контрольованим перебігом захворювання. Середній вік представників I групи становив $11,76 \pm 0,45$ року (60,0% хлопчиків), а II групи порівняння – $11,87 \pm 1,0$ року (63,04% хлопчиків) ($P > 0,05$). Тривалість захворювання на БА була вірогідно більшою у хворих I групи ($5,96 \pm 0,5$ проти $4,32 \pm 0,7$ року, $P = 0,05$), що свідчило про втрату оптимального менеджменту захворювання по мірі збільшення стажу патології. За допомогою імуноферментного аналізу, проведеного імунологічною лабораторією ОДКЛ м. Чернівці, визначали: стан регуляції обміну глюкози за вмістом антитіл класу IgG до інсуліну.

Результати дослідження. Тяжкість перебігу БА у дітей клінічних груп порівняння у середньому також збігалася. Так, у I клінічній групі у 4,0% хворих мав місце інтермітуючий перебіг патології, а персистуючий: легкий, середньої тяжкості і тяжкий перебіг захворювання траплявся у 6,0%, 34,0% та 56,0% пацієнтів відповідно. У II клінічній групі порівняння інтермітуючий перебіг захворювання зареєстровано у 3,26% випадків, легке персистування астма мала у 14,13%, а середньо-тяжке і тяжке – відповідно у 43,47% та у 39,14% спостережень (в усіх випадках $P > 0,05$). Статистично значимими виявилися розбіжності у створених групах за показниками регуляції вуглеводного обміну в представників груп порівняння. Так, антитіла до інсуліну у сироватці крові у хворих основної групи виявлялися в концентрації $32,56 \pm 6,02$ Од/мл, у дітей із контрольованою БА – у $20,1 \pm 0,9$ Од/мл ($P < 0,05$). Слід зазначити, що високі титри антитіл класу IgG до інсуліну (> 20 Од/мл) у сироватці крові асоціювали з підвищеним ризиком неконтрольованого перебігу БА: відношення шансів становило 1,3 (95% ДІ: 0,4-4,2), а відносний ризик – 1,14 (95% ДІ: 0,7-1,8).

Висновки. Неконтрольований перебіг бронхіальної астми у 1,4 разу частіше характерний для тяжкої персистувальної форми захворювання, та у 2,4 рідше трапляється при її легкому персистуванні, причому при неконтрольованому перебігу бронхіальної астми в 1,3 разу зростає ризик наявності високих титрів антитіл класу IgG до інсуліну (> 20 Од/мл), що вимагає моніторингу рівня глікемії.

ВПЛИВ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ІНГАЛЯЦІЙНИМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДНИМИ ПРЕПАРАТАМИ НА РЕГУЛЯЦІЮ КАЛЬЦІУ У ШКОЛЯРІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Буринюк-Глов'як Х.П., Буринюк П.П.

Науковий керівник д.мед.н., проф. Колоскова О.К.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Актуальність. Незважаючи на гетерогенність природи бронхіальної астми у дітей, основним феноменом захворювання вважається хронічне запалення дихальних шляхів, а схеми базисної терапії, які використовуються з метою досягнення контролю над захворюванням, спрямовані на усунення цієї патофізіологічної компоненти. Інгаляційні кортикостероїди (іГКС) є препаратами першої лінії вибору для лікування персистувальної бронхіальної астми. Незважаючи на доступність препаратів базисного лікування та пристроїв для інгаляційної доставки, контроль дитячої бронхіальної астми залишається далеким від досконалості. Так, відомо, що глюкокортикостероїди (ГКС) несприятливо впливають на функцію та виживання остеобластів і остеоцитів, а при збільшенні виживання остеокластів спричиняють метаболічні порушення у кістках

Мета дослідження. Дослідити перебіг БА у школярів з урахуванням добової дози інгаляційних глюкокортикостероїдів (ГКС), на підставі особливостей регуляції обміну кальцію за вмістом у сироватці паратгормону.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 85 дітей шкільного віку, хворих на персистуючу БА (пБА). Залежно від вмісту в сироватці паратгормону пацієнтів розподілено на дві групи порівняння. Першу (I) групу сформували 40 хворих, рівень паратгормону (ПТГ) у сироватці крові яких перевищував 10,0 пг/мл (нормальні значення за даними виробника 10,4-66,5 пг/мл), а другу (II) – 45 дітей, хворих на пБА, з нижчими значеннями функції прищитових залоз. За основними клінічними ознаками групи були зіставлюваними. Так, середній вік представників I групи становив (10,54±0,52) року, а II групи – (10,28±0,6) року, при цьому тривалість захворювання відповідно сягала 4,76±0,78 та 3,81±0,57 року (Pt>0,05).

Результати та обговорення. Нами не виявлено закономірних змін вмісту ПТГ у сироватці крові у хворих залежно від дозового навантаження препаратами іГКС, за винятком діапазону високих доз. За низького вмісту ПТГ у сироватці крові діти вірогідно частіше отримували терапію низькими та середніми дозами іГКС: ВШ = 3,6 (95% ДІ 1,9 - 6,6), ВР = 2,0 (95% ДІ 1,6 - 2,5), АР = 0,31. Мабуть, високі дози сприяли певною мірою розвитку остеопорозу і вимиванню кальцію з кісток, що у свою чергу, стимулювало синтез паратиреоїдного гормону. Всупереч цьому, ми не отримали статистично значущих розбіжностей вмісту кальцію сироватки у хворих клінічних груп порівняння. Так, у дітей із вмістом ПТГ>10,0 пг/мл вміст кальцію становив 2,39±0,01 ммоль/л (мінімальне значення 2,28, максимальне 2,44 ммоль/л). У представників II групи ці маркери становили 2,38±0,008 ммоль/л (мінімальне 2,32, максимальне 2,42 ммоль/л) (Pt>0,05). Не впливала на рівень сироваткового кальцію і контрольованість БА: у хворих із контрольованою пБА кальцій сироватки у середньому становив 2,38±0,04 ммоль/л, а за неконтрольованого перебігу – 2,41±0,01 ммоль/л (Pt>0,05). Окрім того, у хворих зі зниженням функції прищитових залоз і меншим за норму вмістом у сироватці ПТГ відмічене виразніше порушення бронхіальної прохідності у періоді клінічного благополуччя, ніж в однолітків зі збереженою функціональною здатністю прищитових залоз: ВШ = 5,4 (95% ДІ 2,0 - 14,4), ВР = 1,8 (95% ДІ 0,7 - 4,5), АР = 0,37.

Висновки. Таким чином, попри розбіжності за тяжкістю і дозовим навантаженням ГКС, пБА у дітей клінічних груп порівняння контролювалася з однаковою ефективністю. Установлені кореляційні статистичнозначимі зв'язки вмісту паратгормону в сироватці із тривалістю застосування системних ГКС під час нападів БА (R=0,72), що підкреслювало вплив даних препаратів на фосфорно-кальцієвий обмін, що супроводжується остеопорозом і стимуляцією викиду ПТГ. Також, на нашу думку, у пацієнтів зі зменшеним вмістом ПТГ у сироватці крові, слід переглянути тактику базисного лікування з позицій «сходінка вгору».

ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ В М.ОЛЬШТИН ВАРМІНСЬКО-МАЗУРСЬКОГО ВОЄВОДСТВА РП

Białoszycka M.M.¹, Пачевська А.В.²

¹Wydział Lekarski, Collegium Medicum, Warmińsko-Mazurski Uniwersytet, Olsztyn, Polska

²Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

Кафедра стоматології дитячого віку

Історія дитячої хірургії Ольштина бере відлік з січня 1945 року, коли з першими групами поляків, переселених з Віленщини, прибувають лікарі, серед яких хірурги – доктор Ян Янович і Флоріан Піотровські.

Метою цієї роботи є представити історію становлення дитячої хірургії на Вармії та Мазурах та біографію Яна Яновича, найвидатнішого хірурга Ольштина та Вармінсько-Мазурського воєводства Республіки Польща.

Матеріали та методи. Стаття базується на доступній літературі, власних дослідженнях авторів та використанні матеріалів, доступних в інтернеті, Університетської бібліотеки, Державного архіву та Бібліотеки міської поліклініки в Ольштині.

Результати. Історія становлення та розвитку дитячої хірургії на Вармії та Мазурах пов'язана з іменем Яна Яновича, який народився 27 травня 1893р. в Гелюті (Шяуляйський повіт) біля Каунаса. Його батько, Марціян Янович, був лісничим, закінчив Петербурзький лісотехнічний інститут. Марціян та дружина Кристина мали п'ятеро дітей, чотирьох синів: Стефана, Яна, Казимира та Людвіка і дочку Марію. Дядько Яна Людвік Янович, він же «Конрад», був членом організацій «Народна воля» і «Пролетаріат», засуджений до 16 років ув'язнення за підривно діяльність проти царату, він був ув'язнений у Варшавській цитаделі, а також у Шліссельбурзі. Ян Янович здобув домашню освіту; пізніше відвідував середню школу в Смоленську, а потім класичну гімназію в Шяуляї, де склав іспит на атестат зрілості у 1913р. Ян Янович почав вивчати медицину на медичному факультеті Дерптського університету, який після ліквідації царською владою Віленського та Варшавського університетів у 1831р. став основним місцем навчання для поляків, що після третього поділу Польщі опинились на території Росії. Ще студентом Ян Янович з 1916р. працював на кафедрі хірургії професора Михайла Івановича Ростовцева (1865–1952), викладача хірургії Тартуського університету. У 1917р., перед закінченням університету, Яна Яновича призвали до російської армії та відправили на Румунський фронт батальйонним лікарем. В грудні 1917р. він приєднався до 1-го корпусу польського генерала Юзефа Довбор-Мусніцького, де служив лікарем у 7-му полку 2-ї дивізії в Бобруйську. Після відновлення Польщею незалежності, Ян Янович служив військовим лікарем. Під час бойових дій під Львовом у 1920р. був поранений, лікувався у шпиталі Червоного Хреста у Львові, а потім у шпиталі Мокотова у Варшаві. За військові заслуги він був двічі нагороджений військовою відзнакою Хрестом Доблесті. 28 лютого 1922р. Ян Янович у званні капітана був демобілізований за власним бажанням. Спочатку служив молодшим, а потім, аж до початку Другої світової війни, старшим завідувачем хірургічного відділення в залізничному шпиталі у Вільнюсі. 11 липня 1925р. він отримав ступінь доктора медицини у Варшавському університеті, також проходив закордонні стажування у Відні, Берліні, Лондоні, Гейдельберзі, двічі у Парижі. Ян Янович заснував і керував урологічною амбулаторією, був керівником урологічного відділення лікарні «Савич». Після початку Другої світової війни знову служив завідувачем хірургічного відділення гарнізонного шпиталю у Вільнюсі. Після вторгнення радянської армії працював у залізничній лікарні. У 1940р. був звинувачений у шпигунстві (через часті поїздки за кордон), заарештований НКВД і ув'язнений у Лукішках, найстарішій в'язниці Литви. Завдяки втручання дружини Лариси його звільнили з ув'язнення. Після звільнення займався приватною практикою. У вересні 1943р. був заарештований німцями, але після втручання сім'ї його вдалося звільнити, і він знову почав працювати в шойно організованому госпіталі Литовської залізниці під німецькою адміністрацією. Є описаний випадок того періоду, коли Ян Янович побачив у колоні євреїв, яких вели на розстріл, свого пацієнта, якому тиждень тому прооперували простату. Він звернув увагу охоронця, що чоловікові зробили операцію і він не може самостійно ходити, оскільки у нього не зняті дренажі та шви. Вартовий наказав Яну Яновичу взяти хворого на спину й приєднатися до колони. Янович виконав наказ. Лікаря врятував від неминучої смерті німецький наглядач лікарні, якого повідомила медсестра, яка бачила цю подію. Ян Янович був посмертно нагороджений

званням Праведник народів світу, відзнакою для людей, які ризикували власним життям, рятуючи євреїв під час Другої світової війни. Разом з Єжи Добжанським став лікарем польського підпілля. Під час операції «Буря» він керував польовим госпіталем. Після вимушеного переселення в лютому 1945р. він влаштувався на роботу в якості завідувача хірургічного відділення госпіталю Польської залізниці в Білостоці, через два місяці його перевели до Ольштина, де він обійняв посаду завідувача хірургії в трьох лікарнях: залізничній лікарні (1945–1954), обласному відділі госпіталю громадської безпеки – так званій «поліклініці», і в лікарні Св. Марії, яка тоді була провінційною лікарнею. Перша хірургічна операція в повоєнному Ольштині була проведена 20 січня 1946р., а перша операція дитині – 5 червня 1946р. – ампутація лівої стопи після травми. Процедуру виконував д-р Флоріан Піотровський, якому допомагав д-р Ян Янович. Ян Янович став консультантом з хірургії та дитячої хірургії, головою хірургічної консультативної групи. Крім організації відділень, він взявся за підготовку нових кадрів хірургів. Серед його учнів багато видатних хірургів Ольштина: Мечислав Пімпіцький, Ян Рим'ян, Зигмунт Красовський, Мечислав Швалкевич, Богдан Таллат, Генрик Давніс, Марія Наталя Светлікова, Станіслав Непсуй. З ініціативи Яна Яновича в Ольштині було відкрито самостійні відділення дитячої хірургії, урології, торакальної хірургії, кістково-суглобового туберкульозу, травматології та ортопедичної хірургії. Якщо у 1954р. для лікування дітей у відділенні загальної хірургії було виділено 16 ліжок, то вже 1 січня 1956р. відкрито самостійне відділення дитячої хірургії на 18 ліжок. У 1961р. розпочато будівництво дитячої лікарні вул. Жолнерська, де розмістилося дитяче хірургічне відділення на 64 ліжка з окремим операційним блоком. За десять років роботи відділення (1967 – 1977) проліковано пацієнтів 13047, проведено операцій 7483. З 1985р. лікарі відділення стажуються за кордоном: (Франція, Німеччина, США). З 2005р. одними з перших у Польщі тут почали оперувати дітей малоінвазивним лапароскопічним методом. У 2007р. провели першу лапароскопічну операцію новонародженому, у 2009р. вперше в виконали торакаоскопічний анастомоз непрохідного стравоходу. На базі відділення організовано лапароскопічні семінари для дитячих хірургів з Польщі, куди щороку запрошуються видатні фахівці в галузі малоінвазивних методик. Нині «Ольштинські майстерні» стали постійною частиною календаря зустрічей дитячих хірургів з усієї Польщі.

Висновки. Лікар Ян Янович, який приїхав до Ольштина в 1945р., був першим, хто організував дитячу хірургічну допомогу в Вармінсько-Мазурському воєводстві. Його діяльність сприяла створенню самостійного відділення дитячої хірургії, яке сьогодні є сучасним центром надання медичної допомоги.

ВПРОВАДЖЕННЯ КЕЙС-МЕТОДУ ТА СЦЕНАРІЇВ ВІРТУАЛЬНИХ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ВИКЛАДАННІ ПЕДІАТРИЧНИХ ДИСЦИПЛІН СТУДЕНТАМ-МЕДИКАМ ВИПУСКНОГО КУРСУ

Гарас М.Н.

**Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб**

Оскільки однією з цілей навчання на клінічних кафедрах є опанування практичних навичок, що оптимально реалізується в умовах клінічної бази, передумовами впровадження в освітній процес кейс-методу в навчанні за допомогою інтерактивних веб-технологій на клінічній кафедрі можна вважати періодичну відсутність тематичних пацієнтів для

демонстрації студентам, неможливість практичної ілюстрації всього різноманіття клінічних ситуацій, обмежений доступ до клінічних баз в умовах пандемії та воєнного стану, необхідність значного посилення практичного аспекту підготовки майбутніх лікарів, необхідність оптимізації традиційних засобів, методів і форм навчання, необхідність якісної візуалізації додаткових методів обстеження, необхідність впровадження в освітній процес нових інформаційно-освітніх веб-технологій навчання, які підвищують ефективність викладання і навчання.

Метою роботи було проаналізувати ефективність впровадження кейс-методу та сценаріїв віртуальних пацієнтів при викладанні педіатричних дисциплін студентам-медикам випускного курсу за результатами анонімного опитування.

Упродовж 2016-2019 рр. Буковинський державний медичний університет (БДМУ) брав участь у навчальному грантовому проєкті ЕРАЗМУС+ ЕАСЕА TAME (Training Against Medical Error) №561583-EPP-1-2015-1-KZ-EPPKA2-SVNE-JP (2015-2944/001-001). З 2022 року Буковинський державний медичний університет бере участь у проєкті «Віртуальні навчальні ресурси для навчання клінічного мислення в українських школах охорони здоров'я» у співпраці з Університетом Аугсбурга, спонсором якого є DAAD (Німецька служба академічних обмінів), що впроваджує «Україна цифрова: забезпечення академічного успіху під час кризи». В обох проєктах брали участь співробітники кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб та студенти випускного курсу освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» спеціальності «Лікувальна справа» у 2016-2019 рр. (36 осіб) та шестикурсники освітнього ступеня «магістр» спеціальності «Медицина» у 2022 році (92 студенти). Зворотній зв'язок студентів проводилася шляхом анонімного опитування.

Встановлено, що, на думку студентів-випускників, основними позитивними характеристиками використання сценаріїв віртуальних пацієнтів при вивченні дитячих хвороб були командний характер роботи, можливість відкритої дискусії, реалістичність та практична спрямованість випадків, мультидисциплінарний підхід до віртуального пацієнта з розвитком клінічного мислення, а також можливість самостійного прийняття рішень та аналіз їх адекватності. Зокрема, студенти абсолютно чи переважно погоджувалися щодо активізації мисленнєвої діяльності, можливості структурування власних набутих знань та застосування їх у вигляді наближеного до реальності проведення діагностичного пошуку, спростування/підтвердження гіпотез на основі диференційованого діагнозу та прийняття власних лікарських рішень.

Серед труднощів, що виникали при використанні клінічних кейсів відмічали дефіцит анамнестичних та лабораторних даних та нетиповість випадків, а також, зі сторони студентів – недостатність власних комунікативних здібностей, відсутній досвід вести коректну та обґрунтовану дискусію. Водночас, незважаючи на об'єктивні виявлені труднощі, лівова частка респондентів запропонували розширити впровадження кейс-методу та сценаріїв віртуальних пацієнтів як елементів аудиторних занять та самостійної позааудиторної роботи студентів на випускному курсі.

Таким чином, впровадження методики кейс-методу та сценаріїв віртуальних пацієнтів при вивченні дитячих хвороб студентами 6 курсу медичного університету є виправданим в аспекті досягнення цілей грантових проєктів як елементів покращення підготовки студентів з вивченням та уникненням найбільш розповсюджених медичних помилок та формуванням і удосконаленням навичок клінічного мислення.

ОКРЕМІ ПАРАКЛІНІЧНІ ПОКАЗНИКИ ГОСТРИХ СТРЕПТОКОКОВИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТІВ У ДІТЕЙ

Горбатюк І.Б.¹, Руда Т.Д.²

¹Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

²КНП "Обласна дитяча клінічна лікарня"

Інфекційне боксоване відділення крапельних інфекцій

Неадекватна терапія гострих тонзилофарингітів (ГТФ) призводить до розвитку загрозливих для життя станів та хронізації процесу. Відомо, що розвитку ускладнень ГТФ сприяє невчасне чи недоцільне призначення стартової етіотропної терапії. Невідповідність антибіотикотерапії ГТФ збуднику, що його викликав, зумовлена труднощами, які виникають у клініцистів при ранньому виявленні етіологічного фактора захворювання.

Метою даного дослідження було вивчити діагностичне значення показників загального аналізу крові у верифікації гострих стрептококових тонзилофарингітів у дітей.

Матеріали та методи. Першу (I, основну) групу склали 10 дітей з діагнозом «стрептококовий гострий тонзилофарингіт». До другої (II) клінічної групи увійшло 16 пацієнтів з гострим тонзилофарингітом нестрептококової етіології. Стрептококова етіологія захворювання була підтверджена культуральним дослідженням мазка із зіву.

Результати дослідження. При оцінці результатів загального аналізу крові у хворих основної групи середній вміст сегментоядерних нейтрофілів був достовірно вищим у порівнянні з хворими групи контролю і склав $54,4 \pm 4,2\%$ та $44,3 \pm 2,6\%$ ($p < 0,05$) відповідно. При цьому частка дітей I групи, у яких спостерігалось підвищення вмісту сегментоядерних лейкоцитів у крові понад 50,0%, становила $77,7 \pm 3,6\%$, а серед представників групи порівняння – $28,0 \pm 2,8\%$ ($p < 0,05$). При застосуванні визначення вмісту сегментоядерних нейтрофілів у периферичній крові дітей як тесту дозволяє верифікувати стрептококову природу ГТФ, його чутливість становила 77,7%, специфічність – 72%, передбачувана позитивна цінність – 73,5%, передбачувана негативна цінність – 76,4%, відносний ризик – 3,1 (95% ДІ 2,2-4,3), атрибутивний ризик – 0,49. При реєстрації цього показника у дітей із запальними явищами у ротоглотці ризик наявності стрептококового ГТФ збільшується майже в 9 разів (співвідношення шансів – 8,9; 95% довірчий інтервал 4,7-17,0).

Висновки. Рівень сегментоядерних лейкоцитів крові понад 50,0% у хворого на гострий тонзилофарингіт є одним із ранніх діагностичних критеріїв стрептококової етіології захворювання.

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА СМАКОВИХ ПЕРЕВАГ У ДІТЕЙ ІЗ ПСИХОГЕННИМИ ТРАНЗИТОРНИМИ ВТРАТАМИ СВІДОМОСТІ

Ковальчук Т.А.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Кафедра педіатрії № 2

Транзиторна втрата свідомості (ТВС) - це стан реальної або очевидної втрати свідомості, що характеризується амнезією впродовж періоду без свідомості, відсутністю нормального рухового контролю, втратою чутливості та короткою тривалістю. Як відомо, психогенні ТВС (ПТВС), на відміну від синкопе, характеризуються втратою свідомості без церебральної гіперперфузії. І хоча частка таких порушень у дітей за різними джерелами

варіює в межах 0-12 % від усіх випадків ТВС, пошук нових та ефективних методів лікування ПТВС залишається актуальною проблематикою сучасної педіатрії. Існує чимало досліджень, які підтверджують вплив дефіциту ряду макро- та мікронутрієнтів, води та солі, а також гіпокалорійної дієти у розвитку синкопе. Тому метою роботи було дослідити особливості харчової поведінки та смакових переваг у дітей, які страждають ПТВС.

У дослідженні прийняли участь 18 дітей з ПТВС та 40 здорових дітей віком 8-17 років. Критерії включення у групу ПТВС: анамнез пацієнта, що свідчить про психогенні псевдосинкопе або психогенні неепілептичні судоми; відсутність епілептиформної активності мозку на електроенцефалограмі. Критерії включення у контрольну групу: відсутність ТВС у анамнезі, нормальні результати клінічного обстеження, загальних аналізів крові та сечі. Критерії виключення: втрата свідомості виникла внаслідок відчуття страху, болю або тривалого перебування у положенні стоячи, якій передував поступовий продромальний період із блідістю, надмірним потовиділенням та/або нудотою; патологічна реакція під час тесту активного ортостазу; структурно аномальне серце або аритмія; будь-які інші гострі або хронічні захворювання. Для оцінки харчової поведінки використовували опитувальник Adult Eating Behaviour Questionnaire (AEBQ), який заповнювали діти віком 13-17 років та опитувальник Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ), який заповнювали батьки дітей віком 8-12 років. Визначення смакових переваг проводили шляхом анкетування дітей віком 13-17 років опитувальником Food Preference Questionnaire (FPQ) для дітей і підлітків, а також батьків дітей віком 8-12 років опитувальником FPQ для дітей. Усі респонденти приймали участь у дослідженні лише після підписання інформованої згоди дітьми та їх батьками. Результати вимірювань представлені як середнє арифметичне (M) ± середнє відхилення (SD). Порівняння між групами проводили з використанням t-критерію Стьюдента.

У ході проведеного дослідження жодної статистично значимої різниці між показниками харчової поведінки у здорових та дітей із ПТВС виявлено не було (табл. 1).

Таблиця 1 – Харчова поведінка дітей в обстежених групах за результатами анкетування опитувальниками AEBQ, CEBQ

Шкала	Група ПТВС (n=18)	Контрольна група (n=40)	p
Задоволення від їжі	3,6±0,9	3,7±0,7	0,7270
Емоційне переїдання	2,3±1,2	2,3±0,9	0,8243
Емоційне недоїдання	2,4±0,9	2,4±0,8	0,9418
Харчова перебірливість	3,3±0,8	3,2±0,9	0,5831
Чутливість до їжі	2,3±1,1	2,4±0,9	0,8316
Повільність в прийомі їжі	2,94±0,9	2,6±0,8	0,1058
Чутливість до насичення	3,0±0,9	2,8±0,7	0,4547
Голод (для дітей віком 13-17 років)	3,1±1,1	3,2±0,7	0,7229
Бажання пити (для дітей віком 8-12 років)	2,3±1,0	3,2±1,3	0,1229

Однак, у групі ПТВС та здорових дітей суттєво відрізнялися смакові переваги у продуктах харчування. Так, діти з ПТВС менше вживали овочі (шпинат, моркву, зелена

стручкову квасолу, огірки, селеру, гриби, брюссельську капусту, пастернак, горох, цукрову кукурудзу, броколі, листя салату, червоний перець, свіжі помідори, авокадо, картоплю, тушковану квасолу, буряк), фрукти (апельсини, виноград, яблука, диню, персики, абрикоси, полуниці), м'ясо та рибу(яловичину, булочки з яловичиною, баранину, курятину, бекон, шинку, ковбасу, білу рибу, консервованій тунець, жирну рибу, копчений лосось), крохмалевмісні продукти (хлібобулочні вироби, висівки злакових культур, кашу, варений рис, пшеничні, рисові або кукурудзяні злаки). Отримані результати можуть бути корисними з позиції пошуку нових ефективних методів лікування та профілактики повторних епізодів ПТВС та є такими, що потребують подальших досліджень. Беручи до уваги виявлені нами особливості у смакових перевагах дітей із ТВС, вважаємо за необхідне в подальшому дослідити вітамінний склад крові у даній групі пацієнтів.

Таблиця 2 – Смакові переваги дітей за даними опитувальника FPQ

Шкала	Група ПТВС (n=18)	Контрольна група (n=40)	p
Овочі	3,2±0,7	3,6±0,4	0,0022
Фрукти	3,8±0,8	4,3±0,5	0,0039
М'ясо/риба	3,5±0,9	3,9±0,5	0,0381
Молочні продукти	3,4±0,6	3,6±0,3	0,0646
Перекуси	3,8±0,5	4,0±0,5	0,2232
Крохмалевмісні продукти	3,5±0,7	3,9±0,5	0,0119

Таким чином, на фоні незміненої харчової поведінки, у порівнянні зі здоровими респондентами, діти із ПТВС споживають менше овочів, фруктів, м'яса та риби, а також крохмалевмісних продуктів. Подальші дослідження потребують з'ясувати можливі взаємозв'язки між смаковими перевагами дітей та особливостями клінічного перебігу ПТВС.

МАРКЕРИ СЕПСИС-ІНДУКОВАНОЇ МІОКАРДІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА РІЗНОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ВІКУ

Крецу Н.М.

Науковий керівник - д.мед.н., проф. Колоскова О.К.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Вступ. Неонатальний сепсис (НС) залишається однією з основних причин захворюваності та смертності у неонатальному віці. Сьогодні й надалі актуальним залишається питання ранньої діагностики кардіоваскулярних розладів у новонароджених з сепсисом із застосуванням сучасних методів дослідження, що можуть бути використані як скринінгові методи з метою верифікації можливого розвитку серцево-судинної дисфункції.

Мета роботи. Для оптимізації верифікації сепсис-індукованої міокардіальної дисфункції вивчити окремі біохімічні маркери у новонароджених залежно від терміну гестації.

Матеріали і методи. Для реалізації поставленої мети під нашим спостереженням знаходились 57 новонароджених із верифікованим діагнозом «Неонатальний сепсис». До І групи (23 хворих - 40,3%) увійшли новонароджені з терміном гестації 37-42 тижня, до ІІ групи

– 34 передчасно народжених немовлят (59,7%) з гестацією до 36 тижнів включно. Останню групу залежно від терміну гестації розподіляли на ПА підгрупу, яку сформував 21 передчасно народжений хворий на НС із терміном гестації 32-36 тижнів, а до ПВ-підгрупи - 13 новонароджених, які народились в терміні до 32 тижнів гестації. Усім новонародженим окрім клінічного обстеження на базі біохімічної лабораторії ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» з використанням біохімічного аналізатора НТІ BioChem FC-200 (США) та реактивів фірми «Согмау» (Польща), проводилось біохімічне визначення активності у сироватці крові креатинфосфокінази, фракції МВ (МВ-КФК), як маркеру ураження міокарду під впливом генералізованого інфекційно-запального процесу.

Результати та обговорення. Виявлено, що доношені хлопчики страждали на НС вірогідно частіше, чоловіча стать асоціювала із наступними показниками ризику розвитку НС: ВШ – 5,19 (95%ДІ 2,84-9,48), ВР – 2,28 (95%ДІ 1,64-3,15), АР – 0,39). Для передчасно народжених дітей пологорозрішення шляхом кесарського розтину вірогідно підвищувало ризик розвитку НС порівняно до доношених новонароджених: ВШ – 2,7 (95%ДІ 1,48-5,0), ВР – 1,54 (95%ДІ 1,07-2,22), АР – 0,24.

Тяжкість порушення загального стану обстежених новонароджених оцінювалася як важка у 47,8% новонароджених І групи, у 88,2% випадків у ІІ групі ($P_{I:II} < 0,05$), у 85,7% представників ПА підгрупи ($P_{I:PA} < 0,05$) та у 92,3% дітей ПВ підгрупи ($P_{I:PV} < 0,001$). У пологовій залі потребували проведення заходів серцево-легеневої реанімації кожна третя дитина (30,4%) І групи, 67,6% новонароджених ІІ групи ($P_{I:II} < 0,05$), половина (52,4%) представників ПА підгрупи ($P_{II:PA} < 0,01$) та усі важкі хворі (92,3%) ПВ підгрупи ($P_{I:PV, PA:PV} < 0,05$). В умовах відділення інтенсивної терапії пологового будинку 21,7% представників І групи отримували середньо-добову дозу добутаміну ($6,25 \pm 1,25$) мкг/кг/хвилину впродовж ($1,8 \pm 0,48$) діб лікування, у 26,5% дітей ІІ групи ці показники становили ($4,67 \pm 0,75$) мкг/кг/хвилину впродовж ($4,44 \pm 0,58$) діб ($P_{I:II} < 0,05$). Залежно від терміну гестації наведені показники інотропної підтримки становили: у 23,8% новонароджених ПА підгрупи – ($5,2 \pm 1,28$) мкг/кг/хвилину впродовж ($3,6 \pm 0,87$) діб ($P_{I:PA} = 0,05$), а у 30,8% хворих ПВ підгрупи – ($4,0 \pm 0,57$) мкг/кг/хвилину впродовж ($5,5 \pm 0,28$) діб ($P_{I, II, PA:PV} < 0,05$). Розподіл значень МВ-КФК свідчив про те, що практично в усіх обстежених хворих (у 86,96% випадків у І групі, у 91,18% спостережень у ІІ групі) траплялося перевищення сироваткової активності даного ферменту.

Висновки. Підвищення сироваткової активності МВ-КФК можна розцінювати як маркер у верифікації сепсис-індукованої міокардіальної дисфункції незалежно від терміну гестації новонародженого.

ЗМІНА КОГНІТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ ШКОЛЯРІВ І СТУДЕНТІВ ПІСЛЯ ПОЧАТКУ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ

Кречківська Л.М., Молоток В.В., Серветник А.В.
Харківський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії №2

Актуальність. Когнітивні здібності – процеси вищої нервової діяльності, спрямовані на можливість розумового сприйняття та переробки інформації. До них належать зорово-просторове сприйняття, мислення, пам'ять, увага, мова, моторика та інші процеси, що допомагають людині пізнавати світ. Ці властивості вищої нервової діяльності є генетично детермінованими, та за умов перебування дитини в стані фізичного, психічного та соціального благополуччя, когнітивні функції розвиваються у напрямку підвищення. А

незадовільний рівень життя та здоров'я дитини, навпаки, проявляється пригніченням розвитку пізнавальних процесів. В умовах війни, коли на дитину впливає безліч стресорів, а її життя втрачає структурованість та набуває хаотичного характеру, в дитини виникає хронічний стрес. Цей стан негативно впливає на фізичне та психічне здоров'я дитини, зокрема і на когнітивні здібності. Відповідно до цього, війна призводить до зменшення інтелектуальних здібностей дитини, погіршення процесів сприйняття інформації та соціалізації.

Мета дослідження. Проаналізувати зміни когнітивних здібностей, працездатності і спроможності до навчання серед школярів та студентів, обумовлені впливом негативних факторів військової агресії. Виявити кореляційну залежність між віком та вмотивованістю до навчання під час війни.

Методи. В процесі роботи нами було створено опитувальник у вигляді електронної анкети на базі сервісу «Google Forms», вивчено результати анкетування і проведено статистичну обробку даних.

Результати. В процесі опитування взяли участь 165 респондентів трьох вікових категорій: 30 дітей раннього шкільного віку (6-12 років), 60 дітей старшого шкільного віку (13-18 років), 75 студентів (19-25 років). Всі вони тим чи іншим чином стикнулися з певними факторами війни, що негативно вплинули на їх життя: 30% перебувають в місцях ведення активних бойових дій, 25% переїхало за кордон, 41% стали внутрішніми переселенцями, 12% втратили на війні близьку людину, 45% страждають від розлуки з рідними, 14% учнів війна змусила перейти до нових шкіл. Незадовільний соціально-економічний стан в країні відобразився в тому, що 35% опитаним бракує коштів на життя, а 58% не мають задовільних умов та матеріальних ресурсів для навчання. Такі складні реалії воєнного часу негативно відобразились на увазі та пам'яті здобувачів освіти. Так 46.6% респондентів раннього шкільного віку, 60% підлітків та 57.3% студентів зазначили, що мають проблеми з концентрацією уваги та запам'ятовуванням нового матеріалу. До того ж, 50% учнів молодших класів, 53.3% опитаних старшого шкільного віку та 41.3% студентів зауважили, що їм потрібно більше часу для роздумів над певними завданнями у порівнянні з довоєнним часом, що свідчить про зниження швидкості їх мислення. Щодо вмотивованості до навчання, то тут простежується певна залежність між віком та бажанням вчитись: 56.6% молодших школярів запевняють, що їх жага до навчання зменшилась у порівнянні з довоєнним часом, лише 3.3% опитаних цієї вікової категорії стали більш вмотивованими; 60% підлітків стверджують про зникнення бажання навчатись, а 18.3% відчують справжню жагу до навчання; 50.6% студентів зазначили про зменшення мотивації до навчання, однак 21.3% стали більш вмотивованими.

Висновки. На основі зазначеного вище, можна стверджувати, що більше 50% опитаних здобувачів освіти відчують на собі наслідки впливу негативних чинників війни, проявом яких є погіршення таких когнітивних здібностей як пам'ять, увага та мислення. В порівнянні з іншими віковими категоріями, студенти є найбільш вмотивованими до навчання, що обумовлено їх непереборною націленістю на успішне майбутнє.

**ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ ЩОДО
ФУНКЦІОНУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПІДЛІТКІВ З
ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО
ТРАКТУ**

Крутенко Н.В.¹, Шевченко Н.С.^{1,2}

¹Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

²ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

У підлітковому віці зростає роль хронічних запальних процесів шлунку та дванадцятипалої кишки, які розвиваються на фоні коморбідної патології. Поєднання різних хронічних розладів може несприятливо вплинути на функціональний стан міокарду. Сучасні дослідження демонструють наявність окремих відхилень у функціонуванні серцево-судинної системи (ССС) підлітків та різні погляди на механізми їх формування, зокрема внаслідок дисбаланса вегетативної регуляції. Однак, потребує уточнення значущість впливу на біоелектричну активність серця найбільш частих коморбідних станів, які зустрічаються серед сучасних дітей.

Мета – дослідити характер та частоту змін електрофізіологічних показників міокарда у дітей з патологією верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та прогностичну значущість коморбідних станів в розвитку змін функціонального стану серця.

Матеріали дослідження. Під спостереженням знаходилося 50 підлітків віком від 11 до 18 років обох статей (середній вік склав $13,5 \pm 4,5$ років), які перебували у відділенні педіатрії та реабілітації ДУ «ІОЗДП НАМН України» та КНП МДКЛ №19 з приводу запальних уражень ШКТ. Діагноз захворювання ставився відповідно до уніфікованого клінічного протоколу діагностики та лікування хвороб органів травлення у дітей (Наказ МОЗ № 59 29.01.2013). В основну групу дітей увійшли переважно хлопчики (30 осіб, 60,00%), діти старше 15 років (33 особи, 66,00%).

Методи дослідження. Пацієнтам було проведено загально-клінічне обстеження ССС та ШКТ. Функціональний стан ССС вивчався за допомогою електрокардіографії в стані спокою в 12 стандартних відведеннях, добового моніторингу ЕКГ. Статистична обробка матеріалу виконувалась за допомогою пакетів програм Microsoft Office, Statgrafics-5, виділення провідних факторів ризику визначалось за методикою неоднорідної послідовної процедури Вальда–Генкіна.

Результати досліджень та їх обговорення. Серед патологічних станів ШКТ переважав хронічний гастродуоденіт (62,00%, $p < 0,05$). ГЕРХ діагностовано у 16 (32,00%) дітей, у 3 (6,00%) дітей виявлено виразкову хворобу шлунку або дванадцятипалої кишки в період загострення. Супутня патологія була представлена синдромом вегетативної дисфункції пубертатного періоду, доброякісної внутрішньочерепної гіпертензії, недиференційованої сполучнотканинної дисплазії з малими аномаліями розвитку серця.

Була проаналізована частота змін біоелектричної діяльності серця при ХМ ЕКГ у дітей з синдромом доброякісної внутрішньочерепної гіпертензії (СДВЧГ, 24,00%, 12 осіб), синдромом дисплазії сполучної тканини (СДСТ, 24,00%, 12 осіб) та з синдромом автономної дисфункції нервової системи (САД, 72,00%; 36 осіб), які супроводжували патологічний стан ШКТ та без них.

Отримані дані показали, що у хворих дітей з супутніми синдромами СДВЧГ, САД та СДСТ не було достовірної різниці в виявленні різних видів змін ХМ ЕКГ ($\phi > 0,05$), за виключенням особливостей процесу реполяризації. В групі підлітків з СДСТ патерн ранньої реполяризації шлуночків реєструвався достовірно частіше, ніж у дітей без дисплазії ($\phi < 0,05$).

Для визначення ступеня прогностичної значущості впливу кожного фактора був використаний метод послідовного аналізу Вальда, прогностичні коефіцієнту та інформативність показників. Проведений аналіз показав, що провідним додатковим фактором, який створює ризик розвитку змін біоелектричної діяльності серця у підлітків з захворюваннями ШКТ є наявність СДСТ, який має найбільшу предиторську інформативність, та СДВЧГ. САД виявив низьку прогностичну значущість. При порівнянні впливу типу патологічного процесу в ШКТ, деструктивні форми ураження мали помірну прогностичну цінність, але ж більший вплив, ніж недеструктивні форми.

Висновки. Проведені дослідження свідчать, що діти із хронічними захворюваннями ШКТ в поєднанні з коморбідною патологією є категорією пацієнтів, яка потребує уваги до стану ССС. Прогностично важливим щодо виникнення змін функціонування міокарду є патогістологічний тип процесу в слизовій гастроінтестинальної зони, додатковими прогностично несприятливими супутніми станами можуть бути доброякісна лікворна гіпертензія та недиференційована дисплазія сполучної тканини.

ОСОБЛИВОСТІ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ПОЗАЛІКАРНЯНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ З ПЕРСИСТЕНЦІЄЮ ПАТОГЕНІВ

Матвієнко С.О., Єлоєва З.В., Філонова Т.О., Гарбар К.Б.

**Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету
Кафедра педіатрії № 3 та неонатології**

Ретельно механізми взаємодії персистуючих інфекцій з організмом-хазяїном до теперішнього часу не вивчені. Багато респіраторних патогенів, які викликають пневмонію, також виявляються у дітей без наявності симптомів захворювання (активна чи пасивна персистенція, мікробоносійство), тому справжній внесок цих інфекційних агентів, особливо численної герпесвірусної групи, у перебіг позалікарняної пневмонії залишається нез'ясованим. Отже, дослідження впливу міжмікробних взаємовідносин на особливості змін рентгенологічних показників при позалікарняних пневмоніях у дітей є завжди актуальним.

Мета дослідження: Вплив персистуючих інфекційних агентів (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydothila pneumoniae*, цитомегаловірус, вірус Епштейна-Барр, вірус герпесу людини 6-го типу) на рентгенологічні зміни у дітей з позалікарняною пневмонією.

Матеріали та методи дослідження. У процесі реалізації поставленої мети було проведено комплексне обстеження 120 дітей віком від 2 до 14 років, госпіталізованих з приводу позалікарняної пневмонії (ПП). Середній вік пацієнтів склав $6,9 \pm 0,2$ років. Тривалість АБТ у стаціонарі коливалася від 5 до 20 діб (в середньому $9,9 \pm 0,1$). Критерієм включення в дослідження була наявність бактеріальної позалікарняної пневмонії (за класифікацією пневмонії від 14.12.2009 р., м. Київ) I, II та III ступеня тяжкості, які не вимагали госпіталізації у відділення реанімації, з наявністю та відсутністю інфікування *M. pneumoniae*, *Ch. pneumoniae* та герпесвірусного перситування вірусом герпесу людини 6-го типу, цитомегаловірусом, вірусом Епштейна-Барр.

Після отримання результатів комплексного обстеження були виділені групи, між якими проведено порівняльний аналіз: I група — ПП з персистуючими інфекційними агентами (46 дітей) та II група — ПП без персистуючих інфекційних агентів (74 дитини).

Методи дослідження: клініко-анамнестичні, рентгенологічні, бактеріологічні, серологічні, молекулярно-генетичні, аналітико-статистичні. Стандартне обстеження

включало рентгенограму органів грудної клітини: оглядову та за показанням у бічній проекції. Судження про інфікування/персистування виносили за відсутністю антигенів збудника шляхом полімеразної ланцюгової реакції, наявністю специфічних антитіл класу G у сироватках крові та негативному результаті рівнів імуноглобулінів класу M.

Результати дослідження. Дані рентгенологічного обстеження у групах свідчать про те, що по всіх рентгенологічних показниках, які є маркерами морфологічних особливостей пневмонічного запалення, виявлено достовірні відмінності. Так, розміри основної ділянки затемнення $\leq 1,0$ см були характерні для хворих II групи і суттєво рідше (у 69,6%; $p < 0,001$) – у хворих I групи. А величина вогнищ $\geq 1,1$ см діагностована у хворих I групи (у 30,4%; $p < 0,001$). Слабка інтенсивність тіні виявлена у 14,9% хворих II групи і не відмічалася (0%; $p < 0,001$) серед хворих I групи, а середня інтенсивність тіні достовірно частіше ($p < 0,001$) визначалася у пацієнтів I групи, проте чіткість контурів тіні виявилася специфічним симптомом для хворих I групи, оскільки діагностувалася тільки у цієї групи хворих (у 10,9%) і не зустрічалася (0%; $p < 0,001$) у хворих II групи.

Висновки. Отримані дані свідчать, що наявність персистуючих інфекційних агентів (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*, цитомегаловірус, вірус Епштейна-Барр, вірус герпесу людини 6-го типу) може відобразитися на морфологічному субстраті пневмонічного запалення, яке має більш продуктивний характер, що уповільнює терміни його регресії під впливом проведеної терапії.

МАНІФЕСТАЦІЯ МУКОВІСЦИДОЗУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМ ПСЕВДО-БАРТТЕРА)

Мироняк Ю.І.

**Науковий керівник – д.мед.н., професор Цимбаліста О.Л.
Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра дитячих хвороб післядипломної освіти**

Вступ. Муковісцидоз (МВ) – спадкове моногенне захворювання з аутосомно-рецесивним типом успадкування, зумовлене мутацією гена муковісцидозного трансмембранного регулятора (CFTR). В основі розвитку синдрому псевдо-Барттера лежать електролітні розлади, які розвиваються переважно у немовлят. У зв'язку з електролітними розладами з'являються порушення серцевого ритму, судоми, дихальні розлади, які можуть бути причиною смерті. Окрім цього, можлива блювота та розлади функції кишківника. Характерними є гіпокаліємія, гіпонатріємія, гіпохлоремія, метаболічний алкалоз, гіперсекреція реніну, гіперальдостеронізм без розвитку артеріальної гіпертензії. Після відновлення сольового балансу метаболічні порушення зникають і маса тіла швидко наростає. Варто зазначити, що у популяції Прикарпаття 33 дитини із діагнозом муковісцидоз, із них всього 1 дитина із синдромом псевдо-Барттера.

Мета роботи. Ознайомити лікарів-інтернів з патогенезом, клініко-параклінічною діагностикою маніфестації муковісцидозу немовлят із синдромом псевдо-Барттера.

Матеріали і методи дослідження. Аналіз клінічного випадку проводився на базі КНП «ІФ ОДКЛ ІФ ОР» шляхом вивчення медичної карти стаціонарного хворого (форма 003/о). Лікування проводилось згідно уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги пацієнтам із муковісцидозом (наказ МОЗ України від 15.07.2016 № 723) та рекомендацій щодо лікування синдрому псевдо-Барттера (електронний ресурс–UpToDate).

Результати дослідження. Пацієнтка Н., 2022 р.н., госпіталізована у ВАІТ у віці 4 міс. зі скаргами матері на різку втрату масу тіла (1050г протягом 4-х діб), в'ялість та рідкі випорожнення до 8 разів на добу з патологічними домішками протягом останнього тижня. Дівчинка періодично відмовлялася від грудей, наростала сонливість, спостерігалось зниження температури тіла до 35,4⁰С та постійне покашлювання. Дитина народилась від II фізіологічної вагітності та II фізіологічних пологів в терміні гестації – 38 тижнів з масою тіла – 2750 г, зростом – 49 см. Мама відмічає солоність шкірних покривів від народження.

Об'єктивно при поступленні: Т- 36,3⁰С, ЧСС – 130^l, ЧД – 34^l, АТ – 90/60 мм рт.ст., SpO₂– 96%, вага – 5100 г (н.м.т.– 5950 г, д.м.т. – 14,3%), ріст – 65 см. Загальний стан важкий, зумовлений проявами токсико-ексикозу. На час огляду дитина сонлива, в'яла, судом та блювота не спостерігались. Зниженого відживлення. ВТ 2,0x2,0 см, на рівні кісток черепа, не пульсує. Шкірні покриви бліді, сухі, чисті. Тургор тканин знижений. Видимі слизові оболонки бліді, чисті. Слизова зіву рожева. Язик вологий, злегка обкладений білим налетом. Носове дихання вільне. Перкуторно: над легеньми легеневий звук. Аускультативно: в легнях дихання бронховезикулярне. Тони серця ослаблені, ритмічні. Границі відносної серцевої тупості в межах вікової норми. Живіт м'який при пальпації, не болючий. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2,5 см, край еластичний, гладкий, не болючий. Селезінка не пальпується. Сечопуск вільний, діурез достатній. Випорожнення рідкої консистенції до 8 разів на добу, жовтого кольору, періодично з домішками слизу.

Гемограма: Hb – 116-113 г/л, Ер-ти – 4,5-5,0 10¹²/л, Л-ти – 5,010⁹/л, Е – 7%, П – 8%, С – 13%, Л – 66%, М – 6%, Тромбоцити – 315, Нт – 36,0, ШОЕ – 5 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: заг.білок – 68,8 г/л, сечовина – 2,1 ммоль/л, креатинін – 31,0 мкмоль/л, заг.білірубін – 11,97 мкмоль/л, прямий – 1,84 мкмоль/л, непрямий – 10,13 мкмоль/л, АлАТ– 120 Од/л, АсАТ– 154 Од/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л, калій – 2,98-4,80 ммоль/л, натрій – 131,2-139,9 ммоль/л, хлориди – 81,7-102,6.

Фекальна панкреатична еластаза-1: 78,73 мкг (норма – 200-500мкг/г).

Пілокарпінова проба (хлориди поту): 100,00– 118,42 мекв/л.

Копроскопія: випорожнення неоформлені, м'які, жовтого кольору, із кислим запахом; слиз – поодинокі; Ph – 5,5; нейтральний жир, жирні кислоти, мила у помірній кількості; епітеліальні клітини – 5-6-5 в п.з.; л-ти – 4-4-3 в п.з.; ер-ти – (-); йодофільна флора у помірній к-сті; елементи гриба, подібного до дріжджового – (+), бактерії – (++)

УЗД скринінг. Печінка розташована типово, на 2,5 см виступає з-під краю реберної дуги. Паренхіма підвищеної ехогенності, ехоструктура – дрібнозерниста, судинний малюнок знижений. Внутрішньопечінкові жовчевивідні протоки не розширені, не ущільнені. Проксимальна частина холедоха не розширена. Печінкові вени дещо стиснені, кровотік трьохфазний (норма). Ворітна вена діаметром 4,2мм (не розширена), швидкість кровотоку 0,27м/с. Печінкова артерія – систолічна швидкість кровотоку 0,42м/с, кінцево-діастолічна – 0,12 м/с. Індекс резистентності – 0,69 (норма). Жовчний міхур скорочений. Підшлункова залоза візуалізується на всьому протязі. Контури чіткі, рівні. Розміри відповідають віку. Паренхіма середньої ехогенності. Структура неоднорідна за рахунок дифузних дрібних лінійних гіперехогенних включень. Вірсунгова протока не розширена. Селезінка розташована типово, збільшена – розміром 78*30 мм (норма – 52*26 мм), структурно однорідна, звичайної ехогенності. Селезінкова вена не розширена, кровотік рівномірний. Вільної рідини в черевній порожнині не виявлено.

Проведено молекулярно-генетичне обстеження в НДІ спадкової патології (м.Львів): дитина є гомозиготою за мутацією F508del/F508del гена CFTR.

Висновки.

Клінічний діагноз: Муковісцидоз з панкреатичною недостатністю (гомозигота F508del/F508del), важкий перебіг. Синдром втрати електролітів у поєнанні з метаболічним алкалозом (Синдром псевдо-Барттера).

Ускладнення: Холестатичний гепатит. Панкреатична недостатність тяжкого ступеня. Білково-енергетична недостатність I ступеня (д.м.т.14,3%).

Дитина отримує терапію згідно протоколу лікування муковісцидозу. Катамнез: нарастають ознаки холестатичного гепатиту.

СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Пащенко І.В., Соляник О.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Функціональні гастроінтестинальні розлади є найпоширенішою патологією органів травлення як в дитячому віці так і у дорослих. Згідно Римських критеріїв IV (2016) синдром подразненого кишечника (СПК– це функціональний розлад кишечника, при якому біль або дискомфорт в животі пов'язані з актом дефекації, порушенням частоти і характеру стула з частотою не менш 4 днів на місяць тривалістю не менш 2 місяців. Важливо враховувати не тільки зазначені критерії, а і підтипи СПК: СПК з діареєю - СПК-Д, СПК з закрепом (констіпацією) –СПК-З, СПК-М (змішаний – діарея + констіпація), неklasифікований тип СПК – Н (альтернація діареї і закрепа).

Згідно сучасній концепції, на розвиток СПК впливає зв'язок психологічних факторів, вегетативних дисфункцій, моторних та секреторних розладів різних відділів кишківника. Сучасні умови війни в Україні створюють ризик впливу психо-емоційних факторів, депресій, стану тривожності, а також порушення режиму та якості харчування на виникнення СПК як у дорослих, так і дітей.

Метою дослідження була оцінка особливостей перебігу СПК у дітей в сучасних умовах для вибору оптимальної схеми лікування.

Під нашим спостереженням знаходилось 28 дітей віком від 7 до 17 років (12 хлопчиків та 16 дівчаток) з діагнозом СПК. Тригерними факторами розвитку СПК були емоціональні переживання, і супутні захворювання нервової системи, нераціональне харчування, спадкова схильність до гастродуоденальної патології. У всіх дітей періодичні болі або дискомфорт в животі зменшувались після дефекації, супроводжувались зміною частоти чи характеру стула. СПК- Д (з діареєю) виявлено у 9 (32,1%) дітей, СПК-С (з констіпацією) у 13 (46,43%) хворих, СПК-М (змішаний – діарея + констіпація) у 2 (7,14%), у 4(14,28%) СПК-А (альтернація діареї і закрепа). Скарги загального характеру зустрічаються незалежно від варіанта СПК: головний біль, стомлюваність, біль в області серця, утруднення вдиху, почуття кому при ковтанні, нудота, почуття швидкого насичення, переповнення у верхній частині живота, відрижка, відчуття тремтіння, порушення сечовиділення. На болі в животі, що посилювались до чи під час дефекації, але зникали або зменшувались після дефекації і супроводжувались метеоризмом, скаржились всі хворі. Звертає увагу, що за даними анамнезу у 13 дітей (46,4%) схожі прояви спостерігались і раніше. Більш ніж у половини дітей, що знаходились під спостереженням, прояви СПК вперше діагностовано за останній рік. При аналізі скарг і перебігу хвороби, об'єктивному дослідженні виявлені

прояви астено–вегетативних порушень у вигляді емоціональної лабільності, в'ялості, дефіциту маси тіла, під час пальпації – біль протягом всієї товстої кишки або її частини.

Лікування СПК треба проводити з урахуванням психо-емоційного стану дитини і обов'язково враховувати варіант перебігу захворювання. Призначення спазмолітиків, за необхідністю – седативних препаратів разом з елімінаційною дієтою сприяє нормалізації якості життя.

СТАН ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ ДО ДИФТЕРІЇ ТА ПРАВЦЯ У ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕХВОРИЛИ НА ВЕБ-ІНФЕКЦІЮ

Попова А.М.

**Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна
Кафедра інфекційних хвороб та клінічної імунології**

ВЕБ-інфекція є однією із найпоширеніших інфекцій у світі. Вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ) інфіковано близько 90% населення земної кулі. Захворювання спостерігається і у дітей, і у дорослих і може маніфестувати як у гострій, так і хронічній формі. ВЕБ здатен вражати імунокомпетентні клітини, викликати лімфаденопатію, гепато- та спленомегалію, довічно зберігатися в лімфоцитах організму, викликати імунодефіцитний стан.

Добре відомо, що найефективнішим засобом боротьби з інфекційними хворобами є вакцинація. В Україні, як і в інших країнах, розроблено та впроваджено план календарних щеплень від найбільш небезпечних інфекцій. Це дозволяє зберігати життя та здоров'я мільйонам дітей та дорослих. Тому актуальною проблемою медицини і, зокрема, імунології, є підтримка високого рівня протективного захисту щодо керованих інфекцій, враховуючи функціонування та стан загального та специфічного імунітету.

Метою дослідження було вивчення впливу ВЕБ на стан поствакцинального імунітету до дифтерії та правця у дітей. Для цього було обстежено 83 дитини віком 9-13 років, що перехворіли на інфекційний мононуклеоз (ІМ). Серед них тяжка форма була зареєстрована у 23, середньотяжка – у 26, легка – у 34 дітей. Рівень АТ до дифтерійного та правцевого анатоксинів виміряли методом ІФА. Отримані дані виражені у МО/мл. Захисний титр АТ до дифтерії та правця згідно з рекомендацією ВОЗ вважали >0.1 МО/мл. Контрольну групу склали 46 дітей, які не хворіли на ІМ.

В результаті проведених досліджень було встановлено відсутність захисних титрів антитіл до дифтерійного токсину у дітей, які перехворіли на ІМ: в тяжкій формі – у 73.2%, в середньотяжкій – у 53.8%, а до правцевого токсину відповідно – у 69.5% та 46.1% дітей. В контрольній групі дітей захисних титрів АТ до дифтерії не було у 23.8%, до правця – у 13.0%.

Мінімальні та низькі титри АТ до правцевого токсину в дітей, що перехворіли у тяжкій формі, спостерігалися у 26.0% дітей, у середньотяжкій формі – у 30.7% дітей, до дифтерійного токсину – відповідно у 17.3% та 26.9% дітей. У контрольній групі дітей ці показники були наступні: до правцевого токсину – 23.8%, до дифтерійного токсину – 17.3% дітей.

Середні титри АТ до правцевого токсину у дітей, що перехворіли в тяжкій формі, реєструвались у 4.3%, при середньотяжкій формі – у 22.9% дітей, до дифтерійного токсину відповідно у 8.6% та 19.2% обстежених. У жодної дитини не реєструвалося АТ до правцевого та дифтерійного токсину у високих титрах (3.0 - 5.0 МО/мл та >1.0 МО/мл).

У обстежених контрольної групи високі титри АТ до правцевого токсину визначалися у 15.2%, до дифтерійного токсину – у 21.7%, а середні титри відповідно у 47.7% та 36.9% дітей.

У дітей, що перехворіли в легкій формі на ІМ, значних відмінностей у концентрації АТ до дифтерійного та правцевого токсину, порівняно з дітьми контрольної групи, не спостерігалось.

Висновки. Узагальнюючи отримані дані, можна констатувати, що перебіг ІМ у середньотяжкій або тяжкій формах призводить до значного зниження титру захисних АТ до правця та дифтерії, прогресивного зменшення відсотка дітей, які мають середні та високі титри АТ, а також до збільшення числа дітей без захисного титру АТ.

Легка форма ІМ не асоційована із вірогідним зниженням захисних титрів АТ до правцевого та дифтерійного токсинів.

КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПРОГРЕСУЮЧОГО СИСТЕМНОГО СКЛЕРОЗУ БЕЗ СКЛЕРОДЕРМИ

Пізняк Г.О.

Науковий керівник: проф., д.мед.наук, Сенаторова Г.С.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії № 1 та неонатології

Актуальність: розповсюдженість системного склерозу (СС) без склеродерми сягає ~ 5% від усіх випадків хворих СС, що свідчить про рідкість зустрічальності даної патології.

Метою роботи є аналіз клінічного випадку, що відображає нетиповий дебют і перебіг основного захворювання.

Матеріали та методи. В якості клінічної ілюстрації перебігу прогресуючого СС без склеродерми наведений витяг з історії хвороби пацієнта, який надходив до КНП ХОР «ОДКЛ», а також виписки цього ж хворого з НДСД «ОХМАТДИТ».

Клінічне спостереження. Хлопчик Д., 16 р., надійшов до відділення торакальної хірургії НДСД «ОХМАТДИТ» м.Києва зі скаргами на значне схуднення, порушення ковтання. З анамнезу захворювання відомо, що від дворічного віку у дитини відмічався інфекційно-запальний синдром з ураженням органів дихання у вигляді ринітів, синуситів, етмоїдитів, гайморитів, бронхітів, пневмоній. Постійний кашель з відходженням гнійної мокроти. У віці 7 років переніс плеврит, після чого стан погіршився. У зв'язку з цим надійшов до КНП ХОР «ОДКЛ», де в ході обстеження (КТ, МРТ, біологічних, імунологічних і генетичних методів дослідження) і спостереження встановлено діагноз: Хронічне інтерстиціальне захворювання легень (респіраторний облітеруючий бронхіоліт, пневмофіброз), тяжка течія, період загострення. Дихальна недостатність (Іст.). Бронхоектатична хвороба (з переважним ураженням лівої нижньої долі), тяжка течія, період загострення. Рекомендоване обстеження у відділенні торакальної хірургії в НДСД «ОХМАТДИТ» м. Києва.

Анамнез життя. Дитина від 2 вагітності і 2 пологів (перша дитина померла у 16 років від внутрішньочеревної кровотечі нез'ясованого генезу). Вагітність не обтяжена. Народжений у фізіологічних пологах. Доношений. Маса при народженні – 2600 г. До 8 років фізичний розвиток гармонійний, після - дитина перестала набирати вагу. При первинному обстеженні у відділенні торакальної хірургії були підтверджені множинні бронхоектази у нижній частці лівої легені з явищами дифузного слизово-катарального ендобронхіту

(ендоскопічно), субатрофічного рубцевого ендобронхіту в сегментах S6-S10 зліва; рубцеві зміни слизової гортані, рубцевий стеноз верхньої, середньої третини стравоходу, кардії, пілоруса. З додаткових методів встановлено: помірний лейкоцитоз, легка анемія, зниження загального білку в сиворотці крові (54 г/л), помірне зниження IgA, IgM, IgG та диспропорційні зміни в клітинному складі лімфоцитів; зниження рівню статевих гормонів, лютеїнізуючого і фолікулостимулюючого гормонів, тестостерону, інсуліноподібного фактору; антитіла до негістонового хромосомного білку Scl-70, підвищення яких є найбільш характерно для дифузних і обмежених форм СС, та IgG ANA – негативні; підвищення фекального кальпротектину – 1190 мкг/г (норма 0 - 50 мкг/ г).

Інструментальні методи дослідження:

Колоноскопічне дослідження: еритематозний коліт. Бронхоскопія: рубцеві зміни стінки надзв'язкового простору гортані без стенозу; виражений дифузний слизово-катаральний ендобронхіт. Рентгенографія органів грудної клітини: легені розправлені, без видимих вогнищевих та інфільтративних змін. Легеневий малюнок зліва в нижніх відділах збагачений, купол діафрагми зліва підтягнутий – фіброзні зміни. Легеневий малюнок справа чіткий. Контури діафрагми чіткі, рівні. Реберно-діафрагмальні кути вільні. Тінь середостіння не зміщена, не розширена. Гістологічна картина свідчить про наявність дифузного захворювання сполучної тканини.

На попередніх етапах обстеження були виключені муковісцидоз і туберкульоз.

Встановлено діагноз: Дифузне захворювання сполучної тканини, прогресуючий системний склероз без склеродерми (вісцеральна форма), рубцевий стеноз верхньої, середньої третини стравоходу, кардії, пілоруса. Хронічний склеротично-виразковий гастрит, хронічний ерозивний коліт. Бронхоектази нижньої частки зліва. Вторинна полігландулярна недостатність. Вторинний імунодефіцит. Білково-енергетична недостатність III ступеню.

Проведене лікування: курс дилатацій стравоходу; харчування через проведену гастростому сумішшю Nestle Isosource; антибактеріальна терапія (Іміпенем); протигрибкова терапія (Флюконазол); антисекреторна терапія (Омепразол); гормональна терапія (Преднізолон); симптоматична терапія: інфузія імуноглобулінів (Біовен-моно - 0.8г курсова доза); інфузійна терапія.

Дитина виписана на амбулаторне лікування за місцем мешкання. Загальний стан дитини відносно задовільний. Скарг немає. Не лихоманить. Аускультативно: дихання жорстке, в нижніх відділах зліва ослаблене з вологими хрипами. Набір маси тіла за час лікування склав 3 кг. Годування через гастростому сумішшю засвоює у віковому об'ємі. Стул в нормі.

Отже, даний клінічний випадок відображає ураження внутрішніх органів без ущільнення шкіри, що свідчить про перебіг рідкісної нозології: Прогресуючий системний склероз без склеродерми, а також складність у проведенні диференціальної діагностики і постановці діагнозу.

БИОМАРКЕРИ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБИГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19 У ДІТЕЙ

Романчук Л.І.

**Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб**

Діагностика коронавірусної інфекції на даний час не викликає труднощів, оскільки вірусологічний, імунофлуоресцентний та імуноферментний аналіз є достовірними у

виявленні збудника. Полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР) найчастіше використовують як метод верифікації коронавірусу. Матеріалом для дослідження можуть слугувати різні біосередовища, такі як мазок з ротоглотки, конденсат видихуваного повітря, кров, сеча, кал. На сьогодні маловивченими залишаються цитогенетичні зміни слизової оболонки верхніх дихальних шляхів при вірусному ураженні організму.

Мета виявити цитогенетичні зміни букального епітелію слизової оболонки ротової порожнини при інфікуванні коронавірусом SARS-CoV-2.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі інфекційних відділень обласного комунального некомерційного підприємства «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня». Було обстежено 55 дітей, у яких було верифіковано коронавірусну інфекцію COVID-19 методом полімеразної ланцюгової реакції. Предметом дослідження став букальний епітелій слизової оболонки порожнини рота пацієнтів. Результати статистично опрацьовувались у ліцензійному пакеті Statistica із застосуванням непараметричних методів оцінювання. Оцінювали середні значення кожної ознаки.

Результати. Проаналізувавши статистичні карти обстежуваних пацієнтів, питому частку досліджуваних склали хлопчики 60%, середній вік дітей становив $10,9 \pm 0,55$ (min=2, max=17). Як правило, пацієнти госпіталізувались на $5,6 \pm 0,48$ день від початку захворювання. У 65,4% хворих діагностували ураження легеневої тканини, 21,8% становили діти з гострою інфекцією верхніх дихальних шляхів, гострий бронхіт виявили у 7,3% інфікованих та 5,5% належать дітям з мультисистемним запальним синдромом (MIS-C). Тривалість перебування на стаціонарному лікуванні сягала $11,9 \pm 0,46$ діб.

Проведення цитогенетичного дослідження дало змогу виявити, що у мазках-відбитках 89% пацієнтів виявлялись протрузії типу «пухирця» ($2,1 \pm 0,1$ на мазок-відбиток), ядра атипової форми становили 81,8% ($2,7 \pm 0,2$ на мазок-відбиток), двоядерні клітини у 70,9% ($2,07 \pm 0,16$ на мазок-відбиток), вакуолізація ядер у 60% ($2,45 \pm 0,26$ на мазок-відбиток), протрузія типу «розбите яйце» у 23,6% ($1,2 \pm 0,1$ на мазок-відбиток), каріопікноз – 21,8% ($1,6 \pm 0,2$ на мазок-відбиток), ядра з коловою насічкою – 18,1% ($1,3 \pm 0,2$ на мазок-відбиток) і найрідше виявлялись клітини з конденсацією хроматину 15,5% ($1,3 \pm 0,1,18$ на мазок-відбиток). Нами встановлено, що найчастіше зміни букального епітелію спостерігались у пацієнтів з ускладненим перебігом коронавірусної інфекції COVID-19. Так у 61,8% пацієнтів було діагностовано дихальну недостатність I-II ступеня, явища ексікозу та бронхообструктивного синдрому.

Висновки. Таким чином, цитогенетичні зміни букального епітелію у мазках-відбитках свідчить про ураження слизової оболонки ротової порожнини. Оскільки, найчастіше патологія клітин виявлялася за наявності ускладнень при гострій респіраторній хворобі COVID-19, а, значить, може слугувати маркером важкості перебігу захворювання.

ВРОДЖЕНІ ВАДИ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ДІ-ДЖОРДЖА

Роціна Н.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №1

Вступ. Синдром ДіДжорджа проявляється як первинний імунодефіцит, характеризується ураженням Т-клітинної ланки імунітету унаслідок а-чи гіпоплазії тимуса. Поширеність синдрому мікрodelеції 22-ї хромосоми 1:3000-1:6000 новонароджених у світі. Згідно з даними літератури а- чи гіпоплазія тимуса поєднується з типовими мальформаціями

лицьового черепа у всіх хворих, конотрункальними вадами серця у 2/3 пацієнтів та із затримкою фізичного та розумового розвитку, психічними розладами, дизембріогенезом паразитовидних залоз і, як наслідок, гіпокальціємією. Конотрункальні вади серця є однією з найбільш частих ознак 22q11.2DS з поширеністю 75–80%.

Мета дослідження: Визначити основні післяопераційні ускладнення, які стали провідною причиною смерті та дослідити частоту розвитку ускладнень та їх залежність від вродженої чи набутої аплазії тимуса у пацієнтів з синдромом Ді-Джорджа.

Матеріали і методи. З метою ретроспективного аналізу історій хвороб було відібрано 47 пацієнтів з вродженими конотрункальними вадами серця та синдромом Ді-Джорджа у віці від 0 до 53 місяців, які спостерігалися у кардіологічному відділенні центру дитячої кардіології та кардіохірургії. Серед обстежених було 27 дівчаток (57%) та 21 хлопчик (43%). Проводилась оцінка віку пацієнтів, в якому було виконане хірургічне втручання з приводу вродженої вади серця та порівнювалась частота виникнення післяопераційних ранніх та відтермінованих ускладнень в пацієнтів з різними ВВС в таких вікових групах: 0-28 днів (n=13), 28-90 днів (n=4), 90-180 днів (n=12), 6-12 місяців (n=16) та старше 1 року (n=2). Проаналізовані чинники, які впливають на розвиток ускладнень в кожній групі, шляхом оцінки супутньої судинної та екстракардіальної патології, наявності вродженої аплазії тимуса чи проведення тимектомії гіпоплазованого тимуса.

Результати. Серед обстежених дітей виявили наступні ВВС: тетрада Фалло (19,15%), переривання дуги аорти типу В (14,89%), загальний артеріальний стовбур (12,77%), атрезія легеневої артерії (23,40%), дефект міжпередсердної перегородки (74,34%, з них у 11,76% така вада спостерігалася як самостійний дефект), а у 4,17% дітей - тетрада Фалло з відсутністю клапана легеневої артерії. Як свідчать результати проведеного нами дослідження, 15 пацієнтів (31,91%) мали ранні післяопераційні кардіохірургічні, неврологічні та інфекційні ускладнення. Так у віковій групі 0-28 днів (n=13) було виявлено розвиток ранніх післяопераційних ускладнень у 9 (69,23%) хворих: кардіохірургічні - у 7 (53,85%) пацієнтів, неврологічні (субдуральні крововиливи та крововиливи у речовину мозку) – у 2 пацієнтів (15,38%). У групі 28-90 днів (n=4) у 1 пацієнта (25%) з діагнозом атрезія легеневої артерії виникли неврологічні (субдуральні крововиливи) та інфекційні (сепсис) ускладнення. Серед пацієнтів вікової категорії 90-180 днів лише у 2 пацієнтів (12,50%) спостерігалися ранні післяопераційні ускладнення: кардіохірургічні у 2 (100%), інфекційні та пульмонологічні (ателектаз лівої легені, інтерстиційний пухмоніт) у 1 дитини з групи (50%). У пацієнтів віком 6-12 місяців (n=16) у 3 пацієнтів (18,75%) виникли кардіохірургічні ускладнення та у 1 дитини (6,25%) – інфекційні. Післяопераційний період у даного пацієнта ускладнився грибковим медіастенітом та грибковою пневмонією. У пацієнтів старше 1 року ранні ускладнення не спостерігалися. Серед 47 пацієнтів у 14 була виконана тимектомія під час оперативного втручання, ще 2 пацієнта зазнали тимектомії під час минулих хірургічних втручань. Серед пацієнтів цієї вікової групи частота ранніх ускладнень складала 50%, домінуючими серед них були саме кардіохірургічні. У 31 дитини спостерігалася вроджена аплазія тимуса, в цієї групи ускладнення виникли у 10 (32,26%) пацієнтів, з розвитком інфекційних ускладнень грибкової етіології у 20% дітей. На момент операції у 11,11% пацієнтів з вродженою аплазією тимуса була наявна супутня патологія - інфекційний ендокардит. Також у 5 пацієнтів (10,42%) виявлено кровотечі різного генезу та локалізації, які теж потенційно впливають на тривалість перебування в стаціонарі. Було визначено, що 38,8% пацієнтів серед усіх вікових груп мали супутню судинну патологію таку як МАРСAs (великі аортолегеневі колатеральні артерії) та LVOTO (стеноз виносного тракту лівого шлуночка) та 7 пацієнтів (15,38%) - екстракардіальну (стеноз ниркової та лівої

загальної сонної артерій; гіпотиреоз). Не дивлячись на критичність цих вроджених патологій і супутню низьку масу тіла, аплазію тимуса, летальних випадків у цій групі не було.

Висновки: Таким чином, у 33 пацієнтів з 47 (69,23%) виникли ранні післяопераційні кардіохірургічні, неврологічні, пульмонологічні та інфекційні ускладнення, а у 76,92% - залишкові післяопераційні явища, безпосередньо пов'язані з кардіохірургічним втручанням, як наприклад, стеноз гирла легеневої артерії чи стеноз сформованого кондуїту. Діти віком 28-90 та 90-180 днів найдовше знаходились в реанімації та потребували тривалої респіраторної підтримки. Це є чинником розвитку ускладнень з боку респіраторного тракту та інфекційних як безпосередньо під час перебування в стаціонарі, так і відтермінованих, що вимагає контролю стану дихальної та імунної систем з віком. Діти з вродженою аплазією тимуса відносяться до групи підвищеного ризику, оскільки в цій групі рівень ускладнень, особливо інфекційних, значно вищий. Ці пацієнти переважно вражаються грибковими інфекціями, особливо, що варто враховувати при підборі антимікробної терапії. Також у дітей з синдромом Ді-Джорджа потрібно надавати перевагу за можливості ранній радикальній корекції вади, адже діти у віці 0-28 днів потребують значно менш тривалого перебування у ВРІТ та на ШВЛ, що теж впливає на полегшення перебігу післяопераційного періоду. Летальність серед обстежуваної когорти складала 6,38%. Всі летальні випадки спостерігалися у дітей з вродженою аплазією тимуса. Причиною смерті виявилися інфекційні, респіраторні та геморагічні ускладнення.

ОБГОВОРЕННЯ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ – МЕТОД ЗДОБУТТЯ КОМПЕТЕНТНОСТІ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ЗА ФАХОМ «ПЕДІАТРІЯ»

Рудан К.В., Богущька Н.К.

**Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб**

Вступ. Під час пандемії COVID-19 особливо постраждали практичні моменти традиційної аудиторної освіти та професійного медичного навчання «біля ліжка хворого»: жорсткі умови карантину скоротили, а в деяких випадках і повністю виключили, можливість спілкування інтернів безпосередньо з пацієнтами та їх батьками. З іншого боку, вся система освіти була змушена швидко розвиватися і впроваджувати інноваційні підходи до проведення навчання та подачі інформації. Однак в процесі онлайн формату навчання здебільшого складно сконцентрувати увагу здобувачів знань на навчальному матеріалі та завданнях до нього. Впродовж традиційних освітніх підходів інтерни, на жаль, залишаються здебільшого пасивними слухачами, не залучаючись до подачі та активного обговорення матеріалу в групі. Зміщення акценту з пасивного сприйняття знань на активну участь інтернів в освітньому процесі, має на меті залучити їх до обговорення матеріалу задля розвитку клінічного мислення та вирішення проблем, безпосередньо пов'язаних з їхньою майбутньою медичною практикою. У свою чергу, це може призвести до більшої задоволеності освітнім процесом як лікарями-інтернами, так і викладачами.

Мета. Задля розвитку компетентності клінічного мислення в лікарів-інтернів за фахом «Педіатрія» вважали за доцільне оцінити можливість впровадження активної моделі навчання у медичному виші – методу обговорення клінічних випадків.

Матеріали і методи. У 2022-23 н.р. вперше впровадили під час очного циклу обговорення клінічних випадків як метод активного здобуття знань у лікарів-інтернів за

фахом «Педіатрія» 1-го та 2-го років навчання за методикою, розробленою у Мюнхенському університеті Людвіга-Максиміліана.

Отримані результати. Однією із найбільш наближених до відображення клінічного мислення під час діагностичного процесу є активна навчальна методика з обговорення клінічних випадків (ОКВ). Досвід, здобутий в рамках Міжнародної літньої школи з обговорення клінічних випадків (ICCDSS, 2022 р.) на базі клініки Мюнхенського університету Людвіга-Максиміліана (LMU Klinikum) дозволив впровадити ОКВ в навчальний процес вітчизняних інтернів. Методологія імплементації ОКВ передбачала онайомлення із керівництвом організації проведення такого навчання та активне залучення до нього лікарів-інтернів. Спочатку відібрано та опрацьовано клінічні випадки, надані розробниками ICCDSS для широкого впровадження у навчальний процес, надалі самостійно розробили кілька клінічних кейсів та здійснили пілотне впровадження ОКВ для лікарів-інтернів 1-го року навчання.

Кожен клінічний кейс ґрунтується на історіях реальних пацієнтів, відображає класичний підхід до збору анамнезу, оцінки даних фізикального та додаткового обстеження, базується на сучасних міжнародних протоколах діагностики та лікування. ОКВ адаптоване для проведення у різних за розміром групах, однак ми залучали від 9 до 16 осіб, що максимально виявило переваги командної роботи. Атмосфера в аудиторії в процесі навчання «рівний рівному» сприяла тому, щоб навіть невпевнені учасники без страху допущення помилки активно брали участь в дискусії. Інтерни, що були модераторами, у свою чергу, змогли глибше вивчити питання, які підіймаються під час проведення сесії ОКВ.

ОКВ має наступні переваги у порівнянні з традиційним навчанням: можливість відпрацювання професійних навичок у взаємодії з віртуальним кейсом перед доступом до реальних пацієнтів; більше заглиблення в матеріал, який вивчається; підвищена мотивація через активнішу підготовку та безпосередню участь інтернів у процесі занять; розвиток навичок професійного спілкування, взаємодії та командної роботи. ОКВ – це груповий навчальний метод, що не вимагає великої кількості часу на етапі сесії, для класичного проведення якого потрібно лише кілька залучених до організації модераторів та ресурси для проведення якого є легкодоступними. Подібний метод сприяє розширенню клінічного погляду на проблему діагностування та/або менеджменту нозології у кейсі, що розглядається групою. Метод ОКВ більш навчально об'ємний, оскільки інтернам у процесі обговорення слід активізувати раніше набуті мультидисциплінарні знання, постійно оперувати навичками клінічного мислення, зокрема поєднувати клініко-параклінічні знахідки в синдроми та нозології для диференційного діагнозу, визначати найоптимальніші методи підтвердження або спростування висунутих діагностичних гіпотез із залученням сучасних методів параклінічного дообстеження.

Висновки. Метод ОКВ легко імплементувати в навчальний процес через його наближеність до роботи з реальним пацієнтом та формування ключової компетентності – клінічного мислення лікарів-інтернів.

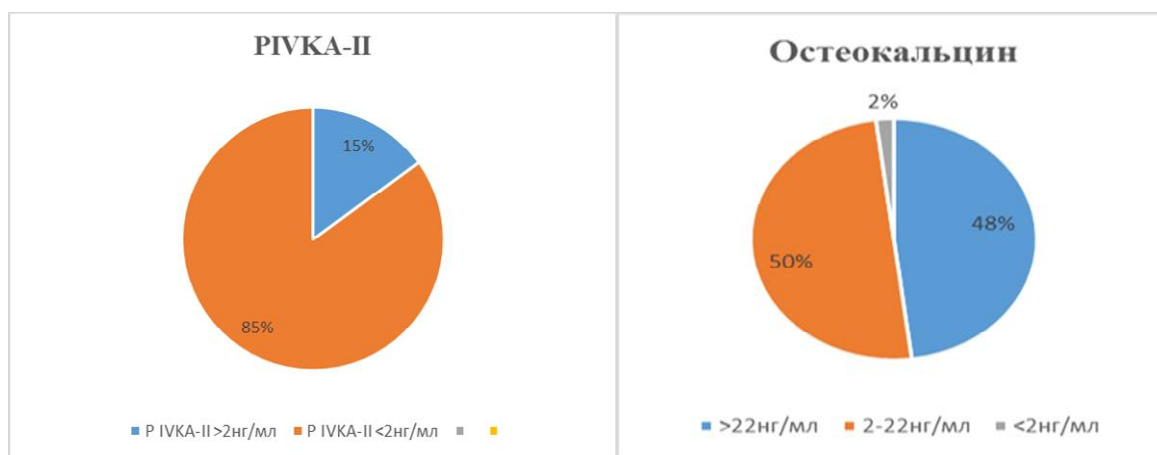
ПОКАЗНИКИ PIVKA-II, ОСТЕОКАЛЬЦИНУ ТА МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТОК У ПІДЛІТКІВ

Соляник О.В., Пащенко І.В., Іванько О.Г.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Метою дослідження було визначення показників PIVKA-II, остеокальцину та мінеральної щільності кісток у підлітків, за даними профілактичного дослідження. До дослідження цих показників було залучено 88 підлітків. Концентрації PIVKA-II, остеокальцину у сироватці крові, визначали наборами реактивів: PIVKA-II ELISAKit (Japan) та набір N-Mid osteocalcin(Italy). Мінеральну щільність кісток визначали шляхом ультразвукової денситометрії на апараті Sunlight MiniOmniTM. У 13(15%) підлітків визначено позитивне PIVKA-II (>2нг/мл) середні значення $4,9 \pm 1,28$ нг/мл. Остеокальцин у 42(48%) обстежених більше 22 нг/мл, медіана 26,4(22,12;42,74)нг/мл, нормальні показники остеокальцину спостерігались у 44(50%) підлітків, з медіаною 16,9(6,9;21,9) та лише у 2(2%) підлітків нижче референтних значень.



Показники мінеральної щільності кісток у підлітків (n=88)

Z < -2,5	Z -2,5-1	Z --1-0	Z 0+1	Z +1+2
0(0%)	12(14%)	32(36%)	31(35%)	13(15%)

Висновки: у 15% обстежених при визначенні PIVKA-II спостерігається прихований дефіцит вітаміну К, остеокальцин підвищений у 48%, що свідчить про посилений зріст у підлітків, стосовно мінеральної щільності кісток у 14% виявлено остеопенію.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ЕПШТЕЙН-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ПІДЛІТКІВ

Сорокіна О.Г.¹, Колесник Я.В.², Сорокіна А.В.²

¹Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна

Кафедра інфекційних хвороб та клінічної імунології

²Харківський національний медичний університет¹

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Слід зазначити, що з кожним роком зростає вплив несприятливих факторів навколишнього середовища на організм і, перш за все, на імунну систему. Інфекційні

захворювання займають важливе місце і впливають на загальний стан здоров'я людини. Серед багатьох факторів, які безпосередньо впливають на імунну систему, особливої уваги заслуговують герпесвірусні інфекції. Вірус Епштейна-Барр (EBV) відноситься до сімейства *Herpesviridae*. Інфекції, викликані цим вірусом, є найбільш поширеними і займають важливе місце в структурі захворювань герпесвірусної етіології. Це пов'язано з високим ступенем зараженості населення в усьому світі, оскільки специфічні антитіла до цього вірусу виявляються майже у 95% населення. Активне розповсюдження вірусу по всіх органах і системах з лімфоїдною тканиною призводить до структурних змін, які негативно позначаються на організмі в цілому. Вивчення факторів, що впливають на перебіг захворювання, а особливо на перебіг захворювання у підлітків є актуальним, тому в нашій роботі ми приділили увагу вивченню генетичних особливостей організму, які можуть впливати на прогноз і перебіг EBV у підлітків.

Метою проведеної роботи було вивчити вплив генетичних особливостей організму на клінічний прояв EBV у підлітків.

Задачі роботи. Серед задач проведеної роботи нами було заплановано встановлення існування кореляційного зв'язку між клінічними проявами EBV у підлітків та поліморфізмом IL28B.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 28 підлітків у віці від 16 до 18 років. I групу склали пацієнти з EBV-асоційованим синдромом хронічної втоми (12 пацієнтів). II групу увійшли хворі з реактивним артритом як основним клінічним проявом EBV (6 пацієнтів). Контрольну групу склали 10 умовно здорових підлітків без EBV в анамнезі.

Результати дослідження. В результаті проведеного дослідження встановлено, що у пацієнтів із синдромом хронічної втоми при дослідженні поліморфізму IL28B частіше виявляли генотип CC за локусом rs12979860 та генотипи TT за локусом rs8099917. Тоді як у хворих на реактивний артрит частіше реєстрували генотипи CT і TT за локусом rs12979860 і генотипи GT і GG за локусом rs8099917. У хворих контрольної групи у більшості випадків також реєстрували генотип CC за локусом rs12979860 та генотип TT за локусом rs8099917.

Висновок. Таким чином, за результатами дослідження поліморфізму IL28B в обстеженій групі підлітків із синдромом хронічної втоми, асоційованим з EBV, частіше виявлялися генотипи CC за локусом rs12979860 та генотипи TT за локусом rs8099917. Також вищевказаний генотип частіше реєструвався в контрольній групі. Підлітки з EBV-асоційованим реактивним артритом частіше мали типи CT і TT в локусі rs12979860 і генотипи GT і GG в локусі rs8099917. Також сприятливий генотип у більшості випадків зафіксований у контрольній групі. У наших подальших дослідженнях ми плануємо більш детально вивчити цю актуальну тему та пропонуємо використовувати отримані результати для оптимізації діагностики та прогнозу захворювання серед підлітків.

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що вивчення генотипу IL-28B мають важливу роль у прогнозі перебігу EBV у підлітків. Виявлено кореляцію між генотипом IL-28B та клінічними проявами захворювання у підлітків. Ці результати можуть бути використані для прогнозування перебігу EBV у підлітків та раннього виявлення провідного симптому захворювання. Також отримані результати можуть бути використані для прогнозування сприятливого та несприятливого перебігу EBV.

АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ РОСЛИННОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ КАНЕФРОН[®] Н У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Стець В.В.

Науковий керівник: доц. Бухмін О.В.

Харківський національний медичний університет

Кафедра урології та дитячої урології

Актуальність. Хвороби сечовидільної системи охоплюють широкий спектр патологій у педіатричній практиці. Найчастіше у Закарпатській області серед дітей віком 1-17 років зустрічаються інфекції сечовивідних шляхів (ІСВШ). У свою чергу, тенденція до збільшення захворюваності на ІСВШ в останні роки у дітей може бути причиною появи в майбутньому гіпертонії та хронічної ниркової недостатності, що значно знижує якість життя людини в подальшому. Тому, вчасна діагностика та лікування, а також профілактика даної групи захворювань є актуальним питанням у сучасній медицині, оскільки можуть запобігти розвитку тривалих ускладнень та значно покращити стан пацієнтів.

Мета: збір, аналіз та оцінка даних з приводу лікування Канефроном[®] Н у педіатричній практиці в Закарпатській області після встановлення діагнозу ІСВШ, циститу, нефриту.

Вступ. Для лікування ІСВШ застосовують протимікробні препарати та рослинні лікарські засоби (РЛЗ), серед яких – Канефрон[®] Н (виробник: Bionorica SE, Німеччина). Це РЛЗ, який у своєму складі містить у якості діючих речовин золототисячник, любисток і розмарин і широко застосовується у лікуванні та профілактиці ІСВШ та інших порушень сечовидільної системи. Ксантони, які містяться у складі золототисячника, володіють антибактеріальним та антихолінергічним ефектом, тому підтримують діурез і виведення каменів з нирок. Фуранокумарини любистка мають спазмолітичну та сечогінну дію і застосовуються для промивної терапії при запальних процесах нижніх сечових шляхів. Листя розмарину містить дітерпени, поліфеноли та феноли, які володіють протизапальною, противірусною, спазмолітичною та протисудомною дією, що підтримує ниркову екскрецію та діурез.

Канефрон[®] Н добре переноситься та безпечний для лікування захворювань сечовивідних шляхів, порівняно з іншими препаратами (наприклад, антибіотики, нітрофурани). Даний РЛЗ доступний у формі драже та перорального розчину, тому зручний для дозування при лікуванні навіть дуже малих дітей.

Оскільки дані щодо застосування Канефрону[®] Н у педіатричній практиці в Закарпатській області відсутні, було проведено дане дослідження.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося у дитячій поліклініці (м. Мукачєво) та амбулаторних відділеннях у районах Закарпатської області. Лікарі були спеціалістами (дитячі урологи, дитячі нефрологи). Учасники дослідження – діти від 1 до 17 років, у яких є підтверджений діагноз захворювання сечовидільної системи, і яким призначали лікування РЛЗ. Лікарі мали призначати пацієнтам РЛЗ відповідно до Інструкції для медичного застосування лікарського засобу.

Рекомендації щодо дозування такі: Дітям від 12 років – по 50 крапель або 2 таблетки 3 рази на добу; Діти віком від 6 років – по 25 крапель або 1 таблетка 3 рази на добу; Діти 1-5 років – по 15 крапель 3 рази на добу; Діти до 1 року – по 10 крапель 3 рази на добу.

Після ослаблення гостроти захворювання прийом препарату слід продовжувати протягом 4-6 тижнів. Краплі приймають, як правило, в нерозведеному вигляді. Дітям краплі треба додавати у сік або чай. Обмежень для супутньої терапії немає. Тривалість лікування визначалася лікарем відповідно до клінічної картини захворювання.

Період спостереження включав фазу лікування та період подальшого спостереження (обмежений термін – 6 тижнів). Дані були зібрані на момент включення пацієнта у дослідження, а також через 2 та 6 тижнів лікування.

Загальна переносимість та ефективність препарату оцінювалася закріпленими за пацієнтами лікарями та власне пацієнтами або їх батьками. Також були зібрані симптоми з боку сечовидільної системи (повне одужання, покращення, без змін, погіршення та рецидив). Результати. Аналізи проводилися по віковим групам: діти від 12 до 23 місяців, діти дошкільного віку (2-5 років), діти шкільного віку (6-11 років) та підлітки (12-17 років). Під час лікування у рамках дослідження 66,4% пацієнтів отримували лікування у вигляді перорального розчину та 33,6% у вигляді таблеток. Монотерапія включала пацієнтів, які приймали РЛЗ без супутніх засобів під час дослідження (44%). Якщо пацієнт отримував будь-які медикаменти разом із РЛЗ для лікування сечовидільної системи, то такі пацієнти були включені в групу комбінації ЛЗ. 38% пацієнтів отримували РЛЗ для лікування гострого і хронічного захворювання, 30% – для профілактики та 32% – в обох випадках (лікування + профілактика). Основними показаннями до застосування були ІСВШ (37,0%) та пієлонефрит (33,6%). ІСВШ найчастіше зустрічалися у наймолодшій групі, а частка циститу збільшилася у віковій групі старше 2 років, частіше у дівчат, ніж у хлопців. Форми нефриту зустрічалися у віковій групі 12-17 років, частіше у хлопців. По закінченню, 17% пацієнтів повідомили про одужання, 68% – про покращення стану. Ефективність РЛЗ була оцінена як «добра» та «дуже добра» приблизно у 92% пацієнтів з монотерапією. 98% пацієнтів оцінили переносимість препарату як «добра» та «дуже добра». Небажані лікарські реакції не спостерігалися.

Висновки. Дане дослідження показало, що лікування дітей, у віковій категорії 1-17 років, РЛЗ Канефроном[®]Н є безпечним і добре переноситься. Препарат є ефективним для лікування та профілактики захворювань сечовидільної системи.

МАРКЕРИ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ В ЮНАКІВ ІЗ ГІПОАНДРОГЕНІЄЮ

Страшок Л.А.^{1,2}, Бузницька О.В.³, Хоменко М.А.³

¹ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

Відділення наукової організації медичної допомоги школярам та підліткам

²Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №3 та неонатології

³Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Кафедра педіатрії

Метаболічний синдром (МС) та асоційовані з ним стани є актуальною проблемою людства. Гастроентерологічним компонентом МС вважається неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП). На сьогодні немає наукових досліджень впливу гіпоандрогенії (ГА) на метаболічний контроль і формування НАЖХП у хлопців-підлітків.

Мета – визначити прогностичне значення змін у ліпідному профілі для формування НАЖХП у юнаків із ГА.

Матеріали та методи. У 2019-2021 рр. проведено комплексне обстеження 107 юнаків віком від 13 до 18 років із ГА – клінічне обстеження, аналізи крові з визначенням рівня γ-глутамілтранспептидази, аспартатамінотрансферази, аланінамінотрансферази, лужної фосфатази, загального білірубину, ліпідного профілю, рівня тестостерону, імунореактивного інсуліну. Морфофункціональний стан гепатобіліарної системи вивчено за ультразвуковим

дослідженням (УЗД), за результатами якого юнаків із ГА поділено на групи спостереження (1-ша група – з нормальними параметрами печінки, 2-га – з ознаками стеатозу). Прогностичну оцінку щодо формування стеатозу печінки при ГА проведено за допомогою ROC-аналізу з розрахунком AUC.

Результати. За даними УЗД, у третини юнаків із ГА виявлено ознаки НАЖХП. Стан інсулінорезистентності встановлено у 22% юнаків, достовірно частіше в пацієнтів з УЗ-ознаками НАЖХП. З аналізу показників ліпідного спектра крові всіх юнаків із ГА відмічено проатерогенні зміни, більш виражені в групі з НАЖХП. З ROC-аналізу для кількісних біохімічних ознак показано, що при використанні точки розподілу показника β -ліпопротеїдів $>5,8$ г/л для діагностики збільшення печінки як ознаки НАЖХП у юнаків із ГА чутливість становила 72,0%, специфічність – 55,3%. Значення площі під ROC-кривою дорівнювало 0,624 [0,514; 0,725] при рівні статистичної значущості $p=0,045$.

Висновки. У третини юнаків із ГА встановлено ознаки НАЖХП на стадії стеатозу. У всіх підлітків із ГА виявлено дисліпідемію атерогенної спрямованості, більш виражену у хворих із НАЖХП. Відмічено предикторну цінність визначення рівня β -ліпопротеїдів для виявлення НАЖХП у юнаків із ГА. Визначення β -ліпопротеїдів може мати економічну доцільність щодо діагностичного обстеження юнаків із ГА.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ COVID-19 У ДІТЕЙ МІСТА СУМИ

*Тарамак Л.В., Сміян К.О., Кліщ О.О., Редченко В.А., Пікуличский А.С., Яресько Т.Ю.,
Матвісичева Я.В., Ларіна К.О.*

Сумський державний університет

Кафедра педіатрії

Актуальність. Сімейство коронавірусів відоме науці давно, але в кінці 2019 року весь світ сколихнуло повідомлення про виявлення нового штаму вірусу, а березень 2020 року запам'ятався як початок пандемії. COVID-19 вражає усі вікові групи, має різні форми перебігу та постійно мутує. Дослідження показують, що діти мають нижчі показники захворюваності та летальності ніж дорослі. Це пояснюється великою кількістю легких та безсимптомних випадків та низьким рівнем тестування. Встановлено, що захворюваність складає 2,77 випадків на 1 000 000 дітей у країнах, що розвиваються проти 1,32 у розвинутих країнах. Відсоток захворюваності серед дитячого населення в Україні близько 5%. Летальність від COVID-19 серед дітей зустрічаються рідко і за оцінками дослідників коливається в межах від 2 до 5 випадків на мільйон осіб віком до 18 років.

На даний час в зв'язку з військовим станом в Україні немає точних даних про кількість захворілих. Але навіть з охопленням вакцинацією дорослих та дітей старшого віку, дотриманням правил карантину захворюваність залишається на високому рівні і в деяких випадках призводить до ускладнень та навіть смерті.

Мета роботи – вивчити епідеміологічні показники захворюваності на COVID-19 серед дитячого населення міста Суми.

Матеріали та методи – нами було проаналізовано 95 медичних карток стаціонарних хворих з діагнозом COVID-19 віком до 17 років, що знаходились на лікуванні у КНП «Дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» СМР з червня 2020 по червень 2021 років. Статистична обробка даних проводилась за допомогою програм «Microsoft Excel» адаптованих для медико-біологічних досліджень.

Результати дослідження. У ході проведення дослідження було встановлено, що захворюваність на COVID-19 немає вираженої статевої ознаки. Так, дівчат було 48 (51%), а хлопчиків – 47 (49%), ($p>0,05$). За віком, пацієнти були розподілені наступним чином: до 1 року хворіли 21 (22%) дитина, з 1 року до 3-х років – 23 (24%) пацієнти, від 3-х до 6-ти років хворіли 27 (28%) осіб, молодший шкільний вік – 13 (14%) дітей, середній та старший шкільний вік – 11 (12%) хворих. Таким чином, достовірно частіше хворіли діти віком до 3-х років, ніж пацієнти дошкільного, молодшого, середнього та старшого шкільного віку, ($p<0,05$).

Висновок. У ході дослідження було встановлено, що при захворюваності на COVID-19 немає вираженого зв'язку зі статевою приналежністю пацієнта та він однаково часто вражає як дівчат так і хлопчиків. У віковому аспекті хворих достовірно частіше хворіли діти раннього віку.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОТИПУ АСТМИ ПІЗЬНОГО ПОЧАТКУ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ

Тарнавська С.І.

**Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб**

Сучасні дослідження показали, що фенотипова неоднорідність бронхіальної астми зумовлює різноманітну відповідь на лікування, прогноз, уразливість щодо впливу навколишнього середовища. Виходячи з наведеного вище, вивчення клінічно-анемнестичних та параклінічних особливостей фенотипу БА пізнього початку з урахуванням індивідуальних генетичних особливостей дітей дозволить уточнити його діагностичні критерії та прогностичні ризики, що сприятиме вдосконаленню індивідуалізованих лікувально-профілактичних заходів

Мета роботи. З метою оптимізації комплексного лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, ретроспективно дослідити особливості фенотипу астми пізнього початку залежно від характеру ацетилювання.

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети проведено комплексне клінічно-імунологічне обстеження I-II рівня 72 дітей, в яких визначався пізній початок БА.

Сформовано 2 клінічні групи: I група – 34 дитини з повільним характером ацетилювання (середній вік – $13,8\pm 0,4$ роки, частка хлопчиків – 61,7%), II група – 38 пацієнтів зі швидкими темпами ацетилювання (середній вік – $12,7\pm 0,4$ роки ($p>0,05$); частка хлопчиків – 65,7% ($p>0,05$)). За основними клінічними ознаками групи спостереження були зіставлюваними.

Усім дітям визначали генетичний маркер – тип ацетилювання за методом В.Н. Пребстинг – В.І. Гаврилова в модифікації Тимофеевої, що характеризував особливості II фази системи біотрансформації ксенобіотиків.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті проведених досліджень встановлено, що персистувальний легкий, середньотяжкий та тяжкий перебіг бронхіальної астми серед пацієнтів I групи реєстрували у 11,8%, 50,0%, 38,2% випадків, а у представників II клінічної групи – в 21,0% ($p>0,05$), 42,1% ($p>0,05$) та 36,9% ($p>0,05$), випадків відповідно.

Детальний аналіз основних клінічних показників контрольованості БА (кількість денних та нічних симптомів захворювання, частота використання швидкодіючих β_2 -агоністів)

дозволив припустити, що ФАПП у дітей із повільним типом ацетилювання перебігав тяжче. Так, денні симптоми хвороби турбували пацієнтів I групи > 2 разів на тиждень майже вдвічі частіше, ніж представників II групи (31,8% та 16,0% випадків відповідно; $P < 0,05$). Водночас, щотижневі нічні симптоми (від 1 разу на тиждень, до щоденних), що асоціювало з неконтрольованим перебігом БА, реєструвалися втричі частіше за повільного характеру ацетилювання, ніж у швидких «ацетиляторів» (13,6% та 4,0% спостережень ($P < 0,05$)).

На тяжчий перебіг фенотипу БА із пізнім дебютом вказувала і частота загострень хвороби, зокрема, щомісячні погіршення впродовж останнього року відзначали 40,9% представників I клінічної групи і лише кожен четвертий пацієнт (24,0%; $P < 0,05$) II групи порівняння.

Значне обмеження фізичної активності у 1,4 разу частіше реєстрували у I клінічній групі порівняно з хворими II групи (22,7% та 16,0% випадків відповідно, ($P > 0,05$)).

Висновки. Наявність повільного ацетиляторного статусу асоціює з тяжчим неконтрольованим перебігом астми пізнього початку із відповідною потребою призначення більш «агресивної» базисної протизапальної терапії.

ОЦІНКА ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПЕРЕБІГУ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ

Тарнавська С.І.

**Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб**

За даними багаточисельних досліджень, які присвячені питанням коморбідності бронхіальної астми (БА) та алергічного риніту (АР), встановлено існування тісного взаємозв'язку між цими нозологіями. АР може бути фактором ризику дебюту БА та прогресування астми в цілому. Існує гіпотеза, що ці захворювання мають спільні патогенетичні механізми розвитку.

Бронхіальній астмі притаманна гіперреактивність дихальних шляхів, а дослідження показників об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) вважають «золотим стандартом» оцінки бронхіальної прохідності, що визнано в сучасних документах та керівництвах з бронхіальної астми. Водночас гіперреактивність бронхів може спостерігатися у значної частки пацієнтів із АР. Зокрема зазначено, що гіперреактивність бронхів (ГРБ) визначається в пацієнтів з цілорічним АР, так і при сезонному варіанті перебігу АР. Рядом науковців висунута гіпотеза про те, що пацієнти з астмою та хворі на алергічний риніт відрізняються лише наявністю клінічних ознак обструкції – нападів астми. Так, припускають, що в пацієнтів з бронхіальною астмою існує більш виразне запалення дихальних шляхів, яке не завжди віддзеркалюється змінами гіперреактивності бронхів.

Водночас взаємозв'язки між показниками FEF₂₅₋₇₅ та ОФВ1, їх прогностична роль щодо перебігу БА з урахуванням особливостей АР остаточно не визначені та потребують подальшого вивчення.

Мета дослідження. Для оптимізації індивідуалізованої протизапальної терапії хворих на бронхіальну астму (БА) школярів оцінити показники лабільності дихальних шляхів за наявності коморбідного перебігу астми з алергічним ринітом (АР).

Матеріали і методи. Проведено комплексне клініко-параклінічне обстеження 66 хворих на бронхіальну астму дітей шкільного віку із супутнім алергічним ринітом. Залежно від перебігу АР пацієнти розподілені на 2 групи: I група – 34 дітей, що хворіють на БА та

інтермітуючий АР (середній вік – 13,4 ±0,8 року, частка хлопчиків – 70,5%), II група – 32 хворих на БА, які мають персистуючий перебіг АР (середній вік – 12,1 ±1,1 року ($p>0,05$), частка хлопчиків – 81,2% ($p>0,05$). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставлюваними. Діагноз БА та АР встановлювали відповідно до сучасних вимог. Лабільність бронхів визначали згідно з рекомендаціями шляхом оцінки їх реакції на дозоване фізичне навантаження (ДФН) та інгаляцію β_2 -адреноміметика короткої дії (200 мкг сальбутамолу) з наступним обчисленням показника лабільності бронхів як суми компонентів – індексу бронхоспазму (ІБС) та індексу бронходилататції (ІБД).

Результати та обговорення. Встановлено, що середні значення інтегрального показника лабільності бронхів (ПЛБ), обчисленого за даними ОФВ1, в пацієнтів I групи становили 23,2±1,8%, а в представників II групи - 15,2±1,7% ($p_{\phi}>0,05$).

Водночас, нами також встановлено, що ПЛБ більше 20% частіше реєстрували у хворих I групи (у 27,3% випадків) порівняно з представниками II клінічної групи (у 7,6% спостережень, $p_{\phi}<0,05$). Відносний ризик виразної лабільної реакції бронхів (ПЛБ більше 20%) у пацієнтів I групи порівняно з дітьми II групи зростав у 1,2 разу (95%ДІ: 0,8-3,7) при співвідношенні шансів – 3,5 (95%ДІ: 1,9-7,6).

Найвиразніша неспецифічна реактивність дихальних шляхів в обстежених хворих виявилася на рівні бронхів дрібного калібру (FEF75%). Так, ПЛБ (FEF75%) в пацієнтів I групи дорівнював 43,1±2,3%, що майже в 1,5 рази перевищував відповідні показники в пацієнтів II групи (28,6±2,1%, $p_{\phi}<0,05$). Відносний ризик виразної лабільної реакції бронхів дрібного калібру (FEF75%) (ПЛБ більше 30%) у пацієнтів I групи порівняно з дітьми II групи зростав у 12,8 (95%ДІ: 6,4-18,8) при співвідношенні шансів – 25,8 (95%ДІ: 4,7-50,8).

Висновки. У хворих із коморбідним перебігом бронхіальної астми та інтермітуючого алергічного риніту шанси виразної лабільної реакції бронхів на рівні ОФВ1 зростали у 3,5 разу, на рівні дрібних бронхів – у 25,8 разу.

ДЕЯКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У СТУДЕНТІВ

Тесленко А.О.

Науковий керівник: Летяго Г.В.

ХНУ імені В.Н. Каразіна

Кафедра педіатрії

Актуальність проблеми зумовлена постійним зростанням патології серцево-судинної системи (ССС), яка в нашій країні за статистичними даними вже декілька років залишається на одній з провідних позицій серед причин смертності. Актуальним напрямом сучасної медицини є стратегія зміцнення здоров'я та профілактики захворювань у вигляді своєчасної діагностики. Особливого значення це набуває на тлі значного омолодження та зростання частоти ураження серця та судин. Це чітко простежується на тлі існуючих статистичних даних, наприклад, артеріальної гіпертензії та її розвитку в дитячому та підлітковому віці, більш раннього визначення уражень органів-мішеней тощо. З іншого боку на сьогоднішній день настороженість щодо захворювань ССС особливо в студентському віці залишається низькою, що призводить до пізнього встановлення діагнозу, несвоєчасного лікування, ранньої інвалідизації ще у працездатному віці. Враховуючи вище наведене, визначення функціонального стану серця та судин в молодому віці на сьогоднішній час є актуальним напрямом.

Мета дослідження – визначення низки показників функціонального стану серцево-судинної системи та їх характеристика на студентському етапі життя.

Матеріали та методи. Нами було досліджено 58 студентів (55% дівчат (n=32), хлопців 45% (n=26)), середній вік студентів становив 17,54 років. Усім студентам вимірювався артеріальний тиск (АТ), частота серцевих скорочень (ЧСС) та визначався пульсовий тиск (ПТ) у спокої. Для вивчення функціонального стану ССС використовувався індекс Робінсона (ІР) та коефіцієнт витривалості (КВ). Вибір даних показників, обумовлений тим, що зазначені показники віддзеркалюють адаптаційний потенціал, який є важливим фізіологічним показником. Статистичний аналіз проводили за допомогою програми Microsoft Excel із визначенням середньої величини та її похибки. Достовірність отриманих результатів встановлювали за критерієм Стьюдента. Результати з $p < 0,05$ вважалися статистично достовірними.

Результати. В ході проведеного дослідження показано, що серед обстежених студентів середній рівень систолічного АТ (САТ) знаходився в межах $106,61 \pm 1,52$ мм.рт.ст., а діастолічний АТ в межах $69,82 \pm 1,18$ мм.рт.ст. ПТ в середньому становив $36,84 \pm 0,90$ мм.рт.ст. ЧСС в стані спокою в досліджуваній групі визначалася в середньому $72,28 \pm 2,06$ ударів за хвилину. Для розрахунку ІР у кожного обстежуваного ми використовували формулу $\text{ЧСС} \cdot \text{САТ} / 100$, за результатами якої встановлено, що середній показник ІР в загальній групі студентів становив $78,05 \pm 2,87$ (норма за літературними даними становить менше 85). Для визначення коефіцієнта витривалості із параметрів, що вивчалися ми використовували ЧСС у стані спокою та показник ПТ, які входили до наступної формули розрахунку $(\text{ЧСС} \cdot 10) / \text{ПТ}$. Показник КВ знаходився на верхній межі норми $20,18 \pm 0,68$, тобто вимальовується напрям до його порушення (норма 16-20). Проводячи аналіз значень АТ ми визначили, що не в усіх студентів він знаходився в нормативних межах. Так, у 44,83% студентів систолічний АТ відповідав у середньому $95,38$ мм.рт.ст., а діастолічний $62,88$ мм.рт.ст., що відобразилося на ПТ, який мав значення $32,50$ мм.рт.ст., і достовірно вирізнявся від студентів із нормальним тиском ($p < 0,05$). ЧСС у таких студентів знаходилася на рівні $64,62$ ударів за хвилину і достовірно не вирізнялася. Такі значення АТ та ЧСС віддзеркалились на метаболічних процесах, результатом чого було достовірне зростання ІР ($p < 0,01$) до $90,62 \pm 3,25$, що перевищувало загальноприйнятую норму цього показника. На КВ низькі значення АТ статистично не вплинули.

Висновки. Таким чином, проведене дослідження показало, що вже в юнацькому віці майже у половини обстежених спостерігаються відхилення у показниках АТ, які впливають на адаптаційні процеси, швидкість метаболічних реакцій, у вигляді функціонального показника серцево-судинної системи – індексу Робінсона. Отримані результати вказують на подальшу необхідність розвитку цього напрямку.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ α -ДИФЕНЗИНІВ СИРОВАТКИ КРОВІ У ВЕРИФІКАЦІЇ ПОЗАГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДИТЯЧОМУ ВІСІ

Ткачук Р.В., Білоус Т.М., Гарас М.Н.

**Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб**

Попри схожість клінічної картини респіраторних захворювань, менеджмент дітей, хворих на пневмонію, заслуговує на агресивнішу лікувальну тактику порівняно з гострими респіраторними вірусними інфекціями чи гострими бронхітами, тому пошук параклінічних

тестів із достатньою діагностичною цінністю, що могли б дозволити віддифенціювати запалення паренхіми легень від інших респіраторних захворювань, є актуальним та перспективним завданням.

Метою роботи було визначити діагностичну цінність рівня антимікробних пептидів нейтрофілів – α -дифензинів у сироватці крові у верифікації позагоспітальних пневмоній у дітей порівняно з іншими інфекційно-запальними процесами респіраторного тракту.

Матеріали і методи. На базі ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» з дотриманням вимог біоетики обстежено 74 дитини, хворих на інфекційно-запальні захворювання респіраторного тракту, зокрема, 31 дитина з верифікованим діагнозом позагоспітальної пневмонії (дослідна група), 43 дітей із гострими респіраторними інфекціями верхніх дихальних шляхів чи гострим бронхітом (група порівняння). В якості групи контролю обстежено 10 соматично здорових дітей без клінічних та лабораторних ознак інфекційно-запальних захворювань. Визначення рівня α -дифензинів у сироватці крові проводилося у науково-дослідній лабораторії Буковинського державного медичного університету. За основними характеристиками групи були співставлюваними. Верифікація діагнозів проводилася на підставі чинних національних стандартів. Аналіз результатів проводився з використанням методів біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати дослідження. Рівень α -дифензинів у сироватці крові дітей групи контролю складав $0,95 \pm 0,05$ нг/мл, що можна вважати варіантом регіональної вікової норми. Водночас рівень антимікробних пептидів нейтрофілів у сироватці крові дітей, хворих на пневмонію, був дещо вищим ($3,59 \pm 0,27$ нг/мл) аніж у пацієнтів групи порівняння ($3,01 \pm 0,32$ нг/мл, $p > 0,05$). Рівень α -дифензинів більше 4,65 нг/мл для верифікації пневмонії по відношенню до інших інфекційно-запальних захворювань дихальних шляхів виявився низькочутливим (19%), проте достатньо специфічним тестом (70%) з низькою позитивною (31%) та негативною (55%) прогностичною цінністю та недостатніми показниками клінічно-епідеміологічного ризику. Водночас, рівень α -дифензинів, що перевищував 2,5 нг/мл, вказував лише на відносний ризик верифікації пневмонії та складав 1,89 (95% ДІ: 1,2-2,9) при співвідношенні шансів 2,9 (95% ДІ: 1,1-7,6).

Висновки. Таким чином, рівень антимікробних пептидів нейтрофілів – α -дифензинів у сироватці крові у верифікації позагоспітальних пневмоній у дітей порівняно з іншими інфекційно-запальними процесами респіраторного тракту доцільно використовувати лише в комбінації з іншими достатньо чутливими та/або достатньо специфічними тестами.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ТЯЖКОГО РЕСПІРАТОРНОГО СИНДРОМУ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРЕБІГУ COVID-19 ТА Т-КЛІТИННОЇ НЕХОДЖКІНСЬКОЇ ЛІМФОМИ У ДІТЕЙ

Ткачук Р.В.¹, Гарас М.Н.¹, Антонійчук В.І.²

¹Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

²КМУ «Чернівецьке обласне бюро судово-медичної експертизи»

Станом на 10 березня 2020 року безпрецедентна пандемія нового коронавірус 2019 (SARS-CoV-2) стала причиною понад 110 000 інфікувань і 4000 смертей у всьому світі, але дані щодо епідеміологічних характеристик і клінічних особливостей інфікованих дітей обмежені. Проте, слід зазначити, що діти із наявними супутніми захворюваннями (гідронефроз, лейкоз, цукровий діабет) мали більші ризики ушпиталення до відділення

інтенсивної терапії та проведення апаратної вентиляції легень у зв'язку із тяжким респіраторним дистрес-синдромом порівняно із дітьми молодшого віку та без наявної супутньої патології (Lu X., 2020).

Метою роботи було проаналізувати клінічний випадок перебігу пневмонії зумовленої COVID-19 у хлопчика-підлітка при поєднаному перебігу Т-клітинної неходжкінської лімфоми.

Матеріали і методи. В інфекційному відділенні анестезіології та інтенсивної терапії ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» під спостереженням знаходився пацієнт з діагнозом «позагоспітальна пневмонія зумовлена вірусом SARS-CoV-2», що розвивалася на тлі попередньо верифікованої Т-клітинної неходжкінської лімфоми. Обстеження та лікування пацієнта здійснювалося з дотриманням принципів біоетики згідно чинних вітчизняних настанов та локальних медичних протоколів.

Результати дослідження. Наводимо власні клінічні спостереження. Хлопчик Д., 15 років захворів гостро, із клінічними проявами гострої респіраторної інфекції (лихоманка до 38,7 °С, нежить, періодичний кашель, загальна слабкість). Початкове лікування проводилось на амбулаторному етапі та включало симптоматичну терапію впродовж 7 днів. У зв'язку із погіршенням загального стану, наростанням явищ дихальної недостатності, інтоксикаційного синдрому дитина бригадою швидкої медичної допомоги ушпиталена до педіатричної клініки. На момент госпіталізації клінічний стан дитини розцінювався як тяжкий за рахунок проявів дихальної недостатності. Скарги на лихоманку, утруднене дихання, біль за грудниною, частий кашель, загальну слабкість.

При об'єктивному обстеженні: дихання самостійне, ефективне. Частота дихання - 32 на хвилину. SpO₂ - 87%. Перкуторно відмічається притуплення перкуторного звуку над лівою легенею, більше виражене в базальному відділі. Аускультативно: дихання жорстке, асиметричне, ослаблене в нижніх відділах, справа вислуховуються поодинокі великопухирчасті хрипи, зліва - дихальні шуми не вислуховуються.

При з'ясуванні епідеміологічного анамнезу встановлено, що мати хлопчика має клінічні прояви респіраторної інфекції. При проведенні у хлопчика на догоспітальному етапі швидкісного тесту на виявлення антигену вірусу SARS-CoV-2 - результат позитивний.

В загальному аналізі крові відмічався виражений лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво. Інфламометричний патерн крові характеризувався зростанням рівня прокальцитоніну та С-реактивного протеїну.

За даними оглядової рентгенографії органів грудної клітки в задньо-передній проекції: легеневий малюнок посилений, збагачений, в лівому легеновому полі візуалізується гомогенне утворення нижнього відділу з верхнім косим контуром на рівні 2-3-го ребер. Корені легень розширені, малоструктурні. Кути діафрагми: правий - рівний, чіткий; лівий - не прослідковується. Середостіння зміщене вправо, в верхній третині розширене за рахунок основного захворювання. Трахея без особливостей.

Проводився додатковий діагностичний пошук щодо верифікації об'ємного утворення лівої легені, що включав:

Комп'ютерну томографію органів грудної клітки з внутрішньовенним контрастуванням: КТ-картина інфільтративного утворення межистіння з інвазією лівої плеври.

Проведена імуногістохімічна діагностика ексудату лівої плевральної порожнини верифікувала популяцію клітин у кількості 46% із імунофенотипом Т-лімфобластної лімфоми (неходжкінська Т-клітинна лімфома із клітин-тимоцитів (subtype thymic)).

Таким чином, беручи до уваги анамнез захворювання, клінічні дані, результати лабораторно-інструментальних досліджень верифіковано: 2019-nCoV гостра респіраторна хвороба. Позагоспітальна лівобічна полісегментарна вірусно-бактеріальна пневмонія, гострий перебіг. Неходжкінська Т-клітинна лімфома. Дихальна недостатність II ступеня. Лівобічний ексудативний плеврит. Ексудативний перикардит.

Лікувальний комплекс заходів передбачав оксигенотерапію, інфузію глюкозо-сольовими розчинами, комбінована антибактеріальна терапія з початковим курсом цефалоспоринових III покоління в поєднанні із аміноглікозидами з подальшою їх деескалацією на антибактеріальні препарати групи оксазолідінонів та фторхінолонів, системні глюкокортикостероїди, антиуретики, дренажування лівої плевральної порожнини, діуретики, що доповнювалися симптоматичною терапією із переходом на таргентну терпію неходжкінської Т-клітинної лімфоми після отримання негативного ПЛР-тесту на виявлення РНК вірусу SARS-CoV-2 в режимі реального часу.

Висновки. Окрім патогенності потенційного етіологічного агента тяжкість перебігу пневмонії та прогноз захворювання залежить від наявності преморбідної патології. У зв'язку з потенційним несприятливим прогнозом через обтяжений преморбідний фон, представлений випадок демонструє необхідність активного ведення та постійного моніторингу випадків пневмонії у дітей на тлі обтяжливої патології.

ТРИВАЛІСТЬ ЗАХВОРЮВАННЯ ЯК ВАЖЛИВИЙ ФАКТОР ВПЛИВУ НА СОЦІАЛЬНЕ ТА ШКІЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

Фадєєва А.О.

ДУ «ІОЗДП НАМНУ»

Вступ. Соціокультурні виклики під час хронічного захворювання дитинства складають широкий спектр проблем у сучасному світі. Ювенільний ідіопатичний артрит - одна з найрозповсюджених хронічних патологій дитинства, перебіг якої характеризується значною тривалістю з регулярним загостреннями. Ця ситуація ускладнює ведення пацієнтів з ЮІА та потребує подальшого дослідження соціальної сфери та спостереження у контексті даної хвороби.

Мета. Визначити стан соціальної сфери ЯЖ дітей з ЮІА та зв'язок встановлених змін з тривалістю захворювання.

Матеріали та методи. Дослідження проведене у ДУ «ІОЗДП НАМНУ», м. Харків, з листопада 2020 року по листопад 2021 року. Критерії включення: встановлений діагноз ЮІА, а саме полі-, олігоартикулярний або увеїт-асоційований варіанти, вік дітей від 2 до 18 років, наявність згоди батьків на проведення опитування. Критерії виключення: системний, ентезит-асоційований та псоріатичний варіанти захворювання, наявність декомпенсованих хронічних або гострих захворювань. Проведено оцінку активності хвороби за анкетною JADAS27, функціонального стану за CHAQ, ЯЖ та соціальної сфери (соціальна та шкільна шкали) за PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales. Опитувальник складається з 23 питань та має 4 вікові версії (для дітей від 2 до 18 років). Субшкала соціального та шкільного функціонування представлена 5 та 5 відповідно запитаннями з 23. Оцінка отриманих результатів проводилась за методикою шкали Лікерта, де результат 100 балів означає найкращий рівень ЯЖ або соціальної адаптації. Статистична обробка матеріалу виконувалась за допомогою параметричних й непараметричних методів, визначався

кореляційний зв'язок, критичний рівень значущості для перевірки статистичних гіпотез при порівнянні груп прийнято за 0,05.

Результати та їх обговорення. Обстежено 118 хворих на ЮІА, з них 47 з поліартикулярним, 43 – з олігоартікулярним, 28 – ЮІА-у варіантами. В дослідженні взяли участь 77 дівчат та 41 хлопчик, віком від 2 до 18 років ($133,3 \pm 4,6$ міс.). Переважна кількість (112 пацієнтів) отримували терапію метотрексатом (МТХ), 30 з них МТХ в поєднанні з імунобіологічною терапією, 6 сульфасалазином. За результатами PedsQLTM загальний показник ЯЖ 118 пацієнтів відповідав субоптимальному рівню ($70,9 \pm 1,4$ б. за місяць та $72,6 \pm 1,4$ б. за тиждень без достовірної різниці). Результати соціальної субшкали відповідали наступним значенням: $85,2 \pm 1,3$ б. за тиждень та $85,4 \pm 1,4$ б. за місяць, що є достатньо високим показником за даним опитувальником. Одночасно з цим шкала шкільного функціонування демонструвала значно нижчі результати: $60,5 \pm 1,9$ б. та $64,3 \pm 1,7$ б. відповідно за тиждень та місяць. Тривалість хвороби для групи 118 пацієнтів склала $50,7 \pm 4,1$ міс., при цьому у 23 дітей встановлена тривалість до 1 року, у 36 пацієнтів – від 1 до 3 років, а у 59 - більше 3 років. Встановлено, що найбільшу вразливість у соціальній сфері показали пацієнти з тривалістю хвороби до 1 року в порівнянні з іншими групами по тривалості перебігу. Так, шкільне функціонування було достовірно знижене у даній групі пацієнтів за весь період опитування ($51,1 \pm 3,8$ б. та $57,5 \pm 3,7$ б., $p \leq 0,05$), при цьому достовірне зниження показників для соціальної субшкали відмічено тільки за 1 останній місяць, але не тиждень ($76,3 \pm 4,1$ б., $p \leq 0,05$).

Висновки. У хворих з ЮІА соціальна складова знаходиться на досить високому рівні, при одночасному зниженні показників шкільного функціонування, особливо за період опитування 1 останній тиждень. Тривалість хвороби є значущим фактором в оцінці соціальної сфери та найбільше страждає у дітей під час 1-го року перебігу ЮІА.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ВТОРИННИМИ КАРДІОМІОПАТІЯМИ ЗАЛЕЖНО ВІД СУДИННОЇ РЕАКТИВНОСТІ

Хомякова М.Ю., Титаренко А.О., Кашина-Ярмак В.Л., Летаго Г.В.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Кафедра педіатрії

У теперішній час дисфункції ендотелію приділяється велика увага, оскільки з її наявністю пов'язують розвиток серцево-судинних та інших захворювань, а також вважають чинником ризику різноманітних порушень діяльності серця і метаболічних відхилень. Участь ендотелію у виникненні та розвитку патологічних станів пов'язана з його впливом на тонус судин, регуляцію процесів гемостазу й ангиогенезу, імунної відповіді, тощо. У мікроциркулярному руслі основними його ефектами є обмінні, а в магістральних судинах – метаболічні та синтетичні.

Мета дослідження: визначення особливостей функціонування серця та капілярної ланки судинної системи в підлітків із вторинними кардіоміопатіями залежно від стану ендотеліальної функції.

Матеріали і методи. Обстежено 50 підлітків із вторинними кардіоміопатіями на тлі малих структурних аномалій серця (22 дівчинки та 28 хлопчиків, середній вік $14,5 \pm 0,4$ років). Проведено доплер-ехокардіографію з визначенням комплексу загальноприйнятих показників і дослідження параметрів плечової артерії до та після проби з реактивною гіперемією. Стан

мікроциркуляції оцінювали за результатами капіляроскопії нігтьового ложа IV пальця руки, визначали судинні, внутрішньосудинні та периваскулярні параметри.

Результати дослідження. За результатами проби з реактивною гіперемією пацієнтів поділено на дві групи: з достатньою ендотелійзалежною вазодилатацією (I група, 22 підлітки, середній вік $14,3 \pm 0,5$ років) та ендотеліальною дисфункцією (II група, 28 пацієнтів, середній вік $14,9 \pm 0,5$ років). Таким чином, нормальна ендотелійзалежна вазодилатація зі збільшенням діаметру плечової артерії після оклюзії більше 10% відзначалася лише в 44,0% підлітків із вторинними кардіоміопатіями.

При оцінці систолічної функції серця за показником фракції викиду лівого шлуночка (ЛШ) середні показники у пацієнтів обох груп відповідали нормативним, але у II групі все ж були вищими ($64,72 \pm 1,50\%$ та $71,34 \pm 0,88\%$ відповідно по групах, $p_u < 0,05$). Аналіз діастолічної функції ЛШ показав, що швидкісні характеристики потоку крові у ранню фазу діастолічного наповнення ЛШ (E) у пацієнтів II групи були вірогідно вищими ($123,91 \pm 6,01$ см/с), порівняно із I групою ($111,08 \pm 5,54$ см/с, $p_u < 0,05$), а показники максимальної швидкості в пізню фазу наповнення ЛШ (A) ($49,14 \pm 3,37$ см/с в першій і $53,17 \pm 2,27$ см/с – другій групах) та їх співвідношення (E/A) ($2,39 \pm 0,12$ у. о. та $2,35 \pm 0,07$ у. о. відповідно по групах) суттєво не відрізнялися залежно від стану судинної реактивності. При цьому звертали на себе увагу високі середні значення E/A в обох групах. За індивідуального аналізу такий тип співвідношення швидкостей відзначався у 66,7% пацієнтів першої та 82,6% – другої груп обстежених.

Серед особливостей мікроциркуляції слід зазначити наявність у 44,4% підлітків із ендотеліальною дисфункцією феномену внутрішньосудинної агрегації (що в 2,5 рази перевищує частоту цієї ознаки за нормальної ендотелійзалежною вазодилатацією) на фоні дещо менших діаметрів як артеріол ($5,32 \pm 0,35$ мкм в першій і $4,41 \pm 0,24$ мкм – другій групах, $p_u < 0,05$), так і венул ($8,76 \pm 0,37$ мкм та $7,94 \pm 0,72$ мкм відповідно по групах).

Стосовно маркерів ендотеліальної дисфункції розпочато дослідження гомоцистеїну в крові пацієнтів із вторинними кардіоміопатіями та різним станом судинної реактивності, яке показало перевищення його вмісту в 2 рази при наявності ендотеліальної дисфункції ($12,07 \pm 2,22$ мкмоль/л порівняно з $6,18 \pm 0,63$ мкмоль/л у I групі). Такий рівень свідчить за наявність ризику метаболічних і тромбоваскулярних порушень, але необхідно продовжити дослідження для проведення статистичного аналізу.

Висновки. Ендотеліальна дисфункція визначається більше, ніж у половини підлітків із вторинними кардіоміопатіями диспластичного генезу. Вона супроводжується певними особливостями функціонування серця в діастолу, тенденцією до підвищення систолічної функції, мікроциркуляторними порушеннями у вигляді феномену адгезії в артеріолах, які мають менший діаметр порівняно з судинами пацієнтів із достатньою ендотелійзалежною вазодилатацією. Дослідження в цьому напрямку є перспективними для визначення ранніх ознак ендотеліальної дисфункції та груп ризику за серцево-судинними захворюваннями вже в підлітковому віці.

СТАН КОЛЕКТИВНОГО ІМУНІТЕТУ ДО КОРУ ДІТЕЙ У ВІЦІ 6 РОКІВ ПО МІСТУ ХАРКОВУ

Цукор Н.Г.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Кафедра гігієни та соціальної медицини

Державна установа «Харківський обласний центр контролю та профілактики хвороб
Міністерства охорони здоров'я України»

Вступ. В системі епідеміологічного нагляду за інфекціями, які контролюються засобами специфічної профілактики, імунологічний моніторинг за станом колективного імунітету є одним з основних інструментів епідеміологічного нагляду. При аерозольних інфекціях стан популяційного імунітету відіграє вирішальну роль у стримуванні інтенсивності епідемічного процесу. Обмеження циркуляції збудників дифтерії, кору, краснухи, епідемічного паротиту та ін. в популяції відбувається при наявності 95% захищених серед населення країни. Ефективність імунізації є найвищою в разі дотримання зазначених у календарі вікових строків вакцинації та ревакцинації.

Останнім часом вкрай загострилася ситуація з охопленням цільових груп профілактичними щепленнями, у зв'язку з чим неможливо забезпечити повноцінний захист населення від спалахів та епідемій, пов'язаних з вакцинокерованими інфекціями. Обсяги імунізації населення залишаються вкрай низькими.

Згідно з даними зведеного звіту лікувально-профілактичних закладів м. Харкова про виконання профілактичних щеплень за 2022 рік, план щеплень проти кору серед дітей 1-го року життя виконано на 43,8%, 6 років – 43,4%. Така незначна кількість проведених щеплень забезпечує індивідуальний захист вакцинованих, проте не створює загальний імунний прошарок серед дитячого населення.

Тому метою нашого дослідження було оцінка стану колективного імунітету до кору дітей у віці 6 років по місту Харкову в 2022 році.

Методи. У ході роботи використовувався метод компаративного аналізу (визначення титрів специфічних антитіл до кору в сироватках крові дітей у віці 6 років у порівнянні з захисними рівнями, зазначеними в методичних вказівках "Організація і проведення імунологічного моніторингу за інфекціями, які контролюються засобами специфічної профілактики (дифтерія, правець, кашлюк та кір)", затвердженими наказом МОЗ України від 04.07.2006 №441).

Результати. У 2022 році вірусологічною лабораторією ДУ «Харківський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» було досліджено 75 сироваток крові на напруженість імунітету до кору від дітей 6 років по місту Харкову (45 сироваток до ревакцинації проти кору та 30 — після).

В ході аналізу 45 проб сироваток крові дітей до ревакцинації виявлено 43 серонегативні дитини (95,6%), що свідчить про значне зниження рівня напруженості імунітету через 6 років після вакцинації у 12 місячному віці. Після ревакцинації (30 сироваток) лише 2-х дітей можна визначити як неімунних, які мали титр антитіл, значно менший за захисний рівень (1:10), що може свідчити про індивідуальні особливості імунної системи (рефрактерність імунної системи). У інших 28 ревакцинованих дітей був встановлений рівень специфічних антитіл від 1:10 до 1:80, що є достатнім для забезпечення імунного захисту, та підтверджує ефективність і своєчасність ревакцинації проти кору.

Висновки. Низький рівень охоплення дітей щепленнями проти кору створює сприятливі умови для поширення цього інфекційного захворювання та виникнення спалахів

й епідемії. Здійснення імунологічного моніторингу дозволяє оцінити стан колективного імунітету та в подальшому забезпечити необхідний рівень імунізації.

Профілактика небезпечних інфекційних хвороб повинна включати проведення цілеспрямованої комунікаційної роботи серед населення та медичних працівників щодо необхідності повної своєчасної вакцинації та ревакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень.

АНТРОПОМЕТРИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА РІВЕНЬ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПІДЛІТКІВ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Чавирь А.С., Штрах К.В.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Кафедра педіатрії

Назва «дисплазія сполучної тканини» охоплює широкий спектр захворювань. Недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ): генетично гетерогенна група, яка є основою для різноманітних хронічних захворювань. В основі НДСТ лежать молекулярно-, онто- та патогенетичні механізми, що призводять до структурних та функціональних змін. До варіантів недиференційованих спадкових дисплазій відносяться первинний пролапс мітрального клапана та інші дрібні аномалії серця, вісцероптоз, гіпермобільність суглобів, вроджені деформації грудної клітки, «слабкість» зв'язкового апарату стопи і хребта та ряд інших. поширені патологічні зміни.

Мета роботи - визначення антропометричних характеристик та рівня фізичної активності (ФА) підлітків з дисплазією сполучної тканини.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 57 підлітків 12–17 років з НДСТ, середній вік яких склав $15,2 \pm 0,07$ років. Групу порівняння склали 40 практично здорових підлітків того ж віку. Дисплазію сполучної тканини діагностовано у 38 (66%) хлопчиків і 19 (34%) дівчаток. Пацієнтам проводили вимірювання антропометричних характеристик, таких як зріст, маса тіла, індекс маси тіла (ІМТ), обвід грудної клітки (ОГК), обвід талії (ОТ), обвід стегон (ОС), обвід плеча на рівні біцепса (ОП), вимірювання довжин руки, ноги, ширина плечей, розмах рук. Фактори виключення - надмірна вага, ожиріння. Для оцінки рівня ФА виконували стандартне опитування підлітків і анкетування щодо фізичного навантаження для дітей старшого віку та підлітків МАОФА (МАQA). Дітей консультував лікар-генетик. НДСТ діагностувалася при наявності диспластичних ознак з боку декількох (більше трьох) систем організму. Статистична обробка здійснювалась за допомогою програм SPSS -17 та Statgraph Plus 5.0.

Результати та обговорення. Встановлено, що максимальна частота виявлення ознак дисплазії сполучної тканини відзначається у віці 14-17 років. Найбільш поширеними зовнішніми ознаками були гіпермобільний синдром у 59,4% підлітків, сколіоз та сколіотична постава – у 40%. Малі аномалії серця виявлено у 95,8% пацієнтів із НДСТ, які включали в себе пролапс мітрального клапана I ступеня з регургітацією в 15,0% випадків, у поодиноких випадках спостерігалися пролапс аортального клапана, трикуспідального клапана. У 86,4% підлітків реєструвалися апікальні хорди лівого шлуночка (ЛШ).

Оцінка ФА базується на врахуванні виду й часу рухової активності, яка може бути в дитини щодня упродовж тижня. Виявлено, що 36,7% підлітків мали недостатній рівень ФА, достатній рівень ФА було констатовано у 63,3% підлітків. Серед здорових однолітків однаково часто реєстрували недостатній і достатній рівні ФА.

Недостатню масу тіла реєстрували в 26,0% при НДСТ і у 12,5% в групі контролю. Індекс маси тіла склав $17,8 \text{ кг/м}^2$ серед загальної кількості досліджуваних. Середній зріст підлітків із НДСТ склав $1,64 \pm 0,1$ метра.

У підлітків 12-14 років антропометричні характеристики істотно не залежали від ФА. В групі підлітків 15-17 років із НДСТ фізично активні хлопчики мали достовірно більші ІМТ ($19,8 \pm 0,8 \text{ кг/м}^2$ проти $19,4 \pm 4,0 \text{ кг/м}^2$, $p < 0,05$), ширину плечей ($46,0 \pm 1,6 \text{ см}$ проти $43,2 \pm 4,2 \text{ см}$, $p < 0,05$), ОП ($25,2 \pm 2,1 \text{ см}$ проти $22,1 \pm 3,5 \text{ см}$, $p < 0,05$) і менший ОС ($93,2 \pm 0,6 \text{ см}$ проти $92,6 \pm 1,6 \text{ см}$, $p < 0,05$).

При розрахунку індексів доліхостеномелії виявлено, що 23,0 % пацієнтів мали співвідношення розмаху рук до росту $> 1,05$, та 64,2% досліджуваних мали співвідношення верхнього сегменту до нижнього $< 0,85$. У групі порівняння ці показники були змінені у 37,5% обстежених.

Висновки: Таким чином, 36,7% підлітків з НДСТ і 46% практично здорових однолітків характеризувались недостатньою ФА. Достатня ФА впливає на пропорційність фізичного розвитку підлітків, що проявляється в старшому віці. У 15-17-літніх підлітків із НДСТ з різною фізичною активністю спостерігаються чіткі антропометричні розбіжності, більш виражені в хлопчиків. Фізично активні хлопці мають ширше плечі та більший обвід плеча ($p < 0,05$), очевидно, завдяки регулярним тренуванням. Малорухомі дівчата мають більший обвід талії ($p < 0,05$), а фізично неактивні хлопчики - більший обвід талії та стегон і менший ІМТ за рахунок високорослості.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ЦЕЛІАКІЇ У ДІТЕЙ

Чатикян К.Е.

Науковий керівник: проф., д.мед.н Сенаторова Г.С.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії 1 та неонатології

Актуальність. Проблеми поліпшення діагностичних програм захворювань тонкого кишечника є актуальними, незважаючи на значний розвиток медичної науки у сфері діагностики та лікування захворювань травного тракту. Однією із складних для діагностики залишається целиакія, та ще складніша диференційна діагностика між целиакією та непереносимістю глютену без целиакії.

Мета роботи: встановити особливості діагностики целиакії та визначити критерії для диференційної діагностики між целиакією та непереносимістю глютену без целиакії.

Матеріали та методи: на базі КНП ХОР «ОДКЛ» проаналізували історії хвороб пацієнтів з целиакією та непереносимістю глютену без целиакії (НГБЦ).

Результати дослідження: За період 2018 -2022 років були відібрані 30 історій хвороб дітей, віком від 1 року до 16 років. Гендерний розподіл склав 14 (46,6%) дівчат та 16 (53,4%) хлопців. У 20 дітей (66,6%) встановлено діагноз целиакія, а у 10 дітей (44,4%) - непереносимість глютену без целиакії.

В результаті проаналізованих даних було виявлено, що: 18 дітей (60%) мали раннє встановлення діагнозу, 12 дітей (40%) - пізнє. У дітей з целиакією та НГБЦ в крові було виявлено підвищення титрів антитіл до гліадину (IgA та/або IgG). Позитивні серологічні маркери целиакії (IgA до тканинної трансглутамінази) були виявлені у всіх хворих на целиакію, а у 16 дітей (80%) були виявлені підвищення антитіл IgA до ендомізію. У дітей з

НГБЦ ці маркери були негативними. У 5 (50%) дітей з НГБЦ виявлені позитивні антитіла IgG до тканинної трансглютамінази.

Морфологічні аналізи біоптатів слизової оболонки тонкої кишки були проведені 15 (75%) дітям з целиакією та 6 (60%)- з НГБЦ. У дітей з целиакією виявлені різні стадії атрофії слизової оболонки за класифікацією Marsh—Oberhuber. У дітей з НГБЦ не виявлено атрофічних змін слизової оболонки тонкої кишки, однак у 6 дітей (60%) виявлені інфільтративні зміни - ворсинки та крипти нормальної будови, збільшення інтраепітеліальних лімфоцитів.

Клінічне спостереження: Дівчинка 9 міс. надійшла до ОДКЛ зі скаргами матері на відсутність збільшення ваги дитини протягом 2-х місяців, рідкий стілець до 5-6 разів на добу, зрідка блювання. З анамнезу відомо, що дитина з раннього віку переведена на змішане вигодовування, при якій зрідка відзначалося блювання. З 6-7 місяців після прорізування зубів почала відмовлятися від їжі. Годувалася манною кашею, овочевими пюре, сумішшю. Вага дитини при надходженні у лікарню 6600 г, ріст 72 см. Дівчинка від III вагітності та пологів. Переношена. Вага при народженні - 4050 г. Загальний стан дитини середньої важкості. Затримка фізичного розвитку. Дефіцит маси тіла - 25,5%, що становить 2 ступінь білково-енергетичної недостатності. Відстає в нервово-психічному розвитку - самостійно не сидить, на ніжках не стоїть. Виражені прояви рахіту: гіпотонія м'язів кінцівок, живота, голова з вираженими лобовими і потиличними горбами. Шкіра бліда. Живіт здутий, печінка на 1 см нижче краю реберної дуги.

У результаті обстеження було виявлено:

в клінічному аналізі крові: залізодефіцитна анемія;

в клінічному аналізі сечі: лейкоцитурія, оксалатурія, бактеріурія;

Аутоантитіла IgA до гліадину 5 МО/мл (менше 25 МО/мл);

Аутоантитіла IgG до гліадину 35,2 МО/мл (до 1 року до 3 МО/мл);

Аутоантитіла IgA до тканинної трансглютамінази менше 1 МО/мл (менше 20 МО/мл);

Аутоантитіла IgG до тканинної трансглютамінази 54,5 МО/мл (менше 20 МО/мл).

УЗД органів черевної порожнини: збільшення лінійних розмірів печінки + 1 см.

ЕГДС: еритематозна дуоденопатія (легкого ступеня) з елементами лімфофолікулярної гіперплазії слизової оболонки дванадцятипалої кишки.

Біопсія та морфологічний аналіз: ознак целиакії не виявлено.

Встановлен діагноз: непереносимість глютену без целиакії

Висновки: на підставі результатів дослідження та клінічного спостереження, можна зробити висновок, що диференціальну діагностику між целиакією та НГБЦ значно полегшують серологічні маркери: у дітей з целиакією характерні переважно збільшення антитіл IgA до тканинної трансглютамінази, антитіл IgA до ендомізію, антитіл IgA та IgG до гліадину, тоді як при НГБЦ ці серологічні маркери є негативні, а характерні збільшення антитіл IgG до гліадину та IgG тканинної трансглютамінази. Рішучим для диференціальної діагностики є морфологічний аналіз біоптатів слизової оболонки тонкої кишки. Для целиакії характерно атрофія слизової оболонки різних ступенів, а при НГБЦ атрофія слизової оболонки не характерна.

ПОКАЗНИКИ КОМПЛЕКСНОГО КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПІДЛІТКІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ПІСЛЯНАПАДНОМУ ПЕРІОДІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Шахова О.О.

Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Бронхіальна астма (БА) в підлітковому віці характеризується легшими клінічними проявами захворювання, частими і тривалими ремісіями, переважанням серед хворих представниць жіночої статі. Попри легший перебіг БА у підлітків, смертність внаслідок даного захворювання втричі вища, ніж у представників інших вікових груп.

Мета дослідження. Оцінити показники клінічно-анамнестичного обстеження підлітків, хворих на бронхіальну астму у післянападному періоді.

Матеріали і методи. У післянападному періоді, коли в дитини повністю зникали клінічні прояви обструкції бронхів, і відмінялися медикаменти, котрі могли вплинути на точність оцінки неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів (ГСБ) до прямих і непрямих стимулів, а також на показники імунологічного статусу організму, було комплексно обстежено 42 дитини підліткового віку, що хворіють на БА. Більшості дітей обстеження проводилися багаторазово в динаміці спостереження.

Результати дослідження. Середня тривалість захворювання становила $5,9 \pm 0,77$ років (95%ДІ 3,1-5,5 років), тобто в більшості випадків БА в обстежених дітей можна розглядати як фенотип пізнього початку, який зазвичай асоціює з атопічною природою захворювання. Середній вік дітей даної групи становив $14,2 \pm 0,32$ року (мінімально 10 років, максимально 17 років). У обстежених дітей змішана форма захворювання встановлена у 24 випадках (57,1%), а атопічна – у 18 підлітків (42,9%). У всіх дітей визначалася персистувальна форма захворювання, так, легкий ступінь БА встановлений у 6 хворих (14,3%), середньотяжкий – у 19 (45,2%) і тяжкий – у 40,5% випадків. На початку динамічного спостереження легка персистувальна форма захворювання відмічалася у 7,7%, середньотяжка – у 30,8% і тяжка – у 61,5% дітей. Відмічено, що навіть за короткий період динамічного спостереження серед обстежених підлітків суттєво збільшилась частка супутньої алергічної патології, за рахунок зростання поширеності алергічного риніту. Так, на початку анамнестичного спостереження вказана патологія визначалася лише у 55,0% дітей, зумовивши її зростання на 16,4% випадків при актуальному обстеженні. Попри проведену базисну протизапальну терапію, тяжкість нападів БА в обстежених підлітків у динаміці спостереження суттєво не відрізнялась, хоча в цілому, захворювання перебігало легше. Динамічна оцінка тяжкості (в балах) трьох наступних нападів БА в обстежених дітей дає підстави вважати, що як на початку лікування, так і на 7 день його проведення, варіабельність тяжкості клінічних проявів обструкції бронхів хоча була вірогідно відмінною, проте ця відмінність, з клінічної точки зору, була несуттєвою. Так, при першому обстеженні в анамнезі у 1 день надходження до стаціонару в зв'язку з нападом астми клінічні прояви обструкції бронхів становили $11,6 \pm 1,1$ балів, при другому загостренні в анамнезі – $14,6 \pm 0,65$ балів, а в актуальному періоді – $12,8 \pm 0,44$ балів ($P_{1;2}, 1;3} < 0,05$; $P_{1;3} > 0,05$). На сьомий день лікування виразність обструкції бронхів відповідно становила $2,6 \pm 0,39$ балів, $4,9 \pm 0,42$ балів та $3,8 \pm 0,31$ балів ($P < 0,05$).

Висновки. Таким чином, в більшості з обстежених підлітків визначався фенотип бронхіальної астми «пізнього початку» з переважанням змішаної форми та легким і середньотяжким перебігом захворювання, який в процесі динамічного спостереження мав

тенденцію до зменшення тяжкості, попри те, що супутня алергічна патологія з віком траплялася частіше.

СТРУКТУРА СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШКТ

Шлеєнкова Г.О.¹, Ковалівська С.О.², Крутенко Н.В.¹, Волошин К.В.¹

¹Харківський Національний Університет імені В.Н. Каразіна

²КНП «Міська дитяча клінічна лікарня №19» ХМР

В структурі соматичної патології частота захворювань органів травлення поступово збільшується. На сучасному етапі патологія ШКТ вийшла на друге місце серед соматичних захворювань. Останнім часом з'являється багато нових даних щодо взаємного вплива захворювань різних органів і систем, що спонукає до кардинальної зміни тактики ведення хворих із поліорганною патологією.

Враховуючи негативний взаємовплив захворювань та необхідність індивідуального підходу при призначенні лікування пацієнтам що мають одночасно декілька хвороб, існує потреба в аналізі супутньої патології у дітей з патологією органів травлення.

Мета дослідження. Аналіз супутніх захворювань у дітей з хворобами ШКТ в умовах роботи міського спеціалізованого дитячого гастроентерологічного відділення.

Матеріал і методи дослідження. Аналіз результатів діяльності КНП «МДКЛ №19» ХМР за 2019 р. Діагнози захворювань встановлено відповідно існуючим уніфікованим клінічним протоколам медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення (Наказ МОЗ №59 від 29.01.2013). Математичну обробку даних було проведено методом варіаційної статистики. Середні показники представляли у форматі $M \pm m$ (95 CI), де CI – довірчий інтервал у форматі $Me [QR]$, де QR – інтерквартильний розмах. При порівнянні двох величин різницю між ними вважали достовірною при досягнутому рівні $p < 0,05$.

Результати та обговорення. За даними проведеного аналізу діяльності КНП «МДКЛ №19» ХМР у 2019 р. хвороби органів травлення було діагностовано у 2633 осіб, з них $51,7 \pm 0,9\%$ (1362) – хлопчики, $48,3 \pm 0,9\%$ (1271) – дівчатка. Показники серед хлопчиків були дещо вищі, але відмінності були статистично не достовірні ($p > 0,05$).

Супутню соматичну патологію було виявлено у 1939/2633 (73,6%) дітей. Необхідно відзначити, що найбільш розповсюдженими у дітей з захворюваннями ШКТ були порушення нервової системи (НС) – 837/2633 (31,8%). Друге місце поділили хвороби ендокринної системи (ХЕС) 406/2633 (15,4%) та серцево-судинної (ССС) – 413/2633 (15,7%).

При детальному аналізі структури хвороб органів травлення на першому місці стоять функціональні захворювання гастродуоденальної зони, а саме функціональна диспепсія 1781/2633 ($67,64 \pm 0,91\%$). Аналіз наявності та структури супутньої патології показав, що діти з функціональною диспепсією частіше ніж пацієнти з іншою патологією ШКТ мали симптоми порушення функціонування НС 359/1781 ($20,2 \pm 0,9\%$). На другому місці серед супутньої патології у дітей цієї групи були захворювання СС 196/1781 ($11 \pm 0,7\%$). ХЕС спостерігалися у 126/1781 ($7,1 \pm 0,6\%$) дітей.

Друге місце у структурі патології ШКТ серед госпіталізованих дітей посіли органічні хвороби органів гастродуоденальної зони, їх було діагностовано у 1018/2633 ($57,15 \pm 1,17\%$) дітей. У дітей з цієї групи захворювання НС були наявні у 269/1018 ($26,4 \pm 1,3\%$) випадків. Захворювання ССС було діагностовано у 104/1018 ($10,2 \pm 0,9\%$) дітей. ХЕС мали місце у 101/1018 ($9,9 \pm 0,2\%$) пацієнта.

Хвороби жовчовивідних шляхів та печінки у структурі патології ШКТ зайняли третє місце та склали – 759/2633 (28,82±0,88%). Основну частку в цій групі склали функціональні розлади жовчного міхура і сфінктера Одді. Серед супутніх захворювань лідируючі позиції у дітей з хворобами жовчовивідних шляхів займали захворювання НС та ХЕС. Так, симптоми порушення функціонування НС відзначались у 183/759 (24,1±1,5%) дітей, ХЕС у 152/759 (20,0±1,4%) пацієнтів. Хвороби ССС були виявлені у 94/759 (12,4±1,2%).

Хвороби кишечника були на четвертому місці в структурі захворювань ШКТ та склали 139/2633 (5,27%±0,43%). Серед супутньої патології захворювання НС були присутні у 14/139 (10,1±2,5%) пацієнтів. Захворювання ССС були діагностовані у 8/139 (5,8±1,9%) пацієнтів. ХЕС мали 4/139 (2,9±1,4%) пацієнта.

Гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) було діагностовано у 62/2633 (2,35±0,29%) пацієнтів. Серед супутньої патології перше місце займають ХЕС 23/62 (37,1±6,1%). В більшості випадків за рахунок ожиріння 19/62 (30,6±5,8%). Симптоми захворювань НС було виявлено у 12/62 (19,4±5,0%) пацієнтів. Захворювання СС було діагностовано у 11/62 (17,7±4,7%) дітей.

Висновки. Більш ніж 2/3 дітей з захворюваннями органів ШКТ мають супутню патологію. Це обов'язково необхідно враховувати при спостереженні та призначенні лікування даної групи пацієнтів.

АЛГОРИТМ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ГЕМПАРЕЗОМ

Юрченко А.В.¹, Ольховик А.В.², Сиам Нідгіл¹

¹ Сумський державний університет, НН МІ,

Кафедра нейрохірургії та неврології

² Універсальна клініка «UNICAM»

Мета дослідження – розробити алгоритм застосування кінезіотейпування для дітей молодшого шкільного віку із геміпарезом та перевірити його ефективність на практиці.

Актуальність дослідження. Показники захворюваності на дитячий церебральний параліч на 1000 дітей становить 0,11%. Найбільш частими є спастичні варіанти захворювання, які спостерігаються у 70–85% дітей: спастична диплегія (36,6%), спастичний геміпарез (29,6%), подвійна геміплегія (18,3%) (Статистичний Бюлетень МОЗ України, 2014). На сучасному етапі пріоритетним є залучення переважно немедикаментозних методів фізичної терапії, що спрямовані на відновлення функціональних систем організму, а особливо корекції м'язового тонуусу в даного контингенту дітей.

Методи дослідження: теоретичний аналіз, систематизація і узагальнення науково-методичних джерел, гоніометрія, тест Ловетта.

Результати дослідження. Алгоритм кінезіотейпування передбачає визначення тонуусу м'язів та добору відповідної м'язової техніки для визначення порушення руху у суглобі та добору місця накладання тейпу. Кожен кінезіотейп наклеювали на 5 днів із перервами між накладанням 3–5 днів. В результаті проведеного дослідження доведено ефективність застосування алгоритму кінезіотейпування та необхідність його включення у традиційну комплексну програму фізичної терапії. Про це свідчить покращення таких показників з правої сторони – збільшення сили м'язів із 2-х до 4-х балів, рухливості суглобів (у середньому на 10–15°); зменшення проявів спастичності верхньої кінцівки, збільшення

рухливості у ліктьовому (на 10,4°), плечовому (згинання – на 14,6, розгинання – на 6,4), променево-зап'ястковому (згинання – на 8,6° та розгинання – на 9,6°), кульшовому (на 9,4°), колінному (на 8,6°) та гомілково-стопному (згинання – на 8° та розгинання – на 9,2°) суглобах.

Висновки. Дане дослідження доводить можливість і необхідність застосування кінезіотейпування у комплексній програмі фізичної терапії молодшого шкільного віку із геміпарезом. Перспективи подальших досліджень вбачаємо в розробленні методичних рекомендацій для роботи фізіотерапевтів з такими дітьми.

ПЛОТНИЙ ПРОЄКТ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ КРОПИВ'ЯНКИ ТА АНГІОНАБРЯКУ У ДІТЕЙ

М.ЗАПОРІЖЖЯ

Ярцева Д.О., Недельська С.М.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра факультетської педіатрії

Проблема вивчення кропив'янки (К) та ангіонабряку (АН) продовжує залишатись актуальною. В Україні досі немає чітких епідеміологічних досліджень, які б допомогли визначити реальну розповсюдженість цих захворювань серед популяції. Хоча за даними метааналізу, проведеному у 2019 р. Julia Fricke та співавт. для К вона становить 1-3% в залежності від країни та вікових категорій, а АН реєструється у 30-40% цих пацієнтів.

Тому метою нашої роботи було протестувати розроблений нами опитувальник для оцінки розповсюдження К та АН серед дітей м.Запоріжжя для визначення можливості використання його у більш широкій популяції.

Матеріали і методи. Для досягнення мети нами був розроблений опитувальник на базі Google-форми, який ми запропонували заповнити обмеженій кількості батьків учнів загальноосвітніх шкіл м.Запоріжжя. Відповіді ми очікували від усіх батьків незалежно від того, чи є у дитини будь-які захворювання. Опитувальник включав 3 блоки питань: загальні питання (особиста інформація для подальшого зв'язку з респондентами, питання щодо диспансерного обліку, спадковості), блок про кропив'янку (питання про наявність або відсутність проявів К, особливостей її дебюту, перебігу, причин та лікування) та блок про ангіонабряк (питання про наявність або відсутність проявів АН, в тому числі спадкового, особливостей дебюту, перебігу, причин та лікування). Отримані відповіді були нами проаналізовані.

Отримані результати. Ми отримали відповіді від батьків 242 дітей - учнів 1-11 класів. Серед всіх дітей були 121 (50%) хлопчик та 121 (50%) дівчинка. Серед них 28,9% (70 дітей) знаходяться під спостереженням алерголога з приводу різних алергічних захворювань (бронхіальної астми (5,4%), алергічного риніту (10,3%), атопічного дерматиту або харчової алергії (13,6%), К або АН (5%), алергії на ліки (3,7%) та алергії на комах (3,7%)). Крім того, з урахуванням особливостей перебігу хронічної К, були включені питання щодо наявності аутоімунної патології, яку зафіксовано у 2,1% дітей. У 40 дітей є проблеми хронічного характеру за виключенням алергічних захворювань.

Аналіз відповідей з блоку про К показав, що у 66 дітей (27,3%) хоча б 1 раз у житті була зареєстрована К. При цьому у більшості дітей К була гострою (до 6 тижнів) – 55,2% пацієнтів, у 26,9% турбувала від 2 до 4 разів, а у 17,9% - більше 4х. Друга та третя групи пацієнтів відносяться до категорії рецидивуючої та хронічної К і за рекомендаціями

EAACI/GA²LEN/EDF/WAO підлягають розширеному обстеженню для визначення причин рецидивів захворювання. У більшості дітей (53,7%) перші прояви К виникли у віці з 1 до 5 років. Серед причин К 39% батьків вважають винними харчові продукти, 18,3% - ліки, 31,7% батьків не можуть взагалі ні з чим пов'язати захворювання (тобто в цьому випадку К є спонтанною). Інші випадки пов'язані з дією фізичних чинників (контакт шкіри з чимось, холод, тепло, вібрація, тиск, вода, фізичне навантаження, психоемоційні фактори). У 4,8% дітей К поєднувалась з АН. Цікаво, що у 32,1% пацієнтів стандартні ліки, які використовуються у терапії К, не були ефективними.

При аналізі блоку інформації про АН виявлено, що він мав місце у 10 дітей (4,1%). При цьому, у 11,5% пацієнтів в сім'ї є близькі, що також страждають на АН і тому у цих дітей має бути виключений спадковий варіант. 44,7% батьків не можуть пов'язати виникнення захворювання з дією якогось чинника, а у 41,7% не були ефективними стандартні ліки.

Висновки. Таким чином, проведення такого варіанту анкетування є перспективним напрямком наукових досліджень, особливо в умовах війни, в яких зараз перебуває Україна, та дозволяє за короткий термін зібрати інформацію, що дає досить широке уявлення про розповсюдження К та АН серед дітей. Звісно, організація анкетування потребує узгоджень на різних рівнях, оскільки медичні дані є чутливою особистою інформацією і тільки за бажанням батьків може бути проведене подібне дослідження. Нашим наступним кроком є проведення широкомасштабного опитування та подальша робота з діагностики та лікування із зацікавленими пацієнтами. І навіть таке швидкоруч проведене дослідження дало багато цікавої клінічної інформації та дозволило виявити пацієнтів, які раніше не звертались за спеціалізованою медичною допомогою.

ПРИЧИНИ НАБУТИХ ТРОМБОЦИТОПЕНІЙ В ДИТЯЧОМУ ВІСІ

Ярцева М.О.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра госпітальної педіатрії

В структурі захворюваності кровотворних органів одне з перших місць посідають цитопенії різних паростків кровотворення. Найбільш поширеними за клінічним різноманіттям є тромбоцитопенії (ТП). Ця група захворювань класифікується на вроджені та набуті, імунні та неімунні. В залежності від патогенезу всі тромбоцитопенії поділяються на ТП, зумовлені порушенням продукції тромбоцитів; обумовлені підвищеним руйнуванням пластинок та ТП, пов'язані з порушенням розподілу пластинок. Серед причин виникнення ТП в періоді новонародженості виділяють інфекційний чинник (внутрішньоутробні та постнатальні інфекції), перинатальну гіпоксію, імунні механізми, хромосомні аберації та спадкові ТП. У дітей раннього та шкільного віку найбільш часто виявляють інфекційні (вірусні) чинники, ТП внаслідок дії ліків (поствакцинальні також), вторинні ТП (як симптоми онкогематологічних захворювань, прояв ВІЛ) та спадкові порушення тромбоцитопоезу. Імунний механізм превалює в розвитку ТП дітей старшого віку.

Для визначення структури причин ТП у дітей Запорізького регіону було проаналізовано медичну документацію гематологічних пацієнтів зі скаргами на ТП, які зверталися за амбулаторною та стаціонарною допомогою до обласної клінічної дитячої лікарні м. Запоріжжя за період 2017-2021рр. Всього під спостереженням було 57 випадків ТП. Середній вік пацієнтів 7,3±4,6 років, превалювали хлопчики (63,2%). Структура

чинників ТП розподілилася наступним чином: у 42 пацієнтів була підтверджена вірусна складова ТП. Так, дослідження вірусів герпетичної групи серед пацієнтів встановило наявність ВЕБ у 30 випадках, ЦМВ – у 14 пацієнтів, ВПГ 1, 2 типів – у 16 хворих та ВПГ 6 типу – у 8 хворих, причому частіше зустрічалися мікст-інфекції (ВЕБ+ЦМВ, ВЕБ+ВПГ 6 типу). У всіх обстежених визначалися антитіла класу G до вищеперахованих збудників, Ig M визначалися у половини пацієнтів. При дослідженні методом ПЛР букального зішкрібання пацієнтів, виявлено ДНК вірусів, не тільки у хворих із антитілами класу M, а й у тих, які були серонегативними. У 4 (7,02%) пацієнтів було підтверджено онкологічну природу ТП і діагностовано гостру лімфобластну лейкемію. Два випадки ТП підтвержені як реакція на введення вакцини. Причини ТП в 9 пацієнтів встановити не вдалося.

Серед обстежених дітей, 11 мали повторні звернення більше 2 разів впродовж 6 місяців, що свідчило про імунну природу захворювання та тенденції до хронізації процесу. В усіх повторних госпіталізаціях лабораторно підтверджена інфекційна природа ТП, переважно визначалися антитіла класу G до ВЕБ та ЦМВ.

Отже, проведений аналіз встановив найбільше (73,7%) розповсюдження вірусних інфекцій як чинника ТП, як вперше діагностованих, так і у випадку повторних звернень серед пацієнтів шкільного віку. Серед досліджених випадків зустрічалися вторинні ТП (як симптом лейкозу) та імунні поствакцинальні реакції. В 15,8% випадків встановити причину ТП не вдалося. Таким чином, підтвержені дані літературних джерел щодо основних чинників ТП у дітей молодшого віку, одна залишається невизначеними причини виникнення тромбоцитопеній у 1/6 звернень, що може впливати на ефективність лікування та призводити до повторних епізодів захворювання.

UPPER DIGESTIVE TRACT ENDOSCOPY IN CHILDREN WITH ALLERGIC PATHOLOGY

Karpushenko Yu.V.¹, Pavlenko N.V.¹, Voloshyn K.V.²

¹Kharkiv National Medical University

²V.N. Karazin Kharkiv National University

The diseases of organs of digestive system in childhood are an important medical and social problem. The fact of connection between digestive system diseases and allergic diseases are currently well known. The high frequency of their connection is shown by epidemiological researches. Mechanisms of formation of allergies on the background of gastroenterological pathologies are recognized. Also, effects of biologically active substances and mediators of allergy which can cause an inflammation of digestive system are also well known.

Aim of research. To study condition of upper digestive tract according to endoscopic investigation data. To improve quantity of medical treatment of children with allergic pathology.

Materials and method. 61 endoscopic investigation of children with allergic diseases aged 6months to 17 years were analysed. Results proceed with methods of variable statistics.

Results and discussion. 61 children were examined, 67% are boys. Approximate average age of patients was 10 years. 43% of children with combined allergic diseases, 31% children with allergic rhinitis, 18% with bronchial asthma and 8% with angioedema are in the structure of allergic diseases. Endoscopic picture characterizes by unchanged mucus of esophagus was in 85% of children, stomach 33%, duodenum – 39%. Destructive changes were found in 23% of patients. Destruction of all parts of digestive system was frequently found in children with bronchial asthma. 31% of children with combined etiology had destruction of duodenum. Erythematic changes of the

gastric mucosa was found in 91% of patients with bronchial asthma and 85% of patients with combined allergic diseases. Erythematic injuries of duodenum was present in 82% of patients with bronchial asthma and in 58% of patients with combined allergic diseases. Erythematic affection of esophagus was discovered in 27% of patients with bronchial asthma and 20% of children with angioedema. Lymphatic hyperplasia of the mucus of different parts of digestive system was found in 32.8% of patients. Duodenal stomach reflux was diagnosed in 44.2% of patients. Hyperplasia changes of mucus of esophagus and stomach polyp were found in two examined patients.

Conclusions:

There is affection of organs of digestive system in children with allergic diseases. They are: esophagus - 15% of cases. Affection of the stomach - 67% of cases; duodenum - 60% of cases and was more typical for combined allergic diseases, allergic rhinitis and bronchial asthma.

Destructive forms are presented by erosions and occurred in 23% of cases.

The worst allergic pathology for development of destructive and erythematic forms of affection of digestive system is bronchial asthma and its combinations.

There is lymphatic hyperplasia of different parts of digestive system mucosa and this occurred in 33% of cases.

Disorders of motility of digestive system, such as duodenal stomach reflux was found in 44.2% of patients.

THE ROLE OF CHITINASE-LIKE PROTEIN YKL-40 IN PATHOGENESIS OF BRONCHIAL ASTHMA AMONG CHILDREN

Kulik T.V.

Kharkiv National Medical University

Department of propaedeutics of pediatrics №2

Recent studies show that the chitinase-like protein YKL-40 is a genetically determined biomarker of inflammation during respiratory tract diseases among children and during bronchial asthma in particular. Chitinase-like protein YKL-40 is a glycoprotein secreted by macrophages, neutrophils, epithelial cells, chondrocytes, synovial and cancer cells. The protein plays an important role in the process of inflammation and tissue remodeling, participates in immune reactions caused by Th-2.

The purpose of the study: improvement of the prevention and treatment of bronchial asthma among children based on the determination of prognostic levels of the chitinase-like protein YKL-40.

The aim of the study: to evaluate the levels of the chitinase-like protein YKL-40 among children with BA depending on the severity of the disease course.

Materials and methods: diagnosing and severity estimation of BA was carried out according to the unified clinical protocol of primary and secondary medical care for bronchial asthma among children (The MoH Ukraine Order of October 8, 2013 № 868). Informed consent was obtained from patients and their parents, who were also familiarized with an information letter about the conducted study. Criteria for inclusion in the study: diagnosis of BA, established on the basis of clinical and paraclinical signs; patients aged from 6 to 18 years; informed consent from the patients and their parents. Exclusion criteria from the study: other diseases of the broncho-pulmonary system (except BA) or deviations in laboratory indicators that may affect the study; BA complications; congenital malformations or other chronic somatic pathology; lack of compliance with the patients and/or their parents. IFA method was used to identify the chitinase-like protein

YKL-40 among 80 patients with bronchial asthma and 16 children from the control group. The research was conducted in compliance with human rights according to the existing legislation in Ukraine, and meets international ethical requirements. The results were processed using the methods of non-parametric statistics in Microsoft Excel and IBM SPSS Statistics.

Results: the study was conducted during the period of disease remission. All patients were diagnosed with a mixed form of BA. Boys predominated among the patients - 73%. According to the severity of the disease, 30% of children have an intermittent course, 31% have a mild persistent disease, 26% have a moderately severe persistent disease, and 13% have a severe disease. The levels of the chitinase-like protein YKL-40 were determined depending on the severity of BA: intermittent – 20.4 ng/ml, mild persistent – 20.9 ng/ml, moderate – 28.2 ng/ml, severe – 30.7 ng/ml, control group – 7.9 ng/ml.

Conclusions: chitinase-like protein YKL-40 is a marker of inflammation in asthma among children, it is probably increased among patients and correlates with the severity of the disease.

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF THE ADVERSE COURSE OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS IN CHILDREN

Lysak D.D., Rudyashko N.V., Shapovalova Ye.O.

Scientific advisor: Kolesnyk Ya.V.

**Department of the Pediatric Infectious Diseases
Kharkiv National Medical University**

Herpesvirus infections (HVI) remain an urgent problem in modern pediatrics. First of all, this is due to their widespread distribution, the ability to persist for life with periodic activation and the transition of latent forms into manifest and generalized ones.

According to WHO experts (2018), we are currently talking about a pandemic of herpes virus infections: up to 90% of the adult and child population of the planet are infected with herpes viruses (HV), while 50% of them have manifest forms of infection.

Infectious mononucleosis (IM) is the most common, characteristic clinical manifestation of herpesvirus infections. The difficulties of treating patients, the formation in some cases of unfavorable variants of the course and outcomes determine the medical and social significance of this pathology.

The purpose of the study: to identify the clinical and laboratory features of the onset of infectious mononucleosis with an unfavorable course based on a comparative analysis of clinical and paraclinical parameters in children with an acute and prolonged course.

67 children aged three to fifteen with infectious mononucleosis were under observation. Of them, 59 (88%) had moderate, 8 (12%) - severe forms of the disease. The diagnosis of IM was based on the clinical symptoms of the disease and the results of special research methods (ELISA, PCR), the severity of the disease was established on the basis of clinical manifestations and the degree of changes in the parameters of laboratory data. In 57 children (85.1%) IM was characterized by an acute course (the first group), in 10 (14.9%) by an adverse prolonged course (the second group). The groups were comparable in terms of age, disease severity, and other parameters. All patients were under careful clinical and laboratory observation.

It was established that IM currently retains all the clinical signs characteristic of it as a whole. However, the frequency of detection, the severity of some of them at the onset of the disease, as well as their duration in the initial stages is different in the compared groups.

These studies showed that during the formation of an unfavorable prolonged variant of IM the duration of hyperthermia was longer (4.43 ± 0.57 days) and (6.28 ± 0.34 days), respectively ($p < 0.05$). In children of the first group, the size of the liver increased by an average of 1.54 ± 0.23 cm, in comparison with patients of the second group, in whom the reaction of the organ was more significant - 2.84 ± 0.41 cm ($p < 0.05$). Significant differences between the patients of the observation groups were established regarding the frequency and severity of lymphoproliferative syndrome. For example, the size of submandibular lymph nodes ≥ 2.1 cm was characteristic of patients with a prolonged course of the disease, as it was determined in 54.7% of patients and 3.3 times less often ($p < 0.05$) in patients with an acute course of IM (in 16.5%). An increase in cervical lymph nodes (≥ 1.1 cm) was observed 4.9 times more often in children with prolonged course of the disease (50.4% and 10.2%, respectively) ($p < 0.05$), while in them the sizes of inguinal and axillary lymph nodes ≥ 0.6 cm were recorded significantly more often (48.9% and 2%, respectively) ($p < 0.05$).

At the same time, we found that in patients with an adverse course of IM significantly more often than in patients with an acute course of the disease, a decrease in platelets was determined (54.6% and 13.5%, respectively; $p < 0.05$), a relatively high ($> 56\%$) content segmented neutrophils (respectively in 62.8% and 28.7%; $p < 0.05$), high ($> 45\%$) content of lymphocytes (respectively in 81.3% and 58.9%; $p < 0.05$), monocytes (23.8% and 2.3%, respectively; $p < 0.05$) and ESR - in the range of 10-25 mm/h. (in 85.6% and 56.9%, respectively; $p < 0.05$).

Thus, the conducted study established that at the early stages of the clinical manifestation of infectious mononucleosis in children, it is possible to distinguish symptoms that accurately and correctly determine the adverse prolonged course of the disease. These include the duration of hyperthermia of the patient's body, the expressiveness of lymphoproliferative and hepatolienal syndromes, significant deviations from peripheral blood indicators in the form of a decrease in the number of platelets, an increase in the relative number of neutrophils, lymphocytes, and monocytes, and ESR - in the range of 10-25 mm/h.

FEATURES OF LOCAL INFLAMMATORY RESPONSE IN NEWBORN WITH HYPOXIC-ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY

Popov S.V., Profatilo A.O., Filatova A.O., Samodai V.O.

**Sumy State University
Department of Pediatrics**

A newborn's state of health significantly impacts the functioning of its organs and systems in the near and distant future. Of particular importance is the state of the central nervous system. One of the most common neonatal diseases is hypoxic-ischemic encephalopathy. Most often, it is the result of hypoxia, both antenatal and intrapartum, and subsequent asphyxia. The severity of hypoxic-ischemic encephalopathy is determined by the severity of hypoxia / asphyxia, as well as the involvement of other organs and systems in the pathological process. One of these systems may be the gastrointestinal tract. Immediately after birth, the intestines begin to be populated by microorganisms, which later form normal microflora. This process depends on many factors, including the surrounding microbial environment, the timing, and quality of feeding, as well as the presence/absence of diseases and related elements of care and treatment. The state of the immune response also plays a significant role in the formation of the microbiome. The state of the microbiome also affects the development of the immune response at the systemic and local levels. Severe hypoxia with resulting hypoxic-ischemic encephalopathy affects the processes of inflammation, including at the level of the intestine, which is reflected in the features of the interaction of macro- and microorganisms.

The aim of the study was to study the features of the local inflammatory response of the intestine in newborns with hypoxic-ischemic encephalopathy after severe asphyxia. A total of 56 full-term newborns aged from 1 to 26 days of life were studied. We studied the features of the level of fecal calprotectin, as well as the quantitative composition of the microbiome at the age of the second, third and fifth weeks of life. The control group consisted of healthy full-term newborns. The results of the study showed changes in the qualitative and quantitative composition of the microbiome. There was a decrease in the composition of Bifidobacterium throughout the study period, significantly expressed in the first and third weeks of life in comparison with their level in healthy newborns. The level of Bifidobacterium increased after three weeks of life, but significant changes were only noted by the fifth week of life. A decrease in Lactobacilli has also been noted. Their number was lower in the second and third weeks of life compared with healthy newborns. Then it increased, but not significantly, although the value was lower than that in the control group of children. The number of *E. coli* was also lower, but not significant, compared with the newborns of the control group. Their number also increased from the second to five weeks of life, but not significantly. The value of opportunistic pathogens was higher in children with hypoxic-ischemic encephalopathy. However, this increase was not significant. The level of fecal calprotectin was higher during all days of the study compared to children in the control group. From the second to the fifth week, the value of calprotectin decreased, but only significantly from the third to the fifth week.

Thus, the level of local inflammatory response in newborns with hypoxic-ischemic encephalopathy was higher throughout the neonatal period. Its value decreased towards the end of this period. There was a change in the microbiome in the form of a decrease in its qualitative and quantitative characteristics.

INVESTIGATION OF NEONATAL GUT FUNCTION BY DETERMINING FECAL CALPROTECTIN LEVELS AND GUT MICROBIOME COMPOSITION

Profatylo A.O., Popov S.V.

Sumy State University

Department of Pediatrics

Purpose and tasks. Investigate neonatal gut formation and function by determining fecal calprotectin levels and gut microbiome composition.

Materials and methods. A total of 32 newborns were studied. To determine the intestinal microbiome and fecal calprotectin, faeces were collected three times at 2, 3, and 5 weeks of age and identified using a culture method and enzyme-linked immunosorbent assay. Statistical data were processed according to the standard statistical formula.

Results. The most frequently isolated bacteria were Bifidobacterium. At the same time, the level of bifidobacteria is significantly increased in 2-week-old children - 8.9 ± 1.44 , in 3-week-old children - 8.43 ± 1.55 , and in 5-week-old children - 8.09 ± 1.46 , the changes were significant ($p=0.002$), but the significant difference was between 2 and 5 weeks of life. The second indicator was the number of lactobacilli in newborns aged 2 weeks - 7.68 ± 1.13 , it was higher than in newborns aged 3 weeks - 7.12 ± 1.43 and newborns aged 5 weeks - 6.75 ± 1.83 , the changes are significant ($p=0.002$), but there was a significant difference between 2 and 5 weeks of life. The total number of *E. coli* in newborns aged 2 weeks was 6.3 ± 1.46 , in newborns aged 3 weeks - 6.78 ± 1.29 and in newborns aged 5 weeks - 6.46 ± 1.17 . And the level of opportunistic pathogens in 2-week-old children was 4.7 ± 1.25 , in 3-week-old children - 4.4 ± 1.02 , and in 5-week-old children - 4.28 ± 1.15 .

The differences are not found. The level of fecal calprotectin in newborns at the age of 2 weeks was 280.59 ± 121.73 mg/l, in newborns at the age of 3 weeks – 195.31 ± 113.7 mg/l, and in newborns at the age of 5 weeks – 153.53 ± 34.1 mg/l, changes are significant. There is a significant difference between 2 vs. 3 weeks and 2 vs. 5 weeks of life, but no differences were found between 3 vs. 5 weeks of life.

Conclusion. A decrease in the level of fecal calprotectin in the studied groups may be associated with specific processes of intestinal formation, which explains the decrease in results at 5 weeks of age. In general, the complex process of formation of the newborn's microbiome is accompanied by important changes in the functional processes of the newborn's intestine and leads to a decrease in all components of the microbiome at 5 weeks of age.

MECHANISMS OF FORMATION OF AIRWAY HYPERREACTIVITY IN VIEW OF PHENOTYPICAL HETEROGENEITY AND CLINICAL DEVIATION OF BRONCHIAL ASTHMA IN ADOLESCENTS

Shakhova O.A., Ivanyshyn U.M.

Bukovynian State Medical University

Department of pediatrics and children's infectious diseases

Bronchial asthma is a disease characterized by recurrent episodes of variable bronchial obstruction, chronic bronchial inflammation, bronchial hypersensitivity and remodulation. Modern therapy of the disease was aimed at these links of pathogenesis, and this concept postulated the need for long-term use of anti-inflammatory drugs and, above all, topical inhaled corticosteroids. However, it should be recognized that the coherent inflammatory theory currently requires revision and new understanding, or even replacement with a new theory, which, considering these characteristics of the disease as an epiphenomenon, will serve as a basis for new approaches in treatment and prevention.

The aim of our work was to analyze the mechanisms of formation of bronchial hyperreactivity, taking into account the phenotypic heterogeneity and clinical deviation of bronchial asthma in adolescence (based on the analysis of scientific sources).

It is extremely important to determine the risk of transition of the adolescents' bronchial asthma into adulthood, when chronic obstructive pulmonary diseases might develop. Among the main predictors of this risk such factors as age, obesity, early puberty, body weight at birth and in the newborn period and sex can be distinguished. Thus, some authors associate the risk of persistence of the disease with its onset in early childhood, and others - at the age of 6 years old. High body mass index and early onset of puberty are considered to be the predictors of persistent bronchial asthma. It is noted that low and extremely low birth weight of premature infants or rapid weight gain in the neonatal period are associated with a decrease in lung ventilation and the risk of persistent asthma in the future. It is believed that bronchial asthma in children is more common in boys than in girls, in contrast, during puberty, allergic diseases and asthma are more common in girls.

Thus, the above mentioned literature data give reason to believe that, despite advances in the scientific understanding of the pathogenesis of the main characteristics of bronchial asthma, there are great difficulties in using them in practice. Moreover, current inflammatory paradigm of bronchial asthma needs to be revised because it being a dogma becomes unproductive from a clinical point of view.

QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN WITH GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AS A SCREENING METHOD

Slobodianiuk O.L., Voloshyn K.V.

V.N. Karazin Kharkiv National University

Department of Pediatrics

Background: Accurate diagnosis and effective management of gastro-esophageal reflux disease (GERD) can be challenging because its manifestations vary widely from mild symptoms such as regurgitation, coughing, and heartburn sensation to complicated problems such as erosive esophagitis, esophageal strictures, Barrett esophagus, aspiration pneumonia, iron deficiency, and growth retardation. Some patient-centered, self-assessment questionnaires for GERD (GerdQ) have been developed for adults and have proved to be a useful without initial specialist referral or endoscopy examination. The major difficulty in using the GerdQ for children is the reliability of their self-reporting.

The aim was to improve the diagnostic screening of GERD by using GERDQ in children.

Methods. The results of GERDQ and endoscopy examination in 57 patients 12-17 years old were analyzed. All had GERD complaints and symptoms including episodes of heartburn sensation during 30 days. Endoscopy examination has been carried out for all the children after they have completed GERDQ. All patients were divided into 2 groups. First group included patients without endoscopic changes in esophagus (n=31; 54,4%), second group - children with endoscopic signs of esophagitis (n=26; 45,6%).

Results. The average age of the patients was 15,3 years. All patients in second group had ≥ 8 points in GERDQ which is indicative of GERD. 23 patients (73,1%) from first group had < 8 points in GERDQ what is typical to patients without GERD.

Conclusions: using of GERDQ as a screening method in children with clinical signs of GERD is informative and can be used as noninvasive method to select patients to endoscopy examination.

MOTOR DISORDERS OF ESOPHAGUS AND STOMACH IN CHILDREN WITH PATHOLOGY OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT

Voloshyn K.V., Karpushenko Yu.V., Voloshina L.G.

V.N. Karazin Kharkiv National University

Department of Pediatrics

Gastroenterological diseases are one of the most frequent diseases in children. This pathology can develop in all ages. In young children functional disorders occurs more often, but in elder children organic pathology can be found in big number of cases. In the group of upper gastroenterological and esophagus diseases the most frequent are functional dyspepsia (FD), motility disorders of stomach and esophagus and chronic gastritis.

The aim of the research was to analyse type of esophagus disorders in children of different age with functional and organic diseases of stomach and duodenum.

Design of the research. We observed 27 patients 12-17 y.o. with complaints and clinical presentations typical for upper GI disorders. Pathology was verified by upper endoscopy. All children were divided into 2 groups: 1st – 12-14 y.o. (11; 40,7%) and 2nd – 15-17 y.o. (16; 50,3%)
Results. In 1st group children had superficial, nondestructive changes of esophageal and gastric mucosa – 63,7%, or normal mucosa – 36,3%. Both of these endoscopic results considered as FD (according to Rome III, 2006). Motor dysfunction (gastroesophageal reflux (GER) I-II) was in 87%

of patients in 1st group and didn't depend on mucosa state. In 2nd group nondestructive mucosa changes were in 43,7%. In 56,3% were erosions in stomach or duodenum, which, without any doubts, are signs of chronic gastritis. Motor disorders in this group were more severe – GER II-III, and in patients with destructive mucosa changes catarrhal esophagitis was diagnosed in 35% of cases.

Conclusions:

Children of younger age have FD and light motor disorders GER I-II.

Elder children more often have organic pathology and severe motor disorders, GER II-III, and in 35% of cases inflammatory changes in esophagus.

Probably functional diseases with light motor disorders appears in young age and with time and, maybe, without adequate treatment, develops to severe motor disorders and organic (inflammatory) changes in esophageal and stomach mucosa.

**MORPHOLOGICAL FEATURES OF GASTRIC MUCOSA IN CHILDREN WITH
FUNCTIONAL DYSPEPSIA**

Voloshyn K.V., Shlieienkova H.O., Slobodianiuk O.L.

V.N. Karazin Kharkiv National University

Department of Pediatrics

The aim of this research was to improve diagnostic of functional dyspepsia of children.

Materials and methods. We have studied and analyzed the results of examinations of 62 patients with functional dyspepsia or erythematic gastropathy. All the patients were divided into 2 groups. The first group includes the patients with Postprandial Distress Syndrome (PDS) (n=33; 53,2%) and the second - with epigastric pain (EP) (n=29; 46,8%).

The results of the research. The average age of the patients was 10,8 years old. Gastroscopy has been carried out for all the children. 17 (51,5%) patients with PDS had normal gastric mucose and 16 (48,5%) patients with PDS had erythematic gastropathy. 1 (3,4%) patient with EP had normal gastric mucose, 28 (96,6%) patients with EP had erythematic gastropathy.

Morphological research has revealed changes in gastric mucosa in all cases.

Conclusions. Diagnostics of functional dyspepsia has to base on endoscopical and morphological research. This prospective research demonstrated promising results and needs to be continued.

**EVALUATION OF A QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH INFLAMMATORY
BOWEL DISEASES**

Voloshyn K.V., Shlieienkova H.O., Tsiura O.M., Krutenko N.V., Slobodianiuk O.L.

V.N. Karazin Kharkiv National University

Department of Pediatrics

Digestive system pathology is one of the most widespread group of diseases in children. Among them, significant place take inflammatory bowel diseases (IBD). IBD are ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD). Diagnostic of IBD needs special endoscopic and laboratory equipment what makes it difficult and in many cases impossible in pre medical level (schools) and first stage of medical care (outpatient department). One way to accomplish this is through active screening diagnostics using non-invasive methods such as questioning patients and identifying fecal markers of intestinal inflammation.

Aim of the research: a comparative analysis of the results of questioning and determination of fecal markers of intestinal inflammation with endoscopic changes in large intestine.

Materials and methods. 40 children aged 6 - 18 were examined and questioned. All patients were verified by endoscopic examination of the large intestine. Fecal markers of intestinal inflammation were determined using CITO TEST Calprotectin-Lactoferrin. The Short IBD Questionnaire (SIBDQ) was used for the questioning.

Results and Discussion. Comparison of the results of questioning and determination of fecal markers of intestinal inflammation with the results endoscopic examination indicates a reliable degree of coincidence (95%, $p < 0,05$) of positive results of Cito Test Calprotectin-Lactoferrin (both markers or one of it) with the obtained score in the questionnaire and with revealed endoscopically signs of inflammatory process (from marked catarrhal changes to the presence of mucosal destruction).

Conclusion. It is shown that the proposed combination of screening diagnostics and determination of fecal markers of intestinal inflammation is sufficiently sensitive and can be used at pre-hospital and primary diagnostic stages in schoolchildren, including the selection of a group of patients for further endoscopic examination.

SYMPTOMS OF NERVOUS SYSTEM DYSFUNCTION IN CHILDREN WITH THYROID DISEASE

Yutaka Ichimura, Shlieienkova H.O.

V.N. Karazin Kharkiv National University

Department of Pediatrics

Thyroid disease is the second most common among endocrine pathologist. Usually the onset of a thyroid disease shows symptoms along with disorders appeared in other organ systems. The nervous system is most vulnerable to changes in the pituitary-thyroid status.

Objectives: To identify the leading symptoms in the nervous system disorders of children with thyroid disease.

Materials and methods: We conducted the study of 52 children from 8 to 17 years old with thyroid disorders: diffuse non-toxic goiter (DNG) – 33, autoimmune thyroiditis (AIT) – 7, congenital hypothyroidism (receiving hormone therapy) – 8, diffuse toxic goiter (DTG) – 4. The neurological assessment was scrutinized by using electroencephalography (EEG) and rheoencephalography (REG).

Results. The study indicated that the nervous system disorders were associated with thyroid disorders in more than 70% of the children. In children with DNG: headache was in $57,6 \pm 8,6\%$ (19/33), dizziness – $51,5 \pm 8,6\%$ (17/33), syncope – $6,1 \pm 4,1\%$ (2/33), mood changes – $33,3 \pm 8,2\%$ (11/33). In children with AIT: headache was in $71,4 \pm 17,0\%$ (5/7), dizziness – $42,8 \pm 18,7\%$ (4/7), mood changes – $71,4 \pm 17,0\%$ (5/7). In children with congenital hypothyroidism: headache – $25,0 \pm 15,3\%$ (2/8), dizziness – $25,0 \pm 15,3\%$ (2/8), mood changes – $12,5 \pm 17,6\%$ (1/8). In children with DTG: headache – $75,0 \pm 21,6\%$ (3/4), dizziness – $50,0 \pm 25\%$ (2/4), mood changes – $75,0 \pm 21,6\%$ (3/4), tremor of fingers $75,0 \pm 21,6\%$ (3/4), increased tendon reflexes $75,0 \pm 21,6\%$ (3/4). According to the results of EEG, a decrease in the seizure threshold was observed in patients with DTG ($50,0 \pm 25\%$ (2/4)).

Based on the results of the REG, a change in vascular tone was seen in more than 60% of the children.

Conclusion. More than 70% of the children with thyroid diseases have shown neurological disorders. Children with thyroid diseases are required a further neurological examination.

ЗМІСТ

1	<i>Андрікевич І.І., Пасік В.Ю., Стецун О.О.</i> МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	3
2	<i>Білих В.М.</i> ВІДДАЛЕНИЙ ВПЛИВ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ГОСТРОЇ ДІАРЕЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ НА СТАН ЗДОРОВ'Я КИШЕЧНИКУ	4
3	<i>Булига А.О., Краснопольська К.О., Гайденко В.Є.</i> ПАТОЛОГІЯ ПЛОДУ В КОНТЕКСТІ ЗАРАЖЕННЯ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	4
4	<i>Буринюк- Глов'як Х.П. Марараш Г.Г.</i> ПОКАЗНИКИ РЕГУЛЯЦІЇ ОБМІНУ ГЛЮКОЗИ ЗА РІЗНОГО СТУПЕНЯ КОНТРОЛЬОВАНОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ	6
5	<i>Буринюк- Глов'як Х.П. Буринюк П.П.</i> ВПЛИВ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ІНГАЛЯЦІЙНИМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДНИМИ ПРЕПАРАТАМИ НА РЕГУЛЯЦІЮ КАЛЬЦІЮ У ШКОЛЯРІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	7
6	<i>Białoszycka M.M., Пачевська А.В.</i> ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ В м.ОЛЬШТИН ВАРМІНСЬКО-МАЗУРСЬКОГО ВОЄВОДСТВА РП	8
7	<i>Гарас М.Н.</i> ВПРОВАДЖЕННЯ КЕЙС-МЕТОДУ ТА СЦЕНАРІЇВ ВІРТУАЛЬНИХ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ВИКЛАДАННІ ПЕДІАТРИЧНИХ ДИСЦИПЛІН СТУДЕНТАМ-МЕДИКАМ ВИПУСКНОГО КУРСУ	10
8	<i>Горбатюк І.Б., Руда Т.Д.</i> ОКРЕМІ ПАРАКЛІНІЧНІ ПОКАЗНИКИ ГОСТРИХ СТРЕПТОКОКОВИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТІВ У ДІТЕЙ	12
9	<i>Ковальчук Т.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА СМАКОВИХ ПЕРЕВАГ У ДІТЕЙ ІЗ ПСИХОГЕННИМИ ТРАНЗИТОРНИМИ ВТРАТАМИ СВІДОМОСТІ	12
10	<i>Крецу Н.М.</i> МАРКЕРИ СЕПСИС-ІНДУКОВАНОЇ МІОКАРДІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА РІЗНОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ВІКУ	14
11	<i>Кречківська Л.М., Молоток В.В., Серветник А.В.</i> ЗМІНА КОГНІТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ ШКОЛЯРІВ І СТУДЕНТІВ ПІСЛЯ ПОЧАТКУ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ.	15
12	<i>Крутенко Н.В., Шевченко Н.С.</i> ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ ЩОДО ФУНКЦІОНУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПІДЛІТКІВ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	17
13	<i>Матвієнко С.О., Єлоєва З.В., Філонова Т.О., Гарбар К.Б.</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ПОЗАЛІКАРНЯНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ З ПЕРСИСТЕНЦІЄЮ ПАТОГЕНІВ	18
14	<i>Миرونяк Ю.І.</i> МАНІФЕСТАЦІЯ МУКОВІСЦИДОЗУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМ ПСЕВДО-БАРТТЕРА)	19
15	<i>Пащенко І.В., Соляник О.В.</i> СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	21

16	<i>Попова А.М.</i> СТАН ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ ДО ДИФТЕРІЇ ТА ПРАВЦЯ У ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕХВОРИЛИ НА ВЕБ-ІНФЕКЦІЮ	22
17	<i>Пізняк Г.О.</i> КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ПРОГРЕСУЮЧОГО СИСТЕМНОГО СКЛЕРОЗУ БЕЗ СКЛЕРОДЕРМИ	23
18	<i>Романчук Л.І.</i> БІОМАРКЕРИ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19 У ДІТЕЙ	24
19	<i>Рощина Н.В.</i> ВРОДЖЕНІ ВАДИ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ДІ-ДЖОРДЖА	25
20	<i>Рудан К.В., Богущька Н.К.</i> ОБГОВОРЕННЯ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ – МЕТОД ЗДОБУТТЯ КОМПЕТЕНТНОСТІ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ЗА ФАХОМ «ПЕДІАТРІЯ»	27
21	<i>Соляник О.В., Пащенко І.В., Іванько О.Г.</i> ПОКАЗНИКИ РІВКА-II, ОСТЕОКАЛЬЦИНУ ТА МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТОК У ПІДЛІТКІВ	29
22	<i>Сорокіна О.Г., Колесник Я.В., Сорокіна А.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ЕПШТЕЙН-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ПІДЛІТКІВ	29
23	<i>Стець В.В.</i> АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ РОСЛИННОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ КАНЕФРОН®Н У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ	31
24	<i>Страшок Л.А., Бузницька О.В., Хоменко М.А.</i> МАРКЕРИ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ В ЮНАКІВ ІЗ ГІПОАНДРОГЕНІЄЮ	32
25	<i>Тарамак Л.В., Сміян К.О., Кліщ О.О., Редченко В.А., Пікулічський А.С., Яресько Т.Ю., Матвісичева Я.В., Ларіна К.О.</i> ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ COVID-19 У ДІТЕЙ МІСТА СУМИ	33
26	<i>Тарнавська С.І.</i> КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОТИПУ АСТМИ ПІЗЬНОГО ПОЧАТКУ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ	34
27	<i>Тарнавська С.І.</i> ОЦІНКА ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПЕРЕБІГУ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ	35
28	<i>Тесленко А.О.</i> ДЕЯКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У СТУДЕНТІВ	36
29	<i>Ткачук Р.В., Білоус Т.М., Гарас М.Н.</i> ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ α -ДИФЕНЗИНІВ СИРОВАТКИ КРОВІ У ВЕРИФІКАЦІЇ ПОЗАГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДИТЯЧОМУ ВІСІ	37
30	<i>Ткачук Р.В., Гарас М.Н., Антонійчук В.І.</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ТЯЖКОГО РЕСПІРАТОРНОГО СИНДРОМУ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРЕБІГУ COVID-19 ТА Т-КЛІТИННОЇ НЕХОДЖКІНСЬКОЇ ЛІМФОМИ У ДІТЕЙ	38
31	<i>Фадєєва А.О.</i> ТРИВАЛІСТЬ ЗАХВОРЮВАННЯ ЯК ВАЖЛИВИЙ ФАКТОР ВПЛИВУ НА СОЦІАЛЬНЕ ТА ШКІЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ	40

32	<i>Хомякова М.Ю., Титаренко А.О., Кашина-Ярмак В.Л., Летяго Г.В.</i> ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ВТОРИННИМИ КАРДІОМІОПАТІЯМИ ЗАЛЕЖНО ВІД СУДИННОЇ РЕАКТИВНОСТІ	41
33	<i>Цукор Н.Г.</i> СТАН КОЛЕКТИВНОГО ІМУНІТЕТУ ДО КОРУ ДІТЕЙ У ВІЦІ 6 РОКІВ ПО МІСТУ ХАРКОВУ	43
34	<i>Чавирь А.С., Штрах К.В.</i> АНТРОПОМЕТРИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА РІВЕНЬ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПІДЛІТКІВ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	44
35	<i>Чатикян К.Е.</i> СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ЦЕЛІАКІЇ У ДІТЕЙ	45
36	<i>Шахова О.О.</i> ПОКАЗНИКИ КОМПЛЕКСНОГО КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПІДЛІТКІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ПІСЛЯНАПАДНОМУ ПЕРІОДІ ЗАХВОРЮВАННЯ	47
37	<i>Шлеєнкова Г.О., Ковалівська С.О., Крутенко Н.В., Волошин К.В.</i> СТРУКТУРА СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШКТ	48
38	<i>Юрченко А.В., Ольховик А.В., Сиам Нідгіл</i> АЛГОРИТМ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ГЕМПАРЕЗОМ	49
39	<i>Ярцева Д.О., Недельська С.М.</i> ПІЛОТНИЙ ПРОЄКТ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ КРОПИВ'ЯНКИ ТА АНГІОНАБРЯКУ У ДІТЕЙ М.ЗАПОРІЖЖЯ	50
40	<i>Ярцева М.О.</i> ПРИЧИНИ НАБУТИХ ТРОМБОЦИТОПЕНІЙ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ	51
41	<i>Karpushenko Yu.V., Pavlenko N.V., Voloshyn K.V.</i> UPPER DIGESTIVE TRACT ENDOSCOPY IN CHILDREN WITH ALLERGIC PATHOLOGY	52
42	<i>Kulik T.V.</i> THE ROLE OF CHITINASE-LIKE PROTEIN YKL-40 IN PATHOGENESIS OF BRONCHIAL ASTHMA AMONG CHILDREN	53
43	<i>Lysak D.D., Rudyashko N.V., Shapovalova Ye.O.</i> CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF THE ADVERSE COURSE OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS IN CHILDREN	54
44	<i>Popov S.V., Profatilo A.O., Filatova A.O., Samodai V.O.</i> FEATURES OF LOCAL INFLAMMATORY RESPONSE IN NEWBORN WITH HYPOXIC-ISCHEMIC ENCEPHALOPATHY	55
45	<i>Profatylo A.O., Popov S.V.</i> INVESTIGATION OF NEONATAL GUT FUNCTION BY DETERMINING FECAL CALPROTECTIN LEVELS AND GUT MICROBIOME COMPOSITION	56
46	<i>Shakhova O.A., Ivanyshyn U.M.</i> MECHANISMS OF FORMATION OF AIRWAY HYPERREACTIVITY IN VIEW OF PHENOTYPICAL HETEROGENEITY AND CLINICAL DEVIATION OF BRONCHIAL ASTHMA IN ADOLESCENTS	57
47	<i>Slobodianiuk O.L., Voloshyn K.V.</i> QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN WITH GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AS A SCREENING METHOD	58
48	<i>Voloshyn K.V., Karpushenko Yu.V., Voloshina L.G.</i> MOTOR DISORDERS OF ESOPHAGUS AND STOMACH IN CHILDREN WITH PATHOLOGY OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT	58

49	<i>Voloshyn K.V., Shlieienkova H.O., Slobodianiuk O.L.</i> MORPHOLOGICAL FEATURES OF GASTRIC MUCOSA IN CHILDREN WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA	59
50	<i>Voloshyn K.V., Shlieienkova H.O., Tsiura O.M., Krutenko N.V., Slobodianiuk O.L.</i> EVALUATION OF A QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES	59
51	<i>Yutaka Ichimura, Shlieienkova H.O.</i> SYMPTOMS OF NERVOUS SYSTEM DYSFUNCTION IN CHILDREN WITH THYROID DISEASE	60

Відповідальність за зміст повідомлень несуть автори

Наукове видання

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Матеріали VIII щорічної науково-практичної конференції молодих вчених
з міжнародною участю,

23 лютого 2023 року, м.Харків

Автор ідеї: Волошин К.В.

Відповідальний за випуск: Волошин К.В.

Фото на обкладинці: Харевич Ілля

Фото надане: Купалова О.Є.

Дизайн та макет обкладинки: Карпушенко А.М.

Електронне видання
