

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. КАРАЗИНА

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Матеріали VI науково-практичної конференції молодих вчених
з міжнародною участю



Харків 2021

**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. КАРАЗИНА**

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

**Матеріали VI науково-практичної конференції молодих вчених з
міжнародною участю**

18 лютого 2021 року – Харків, 2021. – 52 с.

Відповідальний за випуск

Волошин К.В.

Харків 2021

ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПІДЛІТКІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Бузницька О.В.

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна
Харківська медична академія післядипломної освіти

Актуальність. Реалії сьогодення свідчать про стрімке зростання розповсюдженості ожиріння у всьому світі. Такі несприятливі тенденції, відповідно, призвели до підвищення частоти асоційованих з ожирінням ускладнень, зокрема метаболічного синдрому, патології серцево-судинної системи, жирової хвороби печінки, цукрового діабету тощо. Саме тому, своєчасний і ефективний менеджмент даної категорії хворих на сьогоднішній день просто необхідний.

Мета: вивчити якість життя у підлітків з ознаками метаболічного синдрому.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходились 200 підлітків з ожирінням (віком 14 – 18 років: 100 юнаків і 100 дівчат) в умовах клініки ДУ «ІОЗДП НАМН України». Всім підліткам було проведено комплексне обстеження, на основі якого обстежені з ожирінням були розподілені на групи: 1 - з ознаками метаболічного синдрому (МС) та 2 - без ознак МС, у кожному з яких увійшли по 100 хворих. Критерії діагностики МС у дітей, які були використані, представлені Міжнародною Діабетичною Федерацією (IDF, 2007). Якість життя досліджувалась з використанням опитувальника SF-36.

Результати. Показники якості життя за даними SF-36 в 1 (МС+) та 2 (МС-) групах відповідно: фізичне функціонування $72,2 \pm 3,7\%$ та $88,6 \pm 2,5\%$ ($p < 0,05$), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом $61,1 \pm 2,8\%$ та $82,3 \pm 3,1\%$ ($p < 0,05$), інтенсивність болі $51,1 \pm 1,8\%$ та $75,1 \pm 1,5\%$ ($p < 0,05$), загальний стан здоров'я $49,5 \pm 2,3\%$ та $66,3 \pm 1,7\%$ ($p < 0,05$), життєва активність $59,1 \pm 1,3\%$ та $66,3 \pm 1,7\%$ ($p > 0,05$), соціальне функціонування $68,3 \pm 2,5\%$ та $80,3 \pm 2,1\%$ ($p < 0,05$), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом $79,1 \pm 1,4\%$ та $82,2 \pm 1,4\%$ ($p > 0,05$), психічне здоров'я $61,03 \pm 3,12\%$ та $64,2 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$). Як свідчать отримані дані, ожиріння значно знижує показники повсякденної життєдіяльності хворих практично за всіма шкалами. Звертає на себе увагу зниження якості життя за шкалою загального стану здоров'я, обмеження фізичної активності, погіршення емоційного статусу та можливості виконання своїх повсякденних соціальних обов'язків, достовірно значуще частіше в групі підлітків з МС.

Висновки. Дослідження показало суттєве зниження якості життя у підлітків з ожирінням, особливо ускладненого метаболічним синдромом. Доцільна розробка стратегій спостереження, лікування ожиріння в підлітковому віці та профілактики метаболічного синдрому для покращення якості життя.

ЕНДОСКОПІЧНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ 7-17 РОКІВ

Волошин К.В., Слободянюк О.Л., Шлєсєнкова Г.О., Цюра О.М., Крутенко Н.В.

Харківській національний університет імені В.Н. Каразіна, м.Харків
Кафедра педіатрії №2.

Вступ. Патологія органів травлення є однією із найпоширеніших у дитячому віці. В її структурі значне місце займають захворювання кишечника, що спостерігаються у дітей будь-якого віку. Та якщо у дошкільному та молодшому шкільному віці мають місце переважно функціональні розлади (функціональна колька, функціональний закреп, функціональна

діарея, синдром подразненого кишечника), то органічні захворювання кишечника (хронічний неспецифічний невивірковий коліт, хвороба Крона, вивірковий коліт) спостерігаються набагато частіше у дітей старшого віку. Клінічний перебіг як функціональних, так і органічних уражень кишечника може різнитись від легкого малосимптомного перебігу до важких блискавичних форм, тому з метою диференційної діагностики у всіх випадках необхідно проведення повного діагностичного комплексу. Цей комплекс включає як клінічні, лабораторні та рентгенологічні дослідження, так і ендоскопічну діагностику. Ендоскопія кишечника на сьогодні лишається єдиним методом візуалізації слизової оболонки товстої кишки що дозволяє верифікувати діагноз та призначити адекватну терапію.

Мета дослідження. Провести аналіз структури ендоскопічних змін слизової оболонки товстого кишечника у дітей шкільного віку, що мали скарги та клінічні ознаки захворювань кишечника.

Матеріали та методи. Було обстежено 150 пацієнтів віком 7-18 років на базі гастроентерологічного відділення КНП «Міська дитяча клінічна лікарня №19» ХМР, місто Харків, в період з січня по грудень 2019 року. Усім дітям за призначенням лікаря-дитячого гастроентеролога проведена гнучка ендоскопія товстого кишечника апаратом Olympus PCF-140L на ендоскопічній відеосистемі Olympus CV-140. Статистична обробка даних виконана із застосуванням комп'ютерної програми «Microsoft Excel» (2007), (ліц. № RW2FR-7DFDD-TCF8J-9K9VJ-MJ678).

Результати та їх обговорення. За даними гнучкої ендоскопії товстого кишечника були отримані наступні результати: незмінена слизова оболонка відзначалась у 53 пацієнтів (36,8±3,9%), катаральні зміни (поширений набряк, яскрава гіперемія) у 58 (40,3±4,0%), ерозії у 30 (20,8±3,3%), виразки у 3 (2±1,1%), новоутворення (поліпи) у 6 (4±1,6%). Також у 4±1,6% обстежених дітей була поєднана патологія (деструктивні або катаральні зміни поєднані із поліпами). Таким чином за результатами гнучкої ендоскопії товстого кишечника більш ніж у 60% обстежених дітей із скаргами та клінічними проявами захворювань кишечника були виявлені патологічні зміни слизової оболонки. Майже у третини пацієнтів були діагностовані виразки та ерозії.

Висновки. В структурі ендоскопічних змін слизової товстої кишки переважають катаральні порушення, які потребують подальшого морфологічного дослідження з метою диференційної діагностики функціональних та запальних захворювань кишечника. Деструктивні зміни товстої кишки (виразки та ерозії) становлять майже 23% випадків, що є ознакою доволі високої поширеності важких форм запальних захворювань товстого кишечника серед дітей шкільного віку. Новоутворення спостерігались у 4 % пацієнтів переважно старшого шкільного віку та в усіх випадках були поєднані із катаральними або деструктивними змінами слизової оболонки. Гнучка ендоскопія товстого кишечника є необхідною складовою діагностики захворювань кишечника у дітей шкільного віку.

СОМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Гавенко Г.О.

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

Актуальність. Стан репродуктивного здоров'я підлітків в даний час є однією з найбільш обговорюваних тем не тільки фахівцями, але і широкою громадськістю. Офіційна статистика свідчить про наявність несприятливих тенденцій в стані репродуктивного здоров'я дівчат в більшості регіонів країни.

В літературі відзначається збільшення частоти порушень менструальної функції серед дівчат-підлітків на протязі двох десятиріч (Татарчук Т.Ф., 2011; Гнатко О.П., 2015; Диннік В.О., 2018). Наявність соматичної патології або захворювань гінекологічної сфери, при яких йде збій гормонального гомеостазу, також впливає на емоційний статус і когнітивні функції (Sakaki M., Mather M., 2012; Sacher J., Okon-Singer H., Villringer A., 2013).

Аналіз літератури свідчить, що існує залежність між станом репродуктивного та соматичного здоров'я дівчат-підлітків (Удовікова Н.О., 2015; Уварова О.В., 2005). Також виявлено, що при становленні репродуктивної системи її функції дуже нестабільні тому вплив несприятливих факторів, таких як екстрагенітальна патологія може привести до формування розладів менструальної функції у дівчат-підлітків (Диннік О.О., 2012).

Особливо значущим є погіршення здоров'я дівчат віком 7-18 років, що супроводжується розвитком цілої низки захворювань, які, безумовно, мають свій негативний вплив на становлення репродуктивної системи.

Метою дослідження було з'ясування частоти і характеру екстрагенітальної патології у дівчат-підлітків із порушеннями менструальної функції, а саме з аномальними матковими кровотечами (АМК) та олігоменореєю (ОМ) з урахуванням індексу маси тіла (ІМТ).

Матеріали та методи. 100 дівчат-підлітків віком 10-18 років із порушеннями менструальної функції, а саме 51 дівчинка з аномальними матковими кровотечами (АМК) та 49 дівчат з олігоменореєю (ОМ). Усі дівчата були оглянуті фахівцями різних профілів (педіатром, ендокринологом, невропатологом, окулістом, отоларингологом). Антропометричне дослідження включало визначення зросту і маси тіла; для адекватної оцінки маси тіла застосовували показник індексу маси тіла (ІМТ). В статистичній обробці використано критерій Стьюдента (t), метод кутового перетворення Фішера (Pφ), χ^2 .

Результати та їх обговорення. В результаті проведеного дослідження виявлено, що 93% досліджених дівчат мали екстрагенітальну патологію. З них частіше соматична патологія була виявлена у дівчат з олігоменореєю (98%), порівняно з АМК (88,2%, $p < 0,001$). Аналіз супутньої патології показав, що найчастіше у дівчат відмічалася ендокринна патологія (76%), яка реєструвалася з однаковою частотою як у дівчат з АМК ($74,51 \pm 6,16\%$), так і при ОМ ($77,55 \pm 6,02\%$). Захворювання нервової системи були встановлені у третини дівчат з порушеннями менструального циклу ($31,37 \pm 6,56\%$ при АМК та $38,78 \pm 7,03\%$ при ОМ). Патологія шлунково-кишкового тракту реєструвалась вдвічі частіше у дівчат з ОМ ($34,69 \pm 6,87\%$) порівняно з дівчатами з АМК ($17,65 \pm 5,39\%$, $p < 0,001$). Така сама тенденція простежувалася при захворюваннях ЛОР-органів ($10,20 \pm 4,37\%$ при ОМ та $5,88 \pm 3,33\%$ при АМК, $p < 0,03$). Звернуло на себе увагу, що патологія сполучної тканини вдвічі переважала у дівчат з АМК ($9,8 \pm 4,21\%$) порівняно з групою підлітків з ОМ ($2,04 \pm 2,04\%$, $p < 0,03$).

Аналіз соматичної патології дівчат з урахуванням ІМТ виявив, що у 100% дівчат з надлишковою масою тіла мала місце супутня патологія, що достовірно частіше ($p < 0,01$) порівняно з групами дівчат, що мають дефіцит маси тіла та нормативну масу тіла (87,9 % та 93,9 % відповідно).

Висновки. Таким чином, проведений аналіз показав, що тільки 7% дівчат з порушеннями менструальної функції не мали супутньої екстрагенітальної патології. Захворювання ендокринної та нервової системи реєструвалися з однаковою частотою як у пацієток з ОМ, так і АМК. Патологія шлунково-кишкового тракту і ЛОР була більш притаманною для пацієток з ОМ, а дисплазія сполучної тканини – для хворих з АМК. Найчастіше супутня патологія у дівчат-підлітків з порушеннями менструальної функції відмічалася при надлишковій масі тіла.

ПИТАННЯ НАСЛІДКІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИХ РЕФЛЮКСІВ У ДІТЕЙ

Герасимова О.М., Савво В.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Кафедра педіатрії

Мета дослідження: встановити наслідки гастроезофагеальних рефлюксів у дітей для функціонального стану серцево-судинної системи.

Матеріали і методи. Було обстежено 40 дітей у віці 10-18 років (56% - хлопчики та 44% дівчатка) з гастроезофагеальним рефлюксом. Всім дітям проводилось клініко-анамнестичне обстеження з урахуванням даних обтяженої спадковості по захворюванням органів травлення та серцево-судинної системи. Інструментальні дослідження: фіброгастродуоденоскопія (ФГДС), рН-метрія, ехокардіографія (ЕХО-КГ), електрокардіографія (ЕКГ).

Результати дослідження. При аналізі наслідків гастроезофагеальних рефлюксів у дітей для функціонального стану серцево-судинної системи були виявлені такі порушення серцевого ритму та провідності: синусова тахікардія – у 15,0%, синусова брадикардія – у 10,0% хворих. Найбільш розповсюджені ектопічні ритми: міграція водія ритму по передсердям (10%) – частіше у нічний час. У частини дітей зафіксовано суправентрикулярну екстрасистолію (5%), шлуночкову екстрасистолію (5%). Серед порушень провідності – синоатріальна блокада II ступеня, епізоди атріовентрикулярної блокади I ступеня. У всіх досліджених мали місце вегетативні розлади.

Таким чином, у майже половини дітей з гастроезофагеальним рефлюксом наслідки для функціонального стану серцево-судинної систем проявляються у вигляді різних варіантів порушень серцевого ритму та провідності.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ГІПОКСИЧНО – ІШЕМІЧНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ НА ФОНІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ

Говорун Д.А., Попов С.В., Кривошеєнко А.А., Мисник А.С.

Сумський державний університет

Інфікування новонароджених дітей в інтранатальному та постнатальному періоді є поширеною проблемою. Дана патологія займає одне з перших місць в захворюваності і смертності дітей в неонатальному періоді. Найважливішим і ефективним засобом лікування при цьому є призначення антибіотикотерапії. Остання може призводити до ряду ускладнень. Вони включають, перш за все, зміни з боку шлунково-кишкового тракту і пов'язані з порушенням становлення мікробіома, розвитком антибіотик-асоційованої діареї. У той же час мають місце і ознаки ураження інших органів і систем, зокрема системи крові.

Метою дослідження було вивчення змін показників периферичної крові на тлі антибіотикотерапії у новонароджених дітей.

Були вивчені показники крові у 54 новонароджених дітей у віці 14-21 тижні життя, які перебували на стаціонарному лікуванні з основним діагнозом гіпоксично-ішемічна енцефалопатія. Серед досліджуваного контингенту 24 (44,4%) дітей отримували антибіотикотерапію. Понад 70% з них призначалося по 2 або 3 антибіотика. У їх число входили напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорини 3 покоління, аміноглікозиди, карбапенеми, глікопептиди. Найчастіше використовувалося поєднання напівсинтетичних пеніцилінів і аміноглікозидів, а також цефалоспорини 3 покоління і аміноглікозиди.

Вивчався вплив антибіотикотерапії на показники червоної крові - еритроцитів, середній об'єм еритроцитів, насичення еритроцита гемоглобіном, абсолютної кількості нейтрофілів, зсув нейтрофілів. Для визначення впливу антибіотикотерапії на показники крові проводився розрахунок величини співвідношення шансів.

Результати дослідження показали, що використання антибіотиків підвищувало ризик зниження рівня еритроцитів в 3,45 рази. Середній об'єм еритроцитів також показував тенденцію до зниження - в 2,68 раз. Аналогічна картина спостерігалася для показника насичення еритроцита гемоглобіном. Призначення антибіотикотерапії призводило до ризику зниження його значення в 2,92 рази. Аналогічна картина спостерігалася і для показників білої крові. Ризик зниження абсолютної кількості нейтрофілів підвищувався в 1,48 рази. Аналогічним чином підвищувався ризик зниження значення нейтрофильного зсуву - 2,1 рази.

Таким чином, проведена у новонароджених з гіпоксично - ішемічної енцефалопатією антибіотикотерапія підвищувала ризик кількісних і якісних змін показників периферичної крові.

ХАРАКТЕРИСТИКА БІОХІМІЧНОГО СКЛАДУ ЖОВЧІ У ДІТЕЙ З НАЖХП

Грабовська О.І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»

Мета: вивчити особливості біохімічного складу жовчі у дітей з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП).

Задачі: визначити вміст жовчних кислот, білірубину, гексозамінів у порціях жовчі з жовчного міхура (В) та печінки (С).

Матеріали та методи. В ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» під спостереженням знаходилось 34 дитини віком від 10 до 17 років. Наявність стеатозу печінки визначалась за допомогою транз'єнтної еластометрії апаратом «FibroScan®502touch» (Echosens, Франція) з вимірюванням контрольованого параметра аттенуації ультразвуку (controlled attenuation parameter - CAP).

В залежності від показників CAP, індексу маси тіла та рівня аланамінотрансферази хворі були розподілені на групи:

I група – діти зі стеатогепатитом (n=6);

II група – діти зі стеатогепатозом (n=12);

III група – діти з ожирінням без стеатозу (n=12);

IV група – група контролю дітей з нормальною вагою (n=4).

Визначення вмісту: таурохолевої (ТХ), тауродезоксихолевої (ТДОХ), глікохолевої (ГХ) і глікодезоксихолевої (ГДОХ) жовчних кислот у жовчі проведено за допомогою методу тонкошарової хроматографії за Лукьяненко І.А., 1991.

Загальний вміст жовчних кислот визначали за допомогою тест-набору Diameb (Україна, м.Івано-Франківськ)

Результати. За нашими даними у жовчі (порція В) у дітей I, II та III груп реєструвався підвищений вміст ХС у порівнянні з дітьми із IV групи: у I групі – в 7,42 рази, у II групі - 4,9 рази, у III групі - 4,7 рази. Вміст ГА коливався від 0,69 до 0,72 ммоль/л у дітей всіх груп. Підвищення рівнів ХС та ГА були вищими у дітей I групи.

У жовчі (порція С) спостерігалось зниження рівня білірубину у всіх групах: у I групі – у 1,7 рази ($p < 0,01$), у II – у 2,5 рази ($p < 0,001$), у III групі – 2,8 рази ($p < 0,001$) порівняно з IV

групою дітей. Також в II та III групах достовірно підвищувався рівень білку у 1,6 ($p < 0,01$) та 1,4 рази ($p < 0,01$) у порівнянні з IV групою.

Рівень ХК достовірно знижувався у жовчі (порція С) у II та III групі у 2,2 рази ($p < 0,01$) та 2 рази ($p < 0,01$) відповідно у порівнянні з IV групою. Виявлені порушення жовчоутворення то жовчовиведення залежить від метаболічних змін в організмі, що узгоджується з сучасними літературними даними.

У дітей I групи виявлено зниження вмісту фракцій жовчних кислот (порція В), а саме ТХ у 4,9 разів ($p < 0,01$), ТДОХ у 6 разів ($p < 0,01$), ГХ та ГДОХ у 4,4 рази ($p < 0,05$) порівняно з дітьми IV групи.

Підвищення рівню ХС у жовчі з одночасним зниженням вмісту жовчних кислот ТХ, ТДОХ, ГХ та ГДОХ у жовчі, яке ми виявили при дослідженні, може призводити до підвищення випадання ХС в осад та подальшої його кристалізації.

Висновки: Виявлено, що при розвитку у дітей неалкогольної хвороби печінки відмічаються зміни у біохімічному складі жовчі, як в порції В так і в порції С. Дисбаланс вмісту ХС, ГАГ та фракцій жовчних кислот, може призводити до підвищення випадання ХС в осад та подальшої його кристалізації. Було виявлено збільшення вмісту холевої кислоти порція В ($p < 0,05$) та її зниження в порції С ($p < 0,01$). У I групі в порції В знижувався вміст ТХ, ТДОХ, ГХ та ГДОХ жовчних кислот ($p < 0,01$). Також в порції С відмічалось зниження вмісту білірубину у всіх групах ($p < 0,001$) та підвищення рівня загального білку ($p < 0,01$). Данні зміни можуть свідчити про порушення жовчоутворення та жовчовиведення у дітей з неалкогольною жировою хворобою печінки.

АНАЛІЗ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ СЕРЕД УКРАЇНСЬКИХ ПІДЛІТКІВ

Даниленко Г.М., Авдієвська О.Г., Мету Чуквуномнсо

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України»

Харківський Національний університет імені В.Н. Каразіна

Згідно WHO's Global Status Report on Alcohol and Health 2011 року у різних країнах світу споживання алкоголю і проблеми, з цим пов'язані, значно варіюються. Споживання в світовому масштабі в 2005 році становило 6 л чистого алкоголю на одну людину у віці 15 років і старше. Значну частину з цього споживання - 29% (в середньому 2 л на одну людину) - склали алкогольні напої домашнього приготування, або вироблені нелегально або продані без належного контролю з боку держави. Найбільш високі показники споживання, смертності, пов'язаної з вживанням алкоголю, і найбільш ризиковані моделі підліткової поведінки спостерігаються в країнах Східної Європи. Одна з п'яти смертей, викликаних шкідливим вживанням алкоголю, доводиться на країни Співдружності Незалежних Держав (СНД). Процентне співвідношення людей, що вживають алкоголь до досягнення стану інтоксикації, нижче в західноєвропейських країнах і вище в країнах СНД. За межами країн СНД ризиковані моделі вживання, а також показники захворюваності і смертності, пов'язаної з алкоголем, також досить високі в Мексиці і більшості країн Південної Америки. Відсоток осіб, що утримуються від вживання алкоголю відносно невеликий в країнах з високим рівнем доходів і споживання (наприклад, Європа, Північна Америка), і більш високий в країнах Північної Африки та Південної Азії з переважанням мусульманської популяції, в цих регіонах також більш високий показник абстиненції серед жінок (WHO, 2011). Ставлення до алкоголю і вживання спиртного підлітками широко варіює в світовому масштабі і залежить від сім'ї, однолітків, школи, релігійних переконань, а також національних і культурних

традицій (Nagata J. M., 2020, Dierckens M. 2020). У більшості культур вживання алкоголю є ритуалом переходу в доросле життя. У цих культурах, випивка лише один з аспектів ризикованої поведінки підлітків (наприклад, куріння тютюну, ризикований секс, вживання заборонених наркотиків), який асоціюється з непокорою і непокори правилам (Cosma A., Stevens G.2020).

В останні десятиліття у всьому світі відзначено значне зростання споживання алкоголю, пов'язаний з: індустріалізацією світу, що розвивається, глобалізацією, зростанням добробуту, підвищенням доступності заздалегідь приготовлених спиртовмісних, напоїв та алкогольних коктейлів, низька відносна ціна алкогольних напоїв, зростання маркетингу і реклами спиртного

Алкоголь швидко всмоктується і розповсюджується по тілу. Алкоголь є депресантом центральної нервової системи, що викликає розгальмування, порушення пам'яті і процесу прийняття рішень, а також координації рухів. При подальшому підвищенні дози може призводити до ступору, коми та смерті від пригнічення дихання. До іншим біологічних ефектів алкоголю відносяться: нудота, блювота (з ризиком аспірації блювотних мас, що приводить до асфіксії), похмілля, епізодичні втрати пам'яті (провали в пам'яті) і захворювання, такі як гострий гастрит. Вплив різного рівня концентрації алкоголю в крові представлено в табл. 1 (Monitoring the Future, ESPAD).

Таблиця 1.

Алкогольна інтоксикація: симптоми, які спостерігаються при різних рівнях концентрації алкоголю в крові (BAC - blood alcohol concentrations)

Діапазон BAC * (Г / 100 мл крові) і кількість випитого спиртного в середніх стандартних дозах **)	Спостережувані ефекти
0,01 - 0,05 [1 - 3]	Зовні нормальна поведінка, суб'єктивне відчуття розслаблення, балакучість, велика впевненість в собі.
0,05 - 0,08 [3 - 5]	Ейфорія: підвищена самовпевненість, балакучість, розгальмування, втрата концентрації, порушення психомоторної координації.
0,09 - 0,15 [5 - 9]	Порушення: Змазана мова, нестійка рівновага, емоційна лабільність, втрата розсудливості
0,16 - 0,25 [9 - 16]	Сплутаність: дезорієнтація, сплутаність свідомості, нудота, блювота, порушення пам'яті, мозжечкова хода, апатія, порушення координації, втрата контролю над сечовим міхуром.
вище 0.25 [> 16]	Ступор, кома: несвідомий стан, пригнічений дихання, блювотний і кашльовий рефлекс ослаблені і можливо відсутні, дихання сповільнюється, стає нерегулярним і може повністю зупинитися (смерть може наступити при BAC вище 0,45

Мета дослідження. Визначення вікових і статевих особливостей впливу сім'ї на формування шкідливих звичок серед підлітків у великому промисловому місті.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні брали участь 313 учнів старших класів сільської місцевості (156 юнаків і 150 дівчат) та 192 учня з великого міста (81 юнак і 106 дівчат). Інструментом збору даних був опитувальник, авторське свідоцтво №92695 «Методика оцінки впливу близького соціального оточення на суб'єктивне сприйняття

власного здоров'я підлітками». Методи - соціологічні (опитувальник), медико-статистичні, аналітичні, непараметричні методи математичної статистики.

Результати. За даними опитування, лише 14% опитаних дітей спілкуються з батьками щодо шкоди для здоров'я від паління, алкоголю та наркотиків. У той самий час 33% татусів та 15% матерів, за свідченням підлітків, регулярно вживають алкогольні напої. Щодо вільного вибору напоїв самими підлітками, то пиво ніколи не вживали 72% підлітків (94,3% дівчат), щоденно вживають пиво 17,4% опитаних хлопців. Ром-колу та бренд-колу ніколи не куштували 84,6% підлітків (93% дівчат), 13% хлопчиків п'ють ці напої щоденно. Швидкої популярності серед молоді набувають енергетичні напої, так 9,1% хлопців та 5,9% дівчат вживають ці напої щотижня, а 4,5% хлопців щоденно. Щодо міцних алкогольних напоїв, лише 39% хлопців та 76,5% дівчат зазначили, що ніколи не вживали горілку (43,5% юнаків та 20% дівчат лише одного разу, 1,7% дітей п'ють горілку один раз на тиждень). На питання опитувальника щодо причин вживання алкогольних напоїв 7,4% дівчат – погані стосунки з батьками, 14,3% хлопців та 12,6% дівчат - «просто так», 12,7% хлопців та 15,8% дівчат-для самовпевненості та відчуття дорослості, 3,3% дітей - заохочують дорослі, 20% хлопців та 27,4% дівчат – «за компанію», 16% дітей відмітили, що алкогольні напої смачні.

Висновок. Кількість дітей, які вживають алкоголь, наркотики та тютюнові вироби, з кожним роком зростає та молодшає. Важливу роль у цьому відіграють батьки, які власним прикладом заохочують дітей до вживання алкогольних напоїв, та соціальне оточення підлітків – друзі та однокласники.

ПОШИРЕНІСТЬ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ Д СЕРЕД ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Дружиніна А.Є.

**Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
Національної академії медичних наук України»**

Актуальність. В останні кілька років відзначається зростаючий інтерес до вмісту вітаміну Д, недостатність якого в організмі людини супроводжує чимало патологічних станів. Незважаючи на те, що дефіцит вітаміну Д і його вплив на здоров'я дітей і підлітків вивчався протягом тривалого часу, і відома його роль у фізичному розвитку дитини, інформація про роль віт. Д у формуванні менструальної функції в пубертатному періоді мізерна і неоднозначна. Жиророзчинний віт. Д натепер вважається ще і стероїдним гормоном, а його рецептори (на відміну від інших вітамінів) локалізуються в ядрах різних тканин і органів, у тому числі і в репродуктивних органах. Визначення його вмісту при різних порушеннях менструальної функції допоможе вдосконалити підходи до терапевтичних втручань при цих захворюваннях.

Ціль дослідження. Вивчення вмісту вітаміну Д у крові дівчаток-підлітків з порушеннями менструальної функції та різною масою тіла.

Матеріали і методи. Під наглядом перебувало 126 дівчаток 11-18 років з порушеннями менструальної функції. У 67 розлади були за типом олігоменореї (ОМ) і у 59 по типу аномальних маткових кровотеч (АМК). Визначалися антропометричні параметри (зріст, вага та індекс маси тіла (ІМТ, кг/м²)), вимірювався рівень 25-ОН вітаміну Д у крові за допомогою імуноферментного методу (набори фірми Monobind, USA).

Результати дослідження. Серед пацієток з ОМ 23% становили підлітки з дефіцитом маси тіла, 53,7% з фізіологічними масо-ростовими параметрами і 22,3% - з надмірною масою тіла. При АМК основну масу хворих склали підлітки з нормативними показниками ІМТ

(74,1%, $p < 0,01$). Дівчатка з АМК та дефіцитом і надмірною масою тіла реєструвалися значно рідше (15,3% і 13,6% відповідно, $p_{1,2} < 0,01$).

У абсолютної більшості хворих відзначалося зниження вмісту віт. Д в сироватці крові. Слід зазначити, що рівень віт. Д залежав від ІМТ, на якому сформувалося порушення менструальної функції. У пацієток з ОМ з однаковою частотою зниження вмісту віт. Д реєструвалося як при дефіциті маси тіла (у 87,5%), так і при її надлишку (у 86,7%). Рідше недостатність віт. Д відзначалася при нормативних значеннях ІМТ (77,8%, $p_{1,2} < 0,01$).

При АМК найбільшу питому вагу дівчаток з низьким вмістом віт. Д виявлявся при дефіциті маси тіла ($p_{1,2} < 0,001$). При порівнянні рівня віт. Д в залежності від типу порушень з'ясувалося, що при АМК на тлі дефіциту маси тіла і її фізіологічних параметрах недостатній вміст віт. Д зазначався достовірно частіше, ніж у підлітків з ОМ ($p_1 < 0,01$; $p_2 < 0,001$).

В літературі є свідчення, що дефіцит віт. Д часто асоціюється з раннім менархе. При АМК знижені цифри віт. Д з однаковою частотою реєструвалися як при ранньому менархе, так і при фізіологічних його параметрах (100% і 88% відповідно). При ОМ недостатність віт. Д значно частіше відмічалася у пацієток з раннім менархе (100% проти 80,6%; $p < 0,01$).

Таким чином, наше дослідження встановило наявність дефіциту віт. Д у абсолютної більшості пацієток з порушеннями менструальної функції, як з олігоменореєю, так і АМК, причому недостатність вмісту віт. Д залежала від ІМТ, на якому сформувалися розлади менструального циклу.

Висновки.

Розлади менструального циклу в дівчаток-підлітків супроводжуються низьким рівнем віт. Д в крові. Найбільш низькі показники вмісту віт. Д відзначено у хворих з порушеннями менструальної функції, що сформувалася на тлі дефіциту маси тіла. Це націлює на вивчення ролі віт. Д в патогенезі порушень менструальної функції, так як уявлення про механізми формування хвороби змінюються в міру накопичення знань.

Ураховуючи провідну роль віт. Д у процесах росту й розвитку дітей, своєчасне виявлення та корекція його дефіциту в дівчаток з розладами менструального циклу покращить лікування та відновлення їх репродуктивного потенціалу.

ПРОБЛЕМИ ОЖИРІННЯ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Дудник В.М., Андрікевич І.І., Мантак Г.І., Звенігородська Г.Ю.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра педіатрії №2

Надмірна маса тіла та ожиріння у дітей – це реальна проблема сьогодення та майбутнього, що пов'язано з ризиком розвитку кардіоваскулярних, респіраторних, психічних розладів, інвалідизації та передчасної смерті в молодому віці. За даними ВООЗ, надмірну масу тіла (НМТ) мають до 30 % жителів планети, тобто близько 1,7 млрд. чоловік, а до 2025 року передбачається двократне збільшення кількості осіб з ожирінням. Згідно доповіді комітету з ожиріння ВООЗ, «НМТ і ожиріння на сьогоднішній день настільки поширені, що впливають на здоров'я населення більше, ніж традиційні проблеми охорони здоров'я, зокрема, голодування і інфекційні захворювання». У структурі поширеності хвороб ендокринної системи у дітей ожиріння займає друге місце в Україні. На сьогоднішній день існує проблема несвоєчасної або незадовільної верифікації діагнозів надмірної маси тіла та ожиріння серед дитячого населення в Україні. Свідченням неефективного діагностичного процесу є низька частота реєстрації ожиріння у дітей, що становить в середньому в Україні

13,6 на 1000 дитячого населення (1,36%), а це значно нижче, ніж у більшості країн Європи, де частота ожиріння серед дітей коливається в межах 10 – 15%.

Запорукою здоров'я та довголіття людини є правильне харчування. Харчова поведінка та її зміни є проблемою сучасної медичної науки. Порушення харчової поведінки – це комплекси симптомів, що виникають внаслідок тривалого впливу поведінкових, емоційних, психологічних і соціальних факторів. Велика кількість науковців акцентують увагу на психологічному факторі, як одному з важливих причин ожиріння або навпаки, зміні психологічного стану дитини з цією патологією. Іноді саме психологічні розлади у дитинстві, а не збільшений апетит, є визначальними в розвитку ожиріння.

Метою роботи було визначення особливостей типу харчової поведінки у дітей із надмірною масою тіла та ожирінням.

Дослідження проводилось на базі Вінницької дитячої клінічної лікарні. Було обстежено 30 дітей віком від 10 до 18 років (15 хлопчиків та 15 дівчаток), у яких діагностували надмірну масу тіла (НМТ) або ожиріння. Фізичний розвиток відмічався як НМТ, коли показники індексу маси тіла (ІМТ), які знаходилися в коридорі між 85-97 центильним інтервалом відповідно стандартам фізичного розвитку, нині діючими на Україні. Фізичний розвиток відмічався як ожиріння, коли ІМТ знаходився вище 97 центильного інтервалу. Для порівняння обстежено 20 дітей з гармонійним фізичним розвитком віком від 10 до 18 років. Фізичний розвиток в контрольній групі відмічався як гармонійний і відповідав за всіма антропометричними показниками віковим стандартам фізичного розвитку, нині діючими на Україні та в порівнянні зі стандартами, які рекомендовані ВООЗ для європейського регіону. Методи дослідження: загальноклінічні, біохімічні, антропометричні, анкетно-опитувальні, статистичні. Проводили опитування дітей та їх батьків для з'ясування режиму харчування дітей та оцінювали тип порушень харчової поведінки дитини за опитувальниками, адаптованими до дитячого віку.

У обстежених дітей із НМТ та ожирінням виділено такі види порушеної харчової поведінки, як екстернальна та емоціогенна. Екстернальна харчова поведінка пов'язана із підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів споживання їжі: діти з такою поведінкою їдять у відповідь на зовнішні стимули: вітрина продуктового магазину, гарно накритий стіл, реклама харчових продуктів та інші. Емоціогенна харчова поведінка характеризується тим, що стимулом до приймання їжі є не голод, а емоційний дискомфорт. Продукти харчування для дітей із емоціогенною харчовою поведінкою є своєрідними ліками, тому що приносять їм не тільки насичення, але й задоволення, заспокоєння, підвищують настрій. Описано також обмежувальну харчову поведінку, яка полягає у харчовому самообмеженні, дотриманні строгої дієти. Зазвичай на зміну строгій дієті приходять періоди вираженого переїдання.

Результати за опитувальником для виявлення типу порушення харчової поведінки у дітей розподілилися наступним чином: екстернальна харчова поведінка відмічалася у ((49,54±5,3)%) дітей з НМТ та ожирінням, у ((38,7±3,2)%) дітей простежувалася тенденція до переважання емоціогенної харчової поведінки.

Незважаючи на те, що порушення харчової поведінки висвітлюються у зв'язку з проблемою вивчення харчових стереотипів у дітей з надмірною вагою, деякі із них діагностувались і у здорових дітей з нормальною масою тіла. Так, екстернальна харчова поведінка відмічалась у 3 обстежених (15%) із контрольної групи. Тоді як, емоціогенний тип харчової поведінки відмічено у 5 дітей (25%).

Відмічено, що при надмірній масі тіла і ожирінні у дітей мають місце зміни харчової поведінки у вигляді екстернального ((49,54±5,3)%) і емоціогенного ((38,7±3,2)%) типів. Проведення профілактичних заходів у вигляді психокорекції рекомендовано запропонувати

дітям, що мають шкідливі харчові звички, а також відрізняються дисгармонійним фізичним розвитком, обумовленим НМТ. Істотну роль в лікуванні ожиріння грають усвідомлене бажання і воля дитини подолати недугу, можливість керувати своїм психічним станом за підтримки родини, що досягається застосуванням психологічних методик в комплексній терапії ожиріння у дітей.

ЗАЛЕЖНІСТЬ РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ ВІД РІВНЯ ТЕСТОСТЕРОНУ

Іванціва Ю.Ф., Баденко Т.Ю., Пацера М.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Висока смертність від гострих серцево-судинних подій у дорослих залежить від розвитку первинної артеріальної гіпертензії ще в молодому віці. Встановлено, що поширення первинної артеріальної гіпертензії починається в дитячому і підлітковому періодах. Так, згідно даним популяційних досліджень, в різних країнах первинна артеріальна гіпертензія варіює від 5 до 18%. З віком кількість хворих збільшується і становить 25-27%. Підвищений артеріальний тиск слід розглядати як важливий предиктор-коректор в молодому віці в патогенезі розвитку серцево-судинних захворювань. Цей факт підкреслює необхідність подальшого пошуку діагностичних чинників у механізмі розвитку захворювання.

Метою роботи було дослідити рівень тестостерону у підлітків 16-17 років з первинною артеріальною гіпертензією для визначення їх діагностичного та прогностичного значень у розвитку первинної артеріальної гіпертензії.

В дослідженні приймали участь 89 підлітків 16-17 років. З них здоровими були 30 осіб контрольної групи: 20 дівчат і 10 хлопців, а також 59 підлітків із первинною артеріальною гіпертензією: 29 хлопців і 30 дівчат. Нормальними показниками тестостерону у хлопців вважали 0,98 – 38,5 нмоль/л, у дівчат 0,29 – 1,67 нмоль/л. Для визначення рівня тестостерону у сироватці крові використовували набір Testosterone Test System Monobind Inc., USA. Статистичну значущість впливу тестостерону на розвиток первинної артеріальної гіпертензії перевіряли за допомогою t-критерію Стьюдента, ризиків та відношення шансів, довірчого інтервалу (95% ДІ).

Результати дослідження показали, що статистично значущих відмінностей досліджених показників за t-критерієм Стьюдента у хлопців та дівчат не відзначалося ($P > 0,05$). Ризик розвитку первинної артеріальної гіпертензії у хлопців з низьким рівнем тестостерону становив 1,5. Шанси розвитку первинної артеріальної гіпертензії у хлопців при низькому рівні тестостерону в 2,9 разів вище. 95% ДІ для хлопців щодо тестостерону 0,31 – 26,75 нмоль/л. У дівчат рівень тестостерону був занадто низьким, тому статистично значущих відмінностей серед осіб контрольної групи та хворих на первинну артеріальну гіпертензію не відмічали.

Таким чином, на підставі порівняння результатів лабораторних досліджень у здорових підлітків 16-17 років контрольної групи та підлітків з первинною артеріальною гіпертензією статистично значущий взаємозв'язок рівня тестостерону у хлопців був відсутній. Слід зазначити, що тестостерон у досліджуваних підлітків обох статей не є вирішальним для визначення прогнозу розвитку первинної артеріальної гіпертензії.

КОМОРБІДНІСТЬ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ЯК МОЖЛИВА ПРИЧИНА ПОЛІПРАГМАЗІЇ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Казарян Л.В.

**Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра педіатричної гастроентерології і нутриціології**

Функціональні порушення травлення у дітей є дуже розповсюдженою педіатричною проблемою, - згідно зі статистикою, близько половини дітей різних вікових категорій мають хоча б один з симптомів функціональних порушень шлунково-кишкового тракту. Проблема функціональний захворювань ускладнюється так само тим фактом, що вони зачіпають всі верстви суспільства незалежно від віку, соціально-економічного статусу, статі або расової приналежності.

Якщо звернутися до визначення поняття функціональних гастроінтестинальних розладів (ФГР), можна відзначити, що воно багато разів змінювалося, в залежності від погляду на природу захворювання, рівня наукових знань і доказової бази. Зараз, згідно з сучасними даними, які були узагальнені в Римському консенсусі IV перегляду, функціональні гастроінтестинальні розлади визначені як розлади взаємодії «кишка – головний мозок» (або «ШКТ – ЦНС») (disorders of gut-brain). Механізми формування функціональних порушень різноманітні, в основі ФГР зазвичай лежать комбіновані морфологічні і фізіологічні відхилення, пов'язані з вісцеральною гіперчутливістю, порушеннями моторики шлунково-кишкового тракту, захисного слизового бар'єру, імунної функції і складу мікробіоти, а також, в першу чергу, розладами ЦНС. У структурі ФГР у дітей та підлітків переважає синдром роздратованого кишечника – 45%, абдомінальний біль або кишкові колькі – 25%-40%, функціональна диспепсія – 27% і функціональний запор – 25%. (Бельмер С.В., Хавкін А.И., Разумовський А.Ю., Файзуліна Р.А., Печкуров Д.В., 2016р.; Кручина М.К., 2012р.)

Варто відзначити, що яскравою особливістю перебігу функціональних розладів ШКТ є наявність коморбідності, тобто поєднання захворювань одного або декількох органів із загальними механізмами патогенезу (доведеними або передбачуваними) у одного пацієнта, що зазвичай обумовлює труднощі у лікарів і, як наслідок, пояснює відсутність чіткого алгоритму дій і невизначеність клінічного підходу що до діагностики та лікування ФГР. Таким чином, лікарям доводиться одночасно спостерігати досить великий спектр симптомів як з боку шлунково-кишкового тракту (відрижки, малюкові колькі, запори, а нерідко – поєднання декількох симптомів), так і з боку інших органів і систем – емоційна лабільність, пітливість, головний біль, біль в області серця, запаморочення. Тому необхідно визначати, чи обумовлені симптоми, що спостерігаються, органічною патологією, чи є вони є суто функціональними, бо це є важливим з точки зору подальшої терапевтичної тактики. Зважаючи на це, значущим етапом діагностики є узагальнення клініко-анамнестичних даних, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження, також не варто нехтувати консультаціями суміжних фахівців тоді, коли мова йде про наявність коморбідної патології. Такий налагоджений порядок дій допоможе скоротити час і кошти на обстеження пацієнта, уникнути неконструктивних призначень і можливої подальшої поліпрагмазії.

ПОШИРЕНІСТЬ І ХАРАКТЕР ГОСТРИХ ОТРУЕНЬ У ДІТЕЙ В М.ХАРЬКОВІ ЗА ОСТАННІ 5 РОКІВ

Колісник А.М.¹, Стародуб А.С.²

¹КНПХ ХОР «ОДКЛ №1», Харків, Україна

²КНП «МДКЛ №4»ХМР, Харків, Україна

Актуальність теми: Діагностика отруєння і визначення конкретного його виду нерідко скрутні через бідність анамнестичних даних, тому в разі раптового погіршення стану дитини завжди слід підозрювати можливість отруєння. Отруєння є постійною проблемою клінічної медицини. Серед нещасних випадків у дітей гострі отруєння займають третє місце, після травм і опіків. Випадкові отруєння найчастіше зустрічаються у дітей до 5 років, свідомі отруєння - у підлітків. Найбільше число летальних випадків відзначається в першу добу.

Мета дослідження: Аналіз частоти і структури гострих отруєнь у дітей та впливу різних причин, в тому числі соціальних, на характер отруєнь.

Матеріали і методи: Ретроспективний аналіз 1886 карт стаціонарного хворого пацієнтів, які перебували на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії КЗОЗ ОДКЛ №1 м. Харків за період 2016 - 2020 рр. Всі діти надійшли з діагнозом гостре отруєння..

Результати: Гострі отруєння у дітей за період 2016 - 2020 рр. частіше зустрічалися у хлопчиків, ніж у дівчаток. Діти з токсикологічними ураженнями (50-60%), з позитивним трендом в останні роки, що свідчить про зниження соціальної відповідальності, про недостатню увагу дітям з боку батьків (у віці 1-3 роки) та педагогічно-соціальних організацій. У старшій віковій категорії, в якій, поряд з традиційним отруєнням сурогатами алкоголю, зростає число підлітків, які вживають психоактивні речовини (вік дітей від 10 до 16 років). На 2-му місці – «отруєння іншими неуточненими лікарськими засобами, медикаментами та біологічними речовинами» (вік 5 -10 років). На 3-му - токсична дія інших отруйних речовин, що містяться в їстівних грибах (вік 7 -15 років) і отруєння іншими засобами місцевого застосування. Більшість отруєнь носила випадковий характер. Решта захворювання зустрічалися в одиничних випадках. Доставлені бригадами «швидкої медичної допомоги» 896 пацієнтів, звернулися до приймального покою без направлення – 634, спрямовані іншою організацією охорони здоров'я – 356. Більшість госпіталізованих перебували у важкому стані - 533 дитини, середнього ступеня тяжкості - 895, ближче до задовільного – 458. Діагноз був виставлений в першу добу.

Висновки. Частота надходження до стаціонару дітей з гострими отруєннями за період з 2016 по 2020 роки знаходиться приблизно на одному рівні з тенденцією до збільшення. Не виявлено вплив статі дітей на частоту і структуру гострих отруєнь. Відзначається вплив віку на структуру отруєнь (переважаючий діагноз «токсична дія алкоголю» - у підлітків). Вкрай важливо щоб медична допомога дитині при гострому отруєнні починалася як можна раніше, практично з того моменту, коли виявлено факт отруєння або тільки виникла підозра на нього.

ВИКОРИСТАННЯ КІЛЬКІСНОЇ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДЕНСИТОМЕТРІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ РІЗНОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ВІКУ

Котлова Ю.В., Цимбал А.Ю.

**Запорізький державний медичний університет
Кафедра дитячих хвороб**

Вступ. Серед захворювань, пов'язаних з недоношеністю (бронхолегенева дисплазія, затримка росту, ретинопатія), все більший інтерес приділяється метаболічним захворюванням кісток (МЗК) у передчасно народжених дітей, або остеопенії недоношених. Повідомляється, що МЗК виникає у 16-40% новонароджених з дуже низькою масою тіла і проявляється через 6-16 тижнів після народження і асоціюється зі множинними неспецифічними проявами дефіцитного стану від переломів, зниження лінійного росту, формування доліхоцефалії до пізнього респіраторного дистресу (ChachamS., 2020). Етіологія остеопенії недоношених багатofакторна та остаточно не визначена, пов'язують з гестаційним віком і малою масою тіла при народженні, з тривалим використанням парентерального харчування, а також вплив кортикостероїдів і кофеїну. Уніфікованих критеріїв діагностики та лікування МЗК немає. З кожним роком у світі все більше приділяється уваги можливості використання ультразвукової діагностики метаболічних захворювань кісток у передчасно народжених дітей.

Мета дослідження: визначити стан мінеральної щільності кісткової тканини у недоношених та доношених новонароджених з використанням кількісної ультразвукової денситометрії.

Матеріали та методи дослідження: Дослідження проводили у 90 новонароджених мешканців Запорізької області, в осінньо-зимовий період, наприкінці 1 тижня життя: серед них 32 дитини народжені в гестаційному віці від 29-33 тижні, 38 пізніх передчасно народжених малюків (гестаційний вік 34 -36 тижнів та 20 доношених дітей (гестаційний вік – 37-40 тижнів).

За допомогою ультразвукового денситометра «Sunlight Omnisense 9000», згідно методики за інструкцією апарату, в точці рівновіддаленій від кінців великогомілкової кістки новонароджених визначили абсолютну швидкість розповсюдження ультразвуку (SOS, м/с), яка характеризує мінеральну щільність кісткової тканини. Для визначення середнього значення показника апарат виконує 4 -5 спроб вимірів, середня тривалість дослідження 7 хвилин.

При обстеженні новонароджених ретельно виконували умови безпечності – підтримки теплового ланцюжка (підігрів ліжка, відбите променеве джерело світла). Проводили термометрію новонародженим (під пахвою) наприкінці досліджень. Оцінювання больового синдрому у новонароджених під час досліджень проводили за допомогою шкали DAN (Douleur Aigue Nouveau-ne scale), за якою наявність болю реєструється при отриманні дитиною 3 та більше балів.

Статистичне оброблення одержаних результатів проведене Statistica 10.0 (StatSoftInc., № JPZ804I382130ARCN10-J), представлені описовим методом (медіана (Me), межі квартильних відрізків [25% -75%]); порівнянням кількісних ознак в незв'язаних вибірках критерієм Манна-Уїтні (U-Test)), достовірність вважали наявною при $p < 0,05$.

Результат та обговорення. Мінеральна щільність кісткової тканини у недоношених дітей гестаційного віку від 29 до 33 тижнів гестації (включно) складала 2750 [2697; 2859] м/с, у немовлят, народжених у 34-36 тижнів, – 2902 [2831; 2994] м/с, у доношених дітей віком від 37 – 40 тижнів гестаційного віку – 3497 [2841; 4217] м/с. Маємо пряму залежність між

гестаційним віком дітей та мінеральною щільністю кісткової тканини. Порівняння показників SOSy дітей з гестаційним віком від 29 - 33 тижнів, 34 - 36 тижнів і доношених дітей має значиму статистичну відмінність ($p < 0,05$) між всіма показниками.

При проведенні денситометрії новонародженим температура тіла наприкінці дослідження у дітей з гестаційним віком при народженні від 29 до 33 тижнів гестації складала $37,0 [36,8; 37,3]^{\circ}\text{C}$, у немовлят, народжених у 34-36 тижнів, $-37,0 [36,9; 37,2]^{\circ}\text{C}$, у доношених дітей – $37,1 [36,9; 37,3]^{\circ}\text{C}$ ($p < 0,05$), що свідчить про витримування умов збереження теплового ланцюжка під час досліджень для новонароджених всіх термінів народження. Важливою ознакою безпечності дослідження дітей, особливо передчасно народжених, є безболісність маніпуляції. В зазначених групах дітей дослідження проводили під час сну малюків у більшості з них –87%, 92% та 70% відповідно, у інших при збереженому спокійному виразі обличчя (0 балів), відсутності плачу (0 балів), збережених рухах кінцівок та періоді спокою (0-1 бали).

Висновки: Дослідження щільності кісткової тканини у новонароджених з використанням кількісної ультразвукової денситометрії безпечно, безболісне та доступне дослідження. Дослідження щільності кісткової тканини з використанням кількісного ультразвуку показали значиму відмінність в залежності від гестаційного віку новонароджених, демонструючи загально-біологічні закономірності формування кісткової системи у плода. Не існує загальноприйнятої класифікації або клінічних робочих посібників для оцінки здоров'я кісток у дітей та прогнозування ризику ускладнень на основі вимірів їх щільності у передчасно народжених дітей. Отже, проблема формування кісткової маси у новонароджених різних термінів народження та розвиток остеопенії у недоношених дітей потребує подальшого вивчення та більш пильної уваги неонатологів та педіатрів.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ РЕВМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Лебець І.С.^{1,2}, Толмачова С.Р.^{1,2}, Ніконова В.В.¹, Кобзар Д.С.²

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

² Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Гармонійний фізичний розвиток (ФР) упродовж усього дитинства - запорука росту здорових дітей. Визначення ФР є одним із провідних критеріїв оцінки стану здоров'я дітей, який визначається сукупністю морфологічних і функціональних властивостей організму, що характеризує процес його росту і розвитку.

Через тривалість процесів росту і розвитку організм дитини вразливий щодо впливу змін у довкіллі: екологічних, соціально-побутових, економічних, економічних, географічних тощо. Разом з тим, серед етіопатогенетичних факторів, які впливають на процеси розвитку дитини, значна роль належить стану його здоров'я, наявності соматичної патології. Серед хронічних соматичних захворювань особливе місце займають ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) та системний червоний вовчак (СЧВ), які відносяться до важкої інвалідизуючої патології. Саме тому актуальним є моніторинг антропометричних показників і фізичного розвитку з використанням стандартів, відповідних віку та статі, особливо в дітей з хронічними соматичними захворюваннями. Це найважливіший елемент ведення дітей і підлітків з різною патологією бо дозволяє керувати лікувальним процесом та своєчасно раціонально його удосконалювати.

Мета даного дослідження - визначити вплив хронічних ревматичних захворювань на формування порушень фізичного розвитку в дітей шкільного віку.

У відділенні кардіоревматології інституту проведено комплексне обстеження 61 пацієнта із ЮІА (38 дівчат і 23 хлопця) та 51 - СЧВ (45 дівчат і 6 хлопців) віком 10-17 років. Діагностику захворювань проводили відповідно до Протоколів надання медичної допомоги дітям із ревматичними хворобами.

У всіх підлітків оцінювали фізичний розвиток шляхом порівняння основних антропометричних показників (росту і маси тіла) з віковими нормативами відповідно до Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія».

Статистична обробка результатів проводилась з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel та SPSS 17.0.

Комплекс досліджень було проведено із урахуванням основних положень і відповідно до етичних та морально-правових вимог Статуту Української асоціації з біоетики та норм GCP (1992 р.), GLP (2002 р.), принципів Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицини, ухвалений Комітетом з медичної етики при Державній установі «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України».

Встановлено, що діти із ЮІА мали різну тривалість захворювання від 3 до 5 років. Відмінностей за частотою між варіантами захворювання (полі - і оліго артикулярними) не виявлено. Серед дітей з ЮІА переважали дівчата ($p < 0,05$). Оцінка зросту дітей із цим інвалідизуючим захворюванням показала, що 67,3% осіб мали нормальні показники, в 24,6% пацієнтів спостерігалось перевищення показників зросту, частіше в дівчат ($p < 0,05$). Більш низькі показники теж виявлялися переважно в дівчат ($p < 0,05$). Порівняно з віковими нормами, нормальну масу мали 55,7 % хворих, дефіцит маси встановлено в 11,4 % пацієнтів, надлишок - у 13,1 %, ожиріння - у 19,7 % осіб. Із урахуванням зросту, показників маси тіла та індексу маси тіла гармонійний фізичний розвиток реєструвався в 50,8 % хворих з ЮІА. Серед дівчат цей показник склав 55,3 %, хлопців - 43,5 %. Статевої статистичної різниці не виявлено.

На етапах статевого дозрівання найчастіше відхилення в показниках росту та маси тіла спостерігалися в ранньому пубертаті (100,0 %), дещо більш рідко - у власне пубертаті та препубертаті (відповідно: 78,6% і 75,5%) і найменш часто - у пізньому пубертаті (42,9%). Серед хворих на СЧВ теж переважали дівчата ($p < 0,001$). Тривалість патологічного процесу при даній патології коливалась в межах від декількох місяців до 9 - 10 років. Більша частка дітей захворіла після 12 років життя (90,2%).

У більшості хворих на СЧВ гармонійний фізичний розвиток мав місце в 56,9%. Найчастіше виявлялося: надлишок маси тіла (33,3%), зниження показника зросту (17,6%) та дефіцит маси тіла (11,8%). Оцінка показників зросту показала, що у більшості хворих за ними не реєструвалося відхилень (72,5%). Найчастіше виявлялося зниження показника зросту (17,6%). Його підвищення встановлено в 9,8% осіб. За статтю статистичних відмінностей не знайдено. Із урахуванням індексу маси тіла більше, ніж у половини підлітків (54,9%) відхилень не визначено. У 1/3 осіб показник перевищував нормативи, в 10,0% - був суттєво нижчим як у дівчат, так і в хлопців. Загалом можна вважати, що гармонійний фізичний розвиток мав місце в 56,9%. За даними частоти розвитку СЧВ на окремих етапах пубертату, визначено, що найбільш уразливим були: власне пубертат (91,0%) та препубертат (87,5%), в меншій мірі - ранній пубертат (75,0%). Дебют СЧВ у пізньому пубертаті відбувався в 26,3% випадках, коли завершуються головні вікові гормональні процеси перебудови.

Доведено, що наявність хронічної соматичної патології негативно впливає на фізичний розвиток дітей шкільного віку що проявляється формуванням його дисгармонійності.

ТАКТИКА ЛІКАРЯ ПЕДІАТРА ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ДІТЕЙ ІЗ ПІДОЗРОЮ НА НЕЙРОЕКТОДЕРМАЛЬНІ ПУХЛИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Моргун В.В.¹, Кокоркін О. Д.¹, Ярцева М. О.²

Запорізький державний медичний університет

¹Кафедра дитячої хірургії та анестезіології

²Кафедра госпітальної педіатрії

Одними із найбільш злоякісних ембріональних пухлин головного мозку, є медулобластоми мозочку (МБМ), які зустрічаються переважно у дитячому віці, характеризуються високою частотою метастазування у лікворні шляхи і у 70-75% випадках супроводжуються формуванням оклюзійної гідроцефалії МБМ виникають у 0,5-9 випадках на 100 000 дитячого населення, складаючи при цьому до 20-30% усіх пухлин ЦНС дитячого віку. У 35-80% дітей із МБМ, яким була проведено променеве лікування і поліхіміотерапія, у подальшому формується неврологічний дефіцит, отоневрологічні, ендокринні та когнітивні порушення, які безпосередньо впливають на якість життя і соціальну адаптацію пацієнтів. Дані чисельних досліджень виявили, що віддалені результати лікування МБМ у дітей залежать від гістобіологічних та молекулярно-генетичних особливостей пухлини, віку дитини, наявності метастазів на момент виявлення МБМ, об'єму хірургічного лікування та подальшої ад'ювантної терапії тощо. Виходячи з цього, нами досліджено хворих дітей, які мали в анамнезі МБМ та розроблена тактика обстеження таких пацієнтів лікарем педіатричного профілю. Ретроспективно проаналізовано результати комбінованого лікування 17 дітей із МБМ. Критерієм включення до дослідження був вік пацієнтів від 0 до 18 років, гістологічна верифікація пухлини – МБМ (код за МКХ-10 С71.6), проведення хірургічного етапу та комбіноване лікування МБМ. Співвідношення дівчаток та хлопчиків було 1:1,8. Аналіз віддалених результатів комбінованого лікування МБМ у дітей різних вікових груп виявив, що на тривалість безрецидивного виживання, вираженість післяопераційної неврологічної симптоматики та якість і загальну тривалість життя хворих можуть впливати радикальність хірургічного лікування, наявність метастазів, гістологічний тип пухлини, об'єм подальшої ад'ювантної терапії та вік хворих. Однак ступінь впливу на показники виживання кожного із цих чинників у різних вікових групах суттєво відрізняється. Так, при лише хірургічному лікуванні МБВ в усіх вікових періодах не перевищувала 12-24 міс., при доповненні лише ПХТ або ПТ -24-36 міс, а при повному виконанні протоколів лікування МБМ у дітей МБВ у дітей старше 3 років склала 36 міс. У дітей перших 3-х років, враховуючи особливості локалізації, переважання «класичного» та великолітинного/анапластичного гістологічного варіантів пухлини, виявлено вищий ризик післяопераційних ускладнень та меншу ефективність та можливості у проведенні ад'ювантної терапії – МБВ у цій віковій групі не перевищує 18-24 міс. Початковий гарний функціональний стан сприяє більш високому ІК/ІЛ у віддаленому післяопераційному періоді та відповідно забезпечує збільшення тривалості безрецидивного періоду, загальної тривалості життя та підвищення якості життя хворих. Розроблена тактика ведення хворих із підозрою на МБМ та ведення дітей із верифікованим діагнозом. При наявності клінічних симптомів медулобластоми мозочку (МБМ) проводиться МРТ головного мозку з контрастним підсиленням, після підтвердження діагнозу – оперативне лікування (проведення

резекції максимально обґрунтованого об'єму МБМ). Доцільним є проведення МРТ головного та спинного мозку з контрастним підсиленням в перші 24-72 год. після операції та оцінка люмбального ліквору на наявність атипичних клітин на 10-14 добу після операції. Після хірургічного видалення пухлини, хворі розподіляються за групами ризику та розпочинають отримувати поліхіміотерапію та променеву терапію (за показаннями). Діти з групи стандартного ризику до 3 років і діти з групи високого ризику 4-18 років проходять контрольну МРТ головного та спинного мозку кожні 3 місяці впродовж 2-х років, а потім кожні 6 місяців впродовж 3-х років; потім 1 раз на рік; консультуються дитячим неврологом кожні 3 місяці впродовж 1-го року, потім кожні 6 місяців впродовж 5 років; консультуються отоневрологом з проведенням аудіограми кожні 6 місяців впродовж 5-ти років, консультація ендокринолога 1-2 рази на рік з аналізом вмісту гормонів. Діти з групи високого ризику 0-3 років проходять оцінку неврологічного статусу перед кожним циклом ПХТ. Після кожного циклу ПХТ: МРТ головного та спинного мозку. Показане вивчення цитології ліквору.

Таким чином, діти що перенесли комбіноване лікування МБМ потребують подальшого спостереження лікарями вузьких спеціальностей (дитячого невролога, ендокринолога, отоневролога, нейропсихолога) з метою ранньої діагностики та корекції порушень.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ І МАРКЕРІВ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ ВИСОКОДИНАМІЧНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ

Мужановський В.Ю.

**Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
Національної академії медичних наук України»
Відділення реабілітації дітей та підлітків**

В останні роки у всьому світі наголошується важлива мета підвищення фізичної активності для дітей і підлітків як ефективний засіб профілактики багатьох захворювань, у тому числі ожиріння та метаболічних розладів. Регулярні спортивні навантаження, які дитина отримує в спортивних секціях, впливають на її фізичний розвиток і підвищують функціональні резерви серцево-судинної системи. Проте надмірні навантаження в періоди інтенсивного зросту нерідко призводять до зниження адаптаційного потенціалу, що на перших етапах проявляється в зміні біохімічних показників, а на пізніх – у порушеннях гомеостазу й розвитку патологічного стану. Встановлення частоти й характеру змін таких біохімічних показників, що мають значення в метаболізмі та енергетичних процесах скелетних м'язів, як креатинін, лактат, сечовина, а також ферментів метаболічних процесів - креатинфосфокінази (КФК), лактатдегідрогенази (ЛДГ) у дітей на тлі спортивних тренувань можуть бути використані для побудови ранніх прогнозів щодо напруження та виснаження адаптаційних механізмів.

Мета: Визначити особливості фізичного розвитку, морфо-функціональних та біохімічних показників у дітей 13-15 років, що займаються високодинамічними видами спорту.

Матеріали та методи: Обстежено 32 дитини 13–15 років, що займаються високодинамічними видами спорту в ДЮСШ № 9 м. Харкова, в клініці ДУ “ІОЗДП НАМН” упродовж 2020-2021 років. Дослідження проводилося з дотриманням принципів Гельсінгської декларації. Хлопчики склали 78% з них, середній вік їх становив $14,0 \pm 0,78$ років. Дівчатка склали меншу групу (22%), і за віком вони істотно не відрізнялися від

хлопчиків ($13,5 \pm 0,76$ років). Проводилася антропометрія з оцінкою показників зросту (см), ваги (кг), індексу маси тіла (ІМТ), визначалися в крові рівні сечовини (ммоль/л), креатиніну (мкмоль/л), лактату (ммоль/л), активність ЛДГ (Од/л) і КФК (Од/л).

Серед хлопчиків 64% дітей займалися в секції плавання та 36% - футболу. Дівчатка характеризувалися різноманітними спортивними інтересами. Секцію футболу відвідували 30% з них, спортивними танцями займалися 25%, рідше - плаванням (15%), пілатесом (15%), легкою атлетикою (15%). Загалом дівчатка теж переважно вибирали високо-динамічні спортивні заняття (85%).

Зріст хлопчиків ($168,92 \pm 3,79$ см) був достовірно вищим, ніж у дівчат ($154,42 \pm 3,59$ см; $p_f < 0,05$). Показники маси тіла хлопчиків також переважали ($58,45 \pm 8,35$ кг порівняно з $51,61 \pm 4,85$ кг - у дівчаток, $p_f < 0,05$). Однак ІМТ у них був однаковий та складав $20,37 \pm 0,97$ кг/м² та $21,38 \pm 0,79$ кг/м² відповідно.

Встановлено, що в середньому рівні лактату крові ($5,12 \pm 0,66$ ммоль/л) та ЛДГ ($5,89 \pm 0,66$ Од/л) у хлопчиків достовірно перевищували показники в дівчаток ($4,25 \pm 1,51$ ммоль/л та $5,63 \pm 0,21$ Од/л, відповідно, $p_f < 0,05$). Показники сечовини крові були дещо вищими у дівчаток ($5,37 \pm 0,17$ ммоль/л проти $4,36 \pm 0,37$ ммоль/л). Рівень креатиніну залежно від статі спортсменів істотно не залежав і становив $88,39 \pm 3,90$ мкмоль/л у хлопчиків та $85,14 \pm 0,55$ мкмоль/л у дівчаток. Водночас у хлопців спостерігався істотно підвищений рівень КФК порівняно з дівчатками ($150,94 \pm 7,56$ Од/л та $115,80 \pm 1,17$ Од/л, відповідно; $p_f < 0,05$).

При порівнянні морфо-функціональних показників хлопчиків виявлено, що футболісти мали нижчі показники ширини плечей та довжини ноги, але більшими показники окружності стегон ніж плавці ($p_f < 0,05$).

Хоча і футбол, і плавання відносяться до високо-динамічних видів спорту, виявлено відмінності вмісту маркерів метаболізму залежно від виду спортивних занять у хлопчиків. Рівень лактату був достовірно вищим у дітей футболістів ($5,47 \pm 1,58$ ммоль/л проти $3,56 \pm 1,06$ ммоль/л; ($p_f < 0,05$). Така ж відмінність торкалася рівня ЛДГ ($5,63 \pm 0,84$ Од/л та $4,99 \pm 0,98$ Од/л) та КФК ($174,42 \pm 15,26$ Од/л та $105,52 \pm 14,37$ Од/л; $p_f < 0,05$). Більш високі рівні лактату, ЛДГ та КФК можуть свідчити про більш напружений ритм фізичних тренувань у секції футболу та більш високу інтенсивність аеробних процесів у юних футболістів порівняно з плавцями. Встановлено кореляційні взаємозв'язки між рівнем креатиніну та масою тіла ($r=0,474$; $p < 0,05$), окружністю стегон ($r=0,551$; $p < 0,02$); рівнем лактату - і ЛДГ ($r=0,527$; $p < 0,02$), окружністю грудної клітки ($r=-0,589$; $p < 0,01$), плеча ($r=-0,449$; $p < 0,05$) та довжиною руки ($r=-0,467$; $p < 0,05$). КФК обернено корелювала с діастолічним АТ ($r=-0,516$; $p < 0,05$) та ЧСС ($r=-0,506$; $p < 0,05$).

Висновки: Більш високі показники лактату крові та активності КФК і ЛДГ свідчать про більш інтенсивні метаболічні процеси в хлопчиків порівняно з дівчатками на тлі регулярних занять високо-динамічними видами спорту.

Заняття в секції футболу здійснюють більш виражений вплив на показники фізичного розвитку та обумовлюють більш напружений обмін у скелетних м'язах хлопчиків, про що свідчать високі показники лактату в крові та активності ЛДГ та КФК, на відміну від тих, хто займається плаванням.

Подальше вивчення адаптаційних можливостей і характеру метаболічних змін у дітей на тлі занять високо-динамічними видами спорту дозволить удосконалити заходи щодо попередження виснаження спортсмена та, можливо, визначити ранній маркер синдрому дезадаптації.

КОРЕЛЯЦІЯ МІЖ ЕКГ- ПОКАЗНИКАМИ (ІНДЕКСОМ СОКОЛОВА-ЛАЙОНА ТА КОРНЕЛЬСЬКИМ) ТА ЕХО-КГ- ОЗНАКАМИ ГІПЕРТРОФІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ДІТЕЙ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Неляпіна М.М.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Кафедра педіатрії

Актуальність. Протягом останніх десятирічь вікові періоди дебюту та манифестації артеріальної гіпертензії (АГ) значно змістилися до дитячого та підліткового віку. Клінічна картина захворювання та прогностичні тенденції щодо формування ускладнень серцево-судинного спектру, які раніше вважалися притаманними тільки дорослим, теж змістилися до підліткового та молодого дорослого віку (17-25 років). Ця проблема знаходиться у полі зору лікарів первинної ланки охорони здоров'я та спеціалістів-інтерністів, у зв'язку із формуванням уражень органів-мішеней (серце, нирки, церебральні судини), які є основою розвитку життєзагрожуючих станів: інфаркту міокарда, серцевої та ниркової недостатності, інсульту).

Під впливом високих значень артеріального тиску вже на перших етапах розвитку захворювання відбуваються процеси перебудови міокарда із розвитком різних варіантів його гіпертрофії (ексцентричної, концентричної). Разом із тим, методи ранньої діагностики гіпертрофії міокарда лівого шлуночка (ГЛШ), як однієї з базисних реакцій серцево-судинної системи на посилення гемодинамічного навантаження, ще не повністю досконалі. У щоденній лікарській практиці оцінку наявності ГЛШ здійснюють за допомогою ультразвукових –Ехо-КГ досліджень та вольтажних ЕКГ- критеріїв - Соколова-Лайона (КСЛ)[Sokolov M., Lyon T., 1949], а також Корнельського (КК) [Fang-Y. Su., Yi-Hwei L., Yen-Po L., at al., 2017], діагностична та прогностична їх значущість підтверджені багатьма авторитетними виданнями світу. Їх оцінка є обов'язковим елементом стратифікації ризику формування ускладнень при АГ у дорослих.

Мета: визначити релевантність використання ЕКГ- критеріїв (КСЛ та КК) для оцінки розвитку ГЛШ, а також провести порівняльний аналіз ЕКГ- та Ехо-КГ-проявів ГЛШ у дітей та підлітків, хворих на АГ.

Матеріали й методи. Проаналізовано 34 історій хвороби пацієнтів із АГ (середній вік $15 \pm 0,3$ років), які знаходились у кардіоревматологічному відділенні клініки ДУ «ІОЗД НАМН України» (м. Харків) у період із 2017 по 2020 роки. Умовою включення в дослідження було - підтверджений у дітей діагноз есенціальної АГ (лабільна та стабільна її форма). Не включали у дослідження пацієнтів із аліментарним ожирінням, гіпоталамічним синдромом, вродженими вадами серця та порушеннями серцевого ритму. Усім пацієнтам проведено загальноприйнятні дослідження, згідно клінічним протоколам. Запис ЕКГ проведено у стані спокою в 12-ти стандартних та грудних посиленних відведеннях, ЕКГ коефіцієнти розраховували вручну. Гіпертрофія міокарда реєструвалась, якщо $КСЛ = S_{V1} + R_{V5} \geq 35$ мм, а $КК = \text{зубець } S_{V3} + \text{зубець } R_{aVL} > 28$ мм. Ехо-КГ дослідження серця проведені на апараті цифрової системи ультразвукової діагностики SA-8000 Live (фірма «Medison», Корея) за стандартною методикою, що рекомендована Асоціацією ультразвукової діагностики (США).

Результати. У 12 пацієнтів (35,3%) встановлено лабільну форму АГ, а у 22 (64,7%) – стабільну. Гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ) та міжшлуночкової перегородки (МШП) за даними Ехо-КГ встановлена у 25 (73,5%) пацієнтів (середнє значення гіпертрофії МШП $1,6 \pm 0,2$ мм). Переважно (92%) це були пацієнти старшого підліткового віку (15-17 років).

Натомість, за даними ЕКГ коефіцієнтів (КСЛ та КК), ГЛШ встановлено лише у 17 підлітків (68%), середнє значення КСЛ – 38,5 мм., КК – 29,3 мм. Разом із тим, у 10 підлітків явища гіпертрофії, що виявлялись за даними ЕКГ-коефіцієнтів, не співпадали із Ехо-КГ ознаками гіпертрофії міокарда лівого шлуночка серця.

Висновки. Таким чином, вольтажні критерії КСЛ та КК у дітей та підлітків із АГ потрібно використовувати паралельно із ультразвуковими у стратифікації ризику ураження серця як таргетного органу.

РІВЕНЬ ВІТАМІНУ D ТА ПОКАЗНИКИ АЛЕРГІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ ПРИ БРОНХІОЛІТІ У ДІТЕЙ МАЛЮКОВОГО ВІКУ

Оверчук А.А.

**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра педіатрії №1**

Мета роботи. Оцінити рівень вітаміну D та показники алергічного запалення у дітей малюкового віку, хворих на бронхіоліт.

Завдання роботи. 1. Визначити рівень вітаміну D у сироватці крові дітей малюкового віку із бронхіолітом. 2. Провести аналіз значення Ig E та еозинофільного катіонного білка (ECP) у сироватці крові дітей малюкового віку із бронхіолітом.

Методи. Обстеження пацієнтів проводилось на базі ВОДКЛ у інфекційно-боксовому відділенні дітей раннього віку. Дослідження проведені протягом грудня – листопада місяців 2019-20р.р. Проведене клінічне обстеження 38 дітей малюкового віку. Основну групу становили 12 дітей із бронхіолітом, які мали обтяжений алергологічний анамнез. Групу порівняння склали 16 дітей, хворих на бронхіоліт без обтяженого алергологічного анамнезу. До контрольної групи було включено 10 умовно здорових дітей. Критеріями виключення були діти з вродженими вадами розвитку бронхо-легеневої системи, серцево-судинної системи, діти з БЛД, ГЕРХ та передчасно народжені немовлята. Середній вік обстежених дітей становив $7,2 \pm 1,4$ міс. В комплекс клініко - лабораторного обстеження дітей входило визначення рівня вітаміну D, Ig E та ECP в сироватці крові. Статистична обробка отриманих даних проводилася із використанням програмного пакету IBM SPSS «STATISTICA 12» StatSoft Inc. та Excel XP для Windows 10 на персональному комп'ютері з використанням параметричних і непараметричних методів обчислення.

Результати. Дослідження показало, що у 4 дітей основної групи ($33,3 \pm 1,84\%$) рівень вітаміну D був недостатній, із його середнім значенням ($25,5 \pm 1,14$ нг/мл), у решти дітей (8 ($66,6 \pm 5,22\%$) обстежених) визначався оптимальний рівень ($41,25 \pm 2,14$ нг/мл). Варто зазначити, що лише у 4 ($25 \pm 1,64\%$) дітей з групи порівнянь рівень вітаміну D був недостатній, із його середнім значенням ($23,75 \pm 1,64$ нг/мл), у однієї дитини визначено дефіцити вітаміну D, у решти – 11 дітей ($68,75 \pm 6,1\%$) визначався оптимальний рівень ($38,89 \pm 1,84$ нг/мл). У всіх дітей контрольної групи визначався оптимальний рівень вітаміну D ($43,7 \pm 2,12$ нг/мл).

У ході дослідження встановлено, що у дітей основної групи середнє значення рівня вітаміну D у сироватці крові ($36,2 \pm 1,65$ нг/мл) було достовірно вищим у порівнянні із середнім значенням даного показника ($33,1 \pm 1,24$ нг/мл) дітей групи порівняння, ($p < 0,05$).

Встановлено, що у більшості (9 ($75 \pm 4,22\%$)) дітей основної групи рівень Ig E знаходився у межах референтних значень. Тоді як, лише у 3 ($25 \pm 1,21\%$) обстежених даний показник був підвищеним. Необхідно зазначити, що у всіх дітей групи порівняння рівень Ig E не виходив за межі вікової норми.

У подальшому нами проведений аналіз рівня ЕСР у обстежених дітей. Так, у дітей основної групи достовірно частіше визначався підвищений рівень ЕСР (10 (83,33±6,22%) обстежених), із його середнім значенням (48,1±1,34 нг/мл), у порівнянні із показниками дітей, хворих на бронхіоліт без обтяженого алергологічного анамнезу, ($p < 0,05$). Так, лише у половини дітей групи порівняння 8 (50±4,62%) рівень ЕСР був підвищений із його середнім значенням (32,1±1,34 нг/мл).

Нами також встановлено, що у дітей основної групи середній вміст ЕСР (37,85±1,65 нг/мл) у сироватці крові був достовірно вищим, ніж у дітей групи порівняння (23,64±1,42 нг/мл), ($p < 0,05$). Незважаючи, що у дітей групи порівняння середнє значення ЕСР знаходилося у межах референтних значень, однак його рівень був достовірно вищим, ніж у дітей контрольної групи (11,5±1,32 нг/мл), ($p < 0,05$).

Висновки.

1. У дітей малюкового віку, хворих на бронхіоліт середнє значення вітаміну D знаходилося на рівні оптимального значення незалежно від групи обстеження.
2. Підвищений рівень ЕСР може розглядатися як маркер алергічного запалення при бронхіоліті у дітей малюкового віку.

ЗНАЧЕННЯ КІСТОЧКОВО-ПЛЕЧОВОГО ІНДЕКСУ В ОЦІНЦІ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ МІОПАТІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Пашкова О.Є., Чудова Н.І.

**Запорізький державний медичний університет
Кафедра госпітальної педіатрії**

В даний час тривалість життя хворих на цукровий діабет 1 типу (ЦД1) залишається нижче від середньопопуляційної, особливо якщо захворювання розвивається у дитячому віці. Проблема хронічних ускладнень ЦД1 залишається актуальною, оскільки саме їх розвиток та прогресування частіше від інших є причиною ранньої смертності та інвалідизації. Високий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень (макро-, мікроангіопатій) у пацієнтів на ЦД1 робить актуальною розробку методів виявлення їх на субклінічній стадії, коли вони носять зворотний характер і є можливість попередити їх прогресування, оскільки кардіоваскулярні порушення при ЦД1, що виникають у дитячому віці, видозмінюються з часом, залишаючись основною причиною смертності у дорослих пацієнтів. Одним з маловивчених ускладнень ЦД1 серед дітей та підлітків є діабетична міопатія, яка характеризується погіршенням функції скелетної мускулатури та зниженням м'язової маси. Однією з провідних причин розвитку діабетичної міопатії виступає порушення васкуляризації скелетних м'язів. Дозоване фізичне навантаження супроводжується адаптивною реакцією організму, для якої необхідно повноцінна взаємодія всіх ланок системи кровообігу. Скелетні м'язи складають більшу частину маси тіла та потребують інтенсивного кровообігу при навантаженні. Одним з індикаторів захворювань периферичних артерій вважається кісточно-плечовий індекс (КПІ), зниження якого у хворих на цукровий діабет розглядається як ранній прояв діабетичної периферичної ангіопатії. Відповідні дослідження проведені серед дорослої категорії пацієнтів, хворих на ЦД1. Зміни кардіоваскулярної системи, що обумовлені хронічною гіперглікемією на фоні ЦД1, також спостерігаються і у дитячому віці, проте дані щодо значення визначення КПІ як фактору ризику розвитку хронічних ускладнень, в тому числі діабетичної міопатії, у дітей, хворих на ЦД1, поодинокі та носять суперечливий характер.

Мета дослідження: визначити реакцію системи кровообігу на фізичне навантаження у дітей, хворих на цукровий діабет, в залежності від рівня глікемічного контролю за даними кісточно-плечового індексу та встановити його значення в розвитку діабетичної міопатії. Матеріали та методи: в дослідженні приймали участь 115 дітей, хворих на ЦД1, віком від 11 до 17 років. Групи були сформовані в залежності від рівня глікемічного контролю. До групи 1 увійшло 19 дітей з ідеальним та оптимальним глікемічним контролем. Групу 2 склали 30 дітей з субоптимальним рівнем глікемічного контролю. До групи 3 були віднесені 66 пацієнтів з глікемічним контролем з високим ризиком для життя. Контрольна група складалась з 24 умовно здорових дітей. Всі групи були репрезентативні за віком, статтю та індексом маси тіла (ІМТ). Кісточно-плечовий індекс (КПІ) визначався, шляхом вимірювання систолічного артеріального тиску (АТ) на верхніх та нижніх кінцівках та розрахунком співвідношення їх показників. Вимірювання та розрахунок КПІ проводилось до фізичного навантаження та після 20 присідань в вільному темпі. В день обстеження у всіх пацієнтів рівень глікемії натщесерце дорівнював від 5,1 до 11,5 ммоль/л, були відсутні прояви кетоацидозу. В обстеженні приймали участь діти, що не мали клінічних проявів супутньої патології кардіоваскулярної системи. Індекс скелетної мускулатури (ІСМ) визначався як відношення сухої м'язової маси до маси тіла дитини.

Результати дослідження. Аналіз отриманих результатів в групах спостереження показав, що у всіх дітей контрольної групи показник КПІ в стані спокою знаходився в межах нормальних та нижніх нормальних значень, середні значення якого склав $1,10 \pm 0,01$ ум.од. Виконання фізичного навантаження призводило до помірного зростання даного показника до $1,13 \pm 0,02$ ум.од ($p > 0,05$). В той же час, в групах хворих на цукровий діабет в стані спокою у 40% дітей відмічено гранично знижені показники КПІ (від 0,9 до 0,99 ум.од.), а у 10% пацієнтів спостерігався низький КПІ, тобто нижче за 0,9 ум.од. Було відмічено, що при погіршенні глікемічного контролю відбувалося зниження середніх показників КПІ з $1,03 \pm 0,02$ ум.од. у пацієнтів 1 групи до $1,0 \pm 0,01$ ум.од. у дітей 2 та 3 групи, але без статистичної значущості ($p > 0,05$). На відміну від контрольної групи, фізичне навантаження у дітей, хворих на цукровий діабет, призводило до зниження КПІ, що свідчило про погіршення периферичного кровообігу. Найгірші показники були отримані в групах дітей з субоптимальним та глікемічним контролем з високим ризиком для життя, у яких майже в 80% випадках визначався гранично знижені та низькі значення КПІ із середніми значеннями $0,95 \pm 0,01$ ум.од., в той час як серед пацієнтів 1 групи КПІ після навантаження склав $0,99 \pm 0,01$ ум.од. ($p < 0,05$). Було встановлено, що у дітей, у яких визначалися низькі значення КПІ після фізичного навантаження спостерігалось зниження м'язової маси ($r = +0,39$; $p < 0,05$). Якщо при значенні КПІ вище за 1,0 ІСМ складав $82,22 \pm 1,03\%$ та статистично не відрізнявся від показника контрольної групи – $81,91 \pm 1,00\%$, то при його значеннях нижче 0,9 ум.од. ІСМ знижувався до $77,56 \pm 1,47\%$ ($p < 0,05$). Зменшення м'язової маси у хворих на цукровий діабет супроводжувалося погіршенням функціональних можливостей скелетної мускулатури, що свідчило про розвиток діабетичної міопатії.

Висновки:

1. Погіршення стану глікемічного контролю у дітей, хворих на цукровий діабет, супроводжується зниженням кісточно-плечового індексу, більш вираженим після проведення дозованого фізичного навантаження, що свідчить про порушення інтенсивності периферичного кровообігу.

2. Погіршення периферичного кровообігу у дітей, хворих на цукровий діабет, виступає одним з факторів розвитку діабетичної міопатії.

3. Дослідження кістково-плечового індексу після дозованого фізичного навантаження дозволяє підвищити діагностику порушень периферичного кровообігу у дітей, хворих на цукровий діабет, на доклінічному етапі.

ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6 У РОЗВИТКУ АНЕМІЇ ЗАПАЛЕННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЗАПАЛЬНІ БАКТЕРІАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Погрібна А.О.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра госпітальної педіатрії

Мета та задачі роботи. Вивчити роль інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) у патогенезі розвитку анемії запалення у дітей раннього віку, хворих на гострі запальні бактеріальні захворювання органів дихання.

Матеріали та методи. Групи дослідження склали 32 дитини віком $1,6 \pm 0,4$ років, репрезентативні за віком та статтю. До складу основної групи дослідження увійшли 16 дітей, хворих на гострі запальні бактеріальні захворювання органів дихання. Спираючись на гематологічну картину, основну групу було розділено на дві підгрупи: першу підгрупу склали 8 дітей із анемією запалення, другу – 8 пацієнтів без анемії. До групи порівняння було включено 8 дітей із залізодефіцитною анемією, до групи контролю – 8 умовно здорових дітей. Вміст ІЛ-6, феритину та еритропоєтину (ЕПО) було визначено методом імуноферментного аналізу (ІФА) в сироватці крові пацієнтів, включених у дослідження, з використанням комерційних наборів. Було застосовано метод кореляційного аналізу з обчисленням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Для оцінки відмінностей показників використовувався непараметричний критерій (U) Манна-Уїтні. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

Отримані результати дослідження. За результатами проведеного дослідження встановлено статистично значущу різницю рівнів ІЛ-6 в основній групі дослідження порівняно із групами порівняння та контролю. Найвищий рівень ІЛ-6 спостерігався у другій підгрупі дітей, але він не мав статистично значущої різниці з першою підгрупою (6,63 (4,52; 10,93) пг/мл та 5,63 (1,72; 5,74) пг/мл, відповідно, $p > 0,05$). Вміст ІЛ-6 в групі контролю був достовірно вдвічі нижчим за результати, отримані в основній групі (2,85 (1,91; 4,57) пг/мл, $p < 0,05$). Рівень ІЛ-6 у групі порівняння був меншим у 2,4 рази порівняно з основною групою (2,78 (2,34; 4,26) пг/мл, $p < 0,05$). Нами було досліджено вміст феритину у пацієнтів, включених до дослідження. Ми визначили його підвищення в першій підгрупі в 1,6 разів у порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$) (56,51 (48,0; 63,0) нг/мл та 29,0 (16,0; 50,0) нг/мл, відповідно, $p < 0,05$) та в 1,5 рази відносно групи порівняння (43,51 (23,0; 48,0) нг/мл, $p < 0,05$). Вміст ЕПО в сироватці крові дітей із груп порівняння та контролю несуттєво відрізнявся між собою (22,1 (15,2; 34,6) та 24,2 (20,1; 30,4), відповідно, $p > 0,05$), однак перевищував у 4,2 і 5 разів показники пацієнтів першої та другої підгруп (5,7 (5,0; 7,8) та 4,83 (4,4; 6,1), відповідно), $p < 0,01$. Нами встановлено наявність прямого середнього кореляційного зв'язку між рівнем ІЛ-6 та вмістом феритину ($r = 0,57$, $p < 0,05$), зворотнього середнього кореляційного зв'язку між рівнем ІЛ-6 та вмістом ЕПО ($r = -0,48$, $p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, анемія запалення у дітей раннього віку, хворих на гострі бактеріальні захворювання органів дихання, розвивається на тлі високого рівня ІЛ-6 з подальшим порушенням захоплення заліза еритроїдними попередниками за рахунок збереження заліза в макрофагах шляхом стимуляції експресії феритину. Встановлено

зниження ефективності еритропоетин-опосередкованої передачі сигналів, на що вказує зворотній взаємозв'язок з рівнем циркулюючого ІЛ-6.

АНАЛІЗ ОХОПЛЕННЯ ВАКЦИНАЦІЄЮ ПРОТИ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Посохова І.В.

Харківський національний медичний університет

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Вірусний гепатит В знатний своєю здатністю хронізуватися та викликати такі тяжкі ускладнення, як цироз печінки та первинний рак печінки. Гепатит В, наряду з вірусним гепатитом С, у структурі вірусних гепатитів займає провідне місце за виникненням ускладнень з боку печінки та є головною причиною смертності серед хворих гепатитами. Вакцинація є необхідною для новонароджених вже у першу добу життя, адже різко зростає ризик хронізації інфекції до 80- 90% при інфікуванні дітей до 1 року життя. Варто зазначити, що імунізація проти вірусного гепатиту В не лише є профілактикою даного захворювання, а й вірусного гепатиту D, зараження яким відбувається лише після інфікування гепатитом В.

Мета та задачі. Проаналізувати охоплення дитячого населення вакцинацією проти гепатиту В за 2018-2020 роки.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено за допомогою ретроспективного епідеміологічного аналізу літературних джерел та даних Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України за 2018-2020 роки.

Результати досліджень. Основним шляхом профілактики інфікування гепатитом В є щеплення, що складається з трьох доз вакцин. Нами було проведено аналіз статистичних даних за 2018-2020 роки щодо виконання обсягів щеплень проти вірусного гепатиту В відповідно першою та третьою дозами дітей до одного року.

На період 2018 року в Україні було заплановано 360 264 щеплень першою дозою вакцини проти вірусного гепатиту В та показник охоплення вакцинацією по Україні склав 82,9%. 342 480 щеплень було заплановано третьою дозою вакцини, вакциновано було 65,2%. Станом на 01.01.2019 обсяг щеплення першою дозою був найнижчим у Тернопільській області – 62,0%, Івано-Франківській області – 72,3%, Закарпатській області – 73,1%. Найбільші показники охоплення щепленням першою дозою спостерігались у Херсонській області – 99,1%, у Чернівецькій області – 98,7%, Сумській області – 97,3%. Обсяг щеплення третьою дозою проти був найменшим у Закарпатській області – 34,2%, Волинській області – 38,7%. Тернопільській області – 51,7%. Найвищі показники охоплення щепленням третьою дозою вакцинації були у Полтавській області – 87,9%, місті Києві – 86,7%, Кіровоградській області – 83,2%.

Статистичні дані станом на 01.01.2020 надають інформацію про третю дозу вакцинації проти гепатиту В. На 2019 рік було заплановано 330 738 щеплень, виконано з яких було 77,0%. Найнижчі показники охоплення щепленням були у Закарпатській області – 54,6%, у Одеській області – 60,1%, у Львівській області – 67,5%. Найвищий показник охоплення щепленням був у Полтавській області – 93,7%, Дніпропетровській області – 93,5% та у Сумській області 91,6%.

На 2020 рік було заплановано виконати 304 140 щеплень першою дозою проти гепатиту В, з яких було виконано 96,5%. 295 660 щеплень було заплановано третьою дозою вакцини, з яких виконано 79,8%. Станом на 01.01.2021 рік найнижчі показники вакцинації першою дозою були у місті Києві – 90,1%, у Закарпатській області – 91,5% та у Сумській області –

93,1%. Найвищі та стовідсоткові показники охоплення щепленням першою дозою вакцини були у шести областях – Дніпропетровській, Запорізькій, Львівській, Тернопільській, Черкаській та Чернівецькій. Найнижчі показники вакцинацією третьою дозою були у Одеській області – 60,3%, Закарпатській області – 62,3% та у Івано-Франківській області – 63,7%. Найвищі показники спостерігалися у Дніпропетровській області – 95,1%, Миколаївській області – 93,9% та Сумській областях – 93,7%.

Висновок. Провівши аналіз статистичних даних щодо виконання обсягів планових щеплень проти вірусного гепатиту В в Україні, можна визначити, що за останні три роки є тенденція до збільшення відсотку виконання запланованих щеплень першою та третьою дозами вакцини дітей до одного року. За кожен рік спостереження у період 2018-2020 років лише Закарпатська область мала найнижчі показники охоплення щепленням першою та третьою дозою вакцини. За весь період спостереження (2018-2020 роки) найнижчий рівень охоплення першою дозою вакцини був у Тернопільській області у 2018 році, третьою дозою - у Закарпатській області у 2019 році. Найкраще були виконані обсяги планових щеплень першою дозою за весь період спостереження у 2020, де найвищі показник мали шість областей - Дніпропетровська, Запорізька, Львівська, Тернопільська, Черкаська та Чернівецька. Найкращий показник охоплення третьою дозою вакцини спостерігався у 2018 році у Херсонській області.

КОНЦЕНТРАЦІЯ NT-proBNP У СИРОВАТЦІ КРОВІ ЗНАЧНО НЕДОНОШЕНИХ НЕМОВЛЯТ І ГЕМОДИНАМІЧНО ЗНАЧУЩА ВІДКРИТА АРТЕРІАЛЬНА ПРОТОКА

Поцюрко С.О., Добрянський Д.О., Секретар Л.Б.

**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра педіатрії №2**

Вступ. Гемодинамічно значуща відкрита артеріальна протока (ВАП) є поширеним ускладненням у значно недоношених немовлят, які народилися з гестаційним віком менше 32 тиж. Водночас, на сьогодні немає єдиних критеріїв визначення дійсної гемодинамічної значущості ВАП і загальноновизнаної тактики надання допомоги таким дітям.

Мета дослідження – оцінити прогностичну цінність рівнів амінотермінального сегменту натрійуретичного пептиду В-типу (NT-proBNP) у сироватці крові значно недоношених новонароджених щодо гемодинамічної значущості ВАП.

Матеріали та методи. У клінічне рандомізоване дослідження були включені 52 недоношених дітей з терміном гестації <32 тиж. віком <72 год та діаметром ВАП >1,5 мм. Двадцять семеро з них (52%) отримували ібупрофен або парацетамол, починаючи з перших 3 днів життя. Очікувальну тактику застосовували у 25 (48%) новонароджених. Усім пацієнтам щоденно проводили ехокардіографічне обстеження та двічі визначали вміст NT-proBNP у сироватці крові в перші 10 днів після народження. За підсумками ехокардіографічного та клінічного моніторингу ретроспективно були сформовані 2 групи немовлят: у 22 (42%) з них була діагностована гемодинамічно значуща ВАП (гзВАП), а у 30 (58%) протока була гемодинамічно незначущою.

Результати. Відсоткова кількість дітей, які отримали фармакологічне лікування з приводу ВАП істотно не відрізнялись у групах ($p > 0,05$). Сироваткові концентрації NT-proBNP у середньому віці 2 і 8 днів були вірогідно вищими у немовлят зі гзВАП ($p < 0,01$). На восьму добу життя рівень NT-proBNP значно зменшився в обох групах немовлят, проте залишався достовірно вищим у дітей з гзВАП. Вміст NT-proBNP у сироватці крові на 2-3

добу дозволяв вірогідно прогнозувати формування гЗВАП (AUC = 0,93; 95% довірчий інтервал: 0,86–1,0; $p < 0,05$).

Висновки. Концентрація NT-proBNP у сироватці крові на 2 добу ≥ 12000 пг/мл дозволяє вірогідно прогнозувати формування гЗВАП.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ МІКРОБІОМУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Профатило А.О.

Сумський державний університет

Кафедра педіатрії

Актуальність. На даний час досить часто новонародженим дітям призначають антибіотикотерапію внаслідок патологічних станів під час вагітності та у післяпологовому періоді. Вживання цих препаратів має вплив на дозрівання мікробного складу кишкового мікробіому новонародженого та може бути причиною формування антибіотик – асоційованої діареї (ААД).

Мета та задачі. Визначити фактори, які впливають на становлення мікробіому новонародженої дитини та призводять до розвитку ААД.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження - 103 новонароджених, основна група - 61 дитина, які отримали антибактеріальну терапію, контрольна група - 42 дитини. Дослідження проводилось шляхом збору анамнестичних даних, клінічного та лабораторного дослідження. Обчислення проведені статистичними методами.

Результати дослідження. Було встановлено, що частота розвитку ААД серед новонароджених була 47,5% (29 дітей). ААД розвинулась при призначенні таких груп антибіотиків, як пеніциліни (ААД виникла у 40,46% немовлят) та аміноглікозиди (ААД розвинулась у 28,56%). Суттєвий вплив на формування мікробіому та подальший розвиток ААД під час вагітності та пологів має мікробна асоціація вагінальних виділень. Було доведено, що на 27,69% збільшився ризик розвитку ААД у немовлят, народжених від матерів з діагностованим бактеріальним вагінозом. Також досить важливим був соціальний статус вагітної, у дітей народжених від безробітних матерів, ризик розвитку ААД збільшився у 6 р. Треба зауважити, що вік немовлят впливає на дозрівання мікробіому та розвиток ААД, встановлено, що у дітей, яким 7 та менше днів, частота ААД була вищою у 3 р. Застосування біопрепаратів зменшило у 1,5 р. прогресування ААД.

Висновки. Немовлята, яким було призначено антибактеріальну терапію, наражаються на підвищений ризик розвитку ААД. Частіше ААД виникала серед призначених препаратів груп пеніцилінів та аміноглікозидів. На формування та дозрівання кишкового мікробіому мали вплив такі фактори, як мікробний склад вагінальних виділень під час вагітності, соціальний статус вагітної та вік новонароджених дітей. Прогресування ААД зменшували біопрепарати.

ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ

Романчук А.А.

Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика

Кафедра педіатрії №1

Обґрунтування роботи. Запальні захворювання кишечника (ЗЗК), включають хворобу Крона (ХК) та виразковий коліт (ВК), є хронічними рецидивуючими запальними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, що вражають людей у всьому світі.

Поширеність ХК та ВК найвища у Західній Європі та Північній Америці. Однак зростання захворюваності спостерігається у всьому світі. Точна причина ЗЗК залишається до кінця не зрозумілою. Однак робоча гіпотеза полягає в тому, що ці захворювання виникають внаслідок поєднання генетичної сприйнятливості, впливу навколишнього середовища та порушення імунної відповіді на дисбіотичну кишкову мікробіоту. Визнання центральної ролі кишкового мікробіома в патогенезі ЗЗК відновило увагу до впливу середовища, яке може змінити склад та функції мікробіома. Встановлено, що мікробіом є найбільш нестійким і чутливим до впливу зовнішнього середовища в ранньому дитинстві. Отже, фактори, що сприяють зміні мікробіому в ранньому віці, можуть мати сильний вплив на розвиток таких захворювань, як ЗЗК.

Мета дослідження. Виявлення можливих факторів ризику ЗЗК у дітей за результатами ретроспективного аналізу історій хвороб дітей з ЗЗК, госпіталізованих в педіатричне відділення НДСЛ «ОХМАТДИТ» за 20 років (01.01.00-31.12.19).

Матеріали і методи. Проаналізовано 85 історій хвороб, з них вперше виявлених випадків захворювання – 52. Кожна дитина пройшла повну діагностичну програму, що складається з оцінки скарг і анамнезу життя дитини, даних об'єктивного, лабораторного (загальний аналіз крові) і інструментального дослідження (ендоскопія ШКТ). Оцінювання важкості захворювання оцінювалось за допомогою педіатричних індексів активності (PUCAI, PCDAI).

Результати. До 2014 року щороку у педіатричному відділенні НДСЛ «ОХМАТДИТ» лікувалось до 4 дітей з ЗЗК. Наступні роки спостерігалось стрімке зростання кількості нових випадків в 5 разів, до 20 в 2019 році. Аналіз дітей з ЗЗК за місцем проживання показав перевагу мешканців м. Києва і Київської області (34%), а також в меншій мірі - Черкаської і Запорізької областей (9%). Було визначено з анамнезу життя хворих тривалість грудного вигодовування і кількість отриманих курсів антибіотикотерапії до 36 місяців. Розподіл дітей з ЗЗК по тривалості грудного вигодовування показав, що ризик розвитку ХК може зростати з зменшенням тривалості грудного вигодовування і є найбільшим у дітей що вигодовувались грудним молоком менше 6 місяців (70% дітей з ХК), при ВК така тенденція спостерігалась рідше (50% дітей з ВК). У віці до 3 років серед дітей з ЗЗК отримували антибіотикотерапію 41% дітей з ВК і 25% дітей з ХК. До трьохрічного віку 15% дітей з ЗЗК отримали більше 3 курсів антибіотикотерапії.

Заключення. Грудне вигодовування може значно зменшити ризик розвитку ХК або ВК за допомогою декількох механізмів. Раннє тривале грудне вигодовування чинить сильний вплив на кишковий мікробіом немовляти. У дослідженні Azad та співавт. продемонстрували, що хоча у дітей, що перебувають на грудному вигодовуванні, спостерігається менша бактеріальна різноманітність, у тих дітей, які ніколи не годувалися груддю, зростає кількість пептострептококів, як *Clostridium difficile*. Так колонізація *C. difficile* значно підвищує схильність до алергічної сенсibiliзації, atopічних реакцій та імуноопосередкованих захворювань. По-друге, лізоцим та лактоферрин, а також пасивний перенос імуноглобулінів забезпечують захист від дитячих інфекцій. Як дитячі інфекції, так і вплив антибіотиків, які зазвичай використовуються для лікування, можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком розвитку ЗЗК. По-третє, компоненти грудного молока через прямий вплив або взаємодію з мікробіомом кишечника новонароджених впливають на розвиток вродженого імунітету слизової. Розвиток імунологічної пам'яті до патогенних мікроорганізмів може запобігти неадекватним гіперімунним реакціям, які спостерігаються при ЗЗК.

МЕНЕДЖМЕНТ ГІПОАЛЬБУМІНЕМІЇ В ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ТА ГОСТРИМ ПОШКОДЖЕННЯМ НИРОК

Стрижак Л.С.

Запорізький державний медичний університет
Кафедра дитячої хірургії та анестезіології

Трансфузія екзогенного альбуміну у якості колоїдного плазмозамінника тривалий час була золотим стандартом ведення дорослих пацієнтів відділень інтенсивної терапії у критичному стані. Однак, на сьогоднішній день ефективність, безпечність та показання до застосування препаратів альбуміну залишаються предметом дискусії. Аналізуючи наявні в літературі рандомізовані дослідження, огляди та мета-аналізи маємо досить суперечливі результати щодо застосування даного препарату. Гіпоальбумінемія у новонароджених відділень інтенсивної терапії є поширеною у клінічній практиці, характеризується підвищенням проникності судин та інтерстиційним набряком, однак будь-які рекомендації щодо використання препаратів альбуміну у цієї когорти пацієнтів відсутні як у національних, так і в міжнародних керівництвах.

Мета – вивчити частоту гіпоальбумінемії, яка потребує корекції, у доношених новонароджених із гіпоксично-ішемічною енцефалопатією на тлі лікувальної гіпотермії.

Матеріали та методи. На базі відділення інтенсивної терапії новонароджених КНП Запорізька обласна дитяча лікарня з вересня 2019 року проводиться проспективне, рандомізоване, контрольоване дослідження, в якому методом випадкового вибору відібрано та обстежено 36 доношених новонароджених із гіпоксично-ішемічною енцефалопатією помірного або важкого ступеню, які потребували проведення програми тотальної лікувальної гіпотермії згідно показань. Немовлята госпіталізовані у першу добу життя із лікувальних закладів другого рівня надання допомоги. Інтенсивна терапія та догляд здійснювалися згідно Наказу МОЗ України від 28.03.2014р. №225 (Уніфікований клінічний протокол «Початкова, реанімаційна і післяреанімаційна допомога новонародженим в Україні»).

Новонароджених розділено на 2 групи дослідження. Основній групі із метою профілактики гострого пошкодження нирок проводилася терапія кофеїном цитратом, групі порівняння – теофіліном. Оцінку ступеню тяжкості гострого пошкодження нирок проводили за шкалою KDIGO (2012р.) на 1,3 та 5 добу життя паралельно із клініко-лабораторною та інструментальною діагностикою. Немовлятам, що увійшли в дослідження, із інтенсивної терапії було виключено нефротоксичні препарати (аміноглікозиди, нестероїдні протизапальні засоби та амфотерицин В).

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою пакетів прикладних комп'ютерних програм Statistica 13.0, TIBCO Software Inc. (№ ліцензії JPZ804I382130ARCN10-J) та Microsoft Excel 2013 (№ ліцензії 00331-10000-00001-AA404). Дані представлені як Me (Q1; Q3) (медіана вибірки із зазначенням міжквартильного розмаху у вигляді верхнього (75%) та нижнього (25%) кватилів). Для оцінки вірогідності різниці абсолютних значень середніх величин між незалежними вибірками використовували непараметричні методи статистичного аналізу - критерій Манна-Уїтні (U). Рівень $p < 0,05$ визначили як вірогідний у всіх тестах.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації, на проведення дослідження отримано інформовану згоду батьків.

Результати дослідження. Основна група та група порівняння репрезентативні за гестаційним віком, статтю та масою тіла при народженні. До основної групи увійшло 20 немовлят (67%), до групи порівняння – 16 (53%). Середня вага при народженні не відрізнялася та склала для групи кофеїну – 3,23кг (2,96; 3,54), для групи теофіліну – 3,44 кг (3,07;3,64), $p=0,2721$; $U=125,00$. Фізіологічної втрати маси тіла не спостерігалось на 3 та 5 добу життя, показник склав 3,39кг (3,06;3,55) та 3,39кг (3,12; 3,61) для основної групи; для групи порівняння - 3,59кг (3,11; 3,73) та 3,41кг (3,10; 3,70) відповідно, $p=0,5038$; $U=138,5000$ та $p=0,6907$; $U=147,00$. Добова потреба у споживанні парентеральної рідини забезпечувалася згідно стандартних рекомендацій для доношених новонароджених та достовірно не відрізнялася для груп на 1,3 та 5 добу. Різниці за рівнем сироваткового альбуміну для основної групи на 1 добу не було, показник склав 30,93 г/л (28,32;40,07), для групи порівняння – 29,40 г/л (25,06;32,09), $p=0,3316$; $U=129,00$. На 3 добу спостереження рівень альбуміну сироватки крові дорівнював 28,86 г/л (27,00;32,18) для групи кофеїну проти 30,39 г/л (25,73; 33,00) для групи теофіліну, $p=0,7143$; $U=148,00$. 5 (17%) немовлятам основної групи проведено по 1 трансфузії екзогенного альбуміну при зниженні його рівню в сироватці крові ≤ 30 г/л, патологічній прибавці маси тіла, генералізованого набрякового синдрому, гемодинамічній стабільності та адекватному темпі діурезу. У групі порівняння проведено трансфузію 4 (13%) малюкам, 1 (3%) із яких потребував повторної корекції гіпоальбумінемії, $p=0,9492$; $U=157,50$. Введення препаратів альбуміну немовлятам відбувалося із 1 по 3 добу життя. Побічних ефектів під час та після введення альбуміну не спостерігалось. На 5 добу спостереження відбувається нормалізація рівню сироваткового альбуміну - 30,59 г/л (28,35; 32,42) для основної групи проти 32,40г/л (30,06; 34,10) для групи порівняння, $p=0,2325$; $U=122,00$. У новонароджених обох груп вдалося запобігти розвитку II та III стадії за KDIGO, отриманні дані рівнозначні - $p=0,6303$; $U=98,50$.

Висновки. Критичні стани у новонароджених індукують гіпоальбумінемію як наслідок підвищення капілярного виходу сироваткового альбуміну в інтерстицій та клінічно презентують набряковим синдромом, позитивним балансом рідини та маси тіла відповідно, на тлі достатнього темпу діурезу. Подальші дослідження необхідні для вивчення кореляції між рівнем сироваткового альбуміну та масою тіла немовлят, а також для вивчення наслідків даної терапії.

РОЛЬ СИНДРОМУ ТРИВОГИ СЕРЕД ФАКТОРІВ РИЗИКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У СТУДЕНТІВ В УМОВАХ КАРАНТИНУ ПО COVID - 19

Тесленко А.О., Савво І.Д.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Медичний факультет, Харків, Україна

Кафедра педіатрії

Актуальність. Пандемія COVID-19 є глобальною загрозою для здоров'я людства та однією з основних проблем сьогодення. Артеріальна гіпертензія (АГ) має багато факторів ризику, серед яких найбільш актуальними під час пандемії є нервово-психічні розлади, пов'язані з такими несприятливими умовами карантинного перебування, як часткова ізоляція та зміна форми навчання.

Мета. Вивчити роль синдрому тривоги у сукупності з факторами ризику АГ на становлення артеріальної гіпертензії у студентів під час карантину по COVID-19.

Завдання: 1.Встановити поширеність факторів ризику АГ у студентів медиків. 2.Виділити в них ознаки нервово-психічних розладів під час карантинних умов ізоляції.

3. Сформулювати сукупність клінічних проявів тривожного синдрому з комплексом факторів ризику, що сприяють розвитку АГ у студентів в карантинних умовах по COVID-19.

Матеріали та методи. Проведено анкетування 85 студентів медичного факультету ХНУ ім. В.Н.Каразіна, серед яких 73% склали особи жіночої статі та 27% - чоловічої, віком 18-20 років. Всі опитувані знаходились в умовах карантину по COVID - 19. Серед них 12% (10 осіб), що хворіли COVID - 19. Анкетування складалося з наступних питань: скарги на фізичні та невротичні розлади, показники рівня АТ (за даними стандартизованого вимірювання), маси тіла з подальшим оцінюванням індексу маси тіла (ІМТ), сімейний анамнез серцево-судинних захворювань (обтяжена спадковість по артеріальній гіпертензії - АГ), ожирінню (О), цукровому діабету (ЦД); частота шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання енергетичних напоїв, алкоголю, наркотичних речовин); зниження фізичної активності, час проведення за комп'ютером протягом доби; особливості нераціонального харчування; стан тривожності та депресії, які оцінювали за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS).

Результати дослідження. Встановлено – значна більшість анкетованих (92,9%) мали скарги на підвищену дратівливість, 13% - схильність до частих конфліктів, 74,1% відмічали цефалгії, . Було встановлено, що надмірну масу тіла мали 30,6% студентів, ожиріння – 3,6% без статистично значущих відмінностей в групах опитування. Підвищені (пограничні) показники АТ (90-95 перцентиль) було встановлено у 18% всіх анкетованих. Серед них 6% (кожний другий) склали студенти, що хворіли COVID-19. Обтяжена спадковість (ОС) по ССЗ (переважно по АГ) спостерігалась у 43,5% опитаних; серед тих, хто хворів COVID-19 - у 60%; обтяжену спадковість по ожирінню та ЦД мали 25% опитаних, незалежно від статі. Аналіз шкідливих звичок показав, що палять майже третина всіх студентів (29,4%), половина з них палять регулярно, переважно юнаки; вживають для паління травні суміші із психоактивним ефектом 14% опитаних, виключаючи тих, хто хворів COVID-19. Споживання алкогольних напоїв відмітили 60% опитаних, енергетичних – 20,5% - і переважно з числа тих, що хворіли COVID-19. Стосовно дієти – 75,3% студентів майже щоденно харчуються фастфудом, 20% вживають солодощі, здобу, незалежно від статі та групи дослідження. Значна частина студентів (89,4%) проводить щоденно за комп'ютером від 6 до 8 годин, що разом із обмеженням тренування в тренажерних залах і на спортивних майданчиках сприяє низькій фізичній активності, яка була виявлена у 26% анкетованих. Стан тривожності та депресії оцінювали за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS). Встановлено: ознаки субклінічної тривоги мають 29% опитаних, ознаки клінічної тривоги – 24% обстежених, з достовірною перевагою серед дівчат ($p < 0,05$) в обох формах. Ознаки стану депресії серед опитаних не виявлено. При проведенні аналізу асоціативного зв'язку підвищення АТ з різними клінічними проявами нервово-психічних розладів (дратливість, тривожність, порушення сну) та з факторами ризику АГ встановлено: в групі опитаних із субклінічно вираженою тривогою пограничний рівень АТ мають 27% студентів, а в групі з клінічно вираженою тривогою- 55% опитаних.

Висновки. Пограничну АГ було встановлено у 18% студентів, що може бути пов'язано з поширеністю у період пандемії таких модифікованих факторів ризику як: низька фізична активність через збільшення часу, проведеного перед комп'ютером, паління, вживання алкогольних напоїв, неправильне харчування (фастфуд, солодощі). Особливої уваги під час пандемії потребує стан тривоги, виявлений у 53% студентів, який має безпосередній вплив на підвищення артеріального тиску.

ПОКАЗНИКИ ФАГОЦИТОЗУ У ДІТЕЙ 2-5 РОКІВ З ПОВТОРНИМИ ІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ РЕСПІРАТОРНОГО ТРАКТУ

Тимошина О.В.

Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»
Кафедра педіатрії та неонатології з курсом амбулаторної педіатрії

Мета дослідження: покращення діагностики порушень вродженого імунітету у дітей вікової групи від 2 до 5 років, які часто хворіють на інфекційні захворювання респіраторного тракту шляхом дослідження деяких показників поглинальної та метаболічної функції фагоцитозу.

Задачі дослідження: 1. встановити особливості фагоцитозу у дітей 2-5 років, що хворіють на повторні гострі інфекційні захворювання респіраторного тракту; 2. дослідити стан фагоцитозу у дітей 2-5 років, які не мають частих інфекційними захворюваннями респіраторного тракту; 3. порівняти показників поглинальної та метаболічної функції фагоцитозу у дітей 2-5 років, залежно від частоти захворюваності на гострі респіраторні інфекції.

Матеріали і методи дослідження. Під наглядом було 60 дітей, з яких сформовано 2 групи спостереження: 1). діти, віком 2-5 років, які хворіють на гострі інфекційні захворювання респіраторного тракту більш ніж 4 рази на рік ($n=30$); 2). діти, віком 2-5 років, які хворіють на гострі інфекційні захворювання респіраторного тракту менш ніж 4 рази на рік ($n=30$).

Показники поглинальної та метаболічної функції фагоцитозу встановлювалися шляхом дослідження фагоцитарного числа, фагоцитарного індексу, індексу завершеності фагоцитозу, фагоцитарної активності нейтрофілів за тестом відновлення нітросинього тетразолію (НСТ-тест) – спонтанного та стимульованого (антигеном *Staphylococcus*).

Для зіставлення двох вибірок за частотою ефекту отримані результати оброблялися за допомогою непараметричного кутового критерію Фішера ϕ .

Отримані результати дослідження. У дітей, що часто хворіють на гострі респіраторні захворювання, встановлено: зниження поглинальних характеристик фагоцитів – фагоцитарного числа, фагоцитарного індексу, індексу завершеності фагоцитозу, підвищення метаболічної ланки функціональної спонтанної активності нейтрофілів за даними НСТ-тесту, тобто надмірне посилення прооксидантних реакцій. Серед статистично більшої кількості дітей 1-ї групи, у порівнянні з 2-ю групою, має місце зниження показників вродженого імунітету – фагоцитарного числа (на 53,3%, $p<0,05$), фагоцитарного індексу (на 60,0%, $p<0,05$), індексу завершеності фагоцитозу (на 70,0%, $p<0,05$). Розподіл маркерів окисної активності фагоцитозу мав різноспрямований характер – збільшення числа дітей з високим спонтанним НСТ-тестом (на 43,3%, $p<0,05$) і низьким стимульованим НСТ-тестом (на 46,7%, $p<0,05$).

Висновки.

Таким чином, результати дослідження продемонстрували, що у дітей віком 2-5 років, що часто хворіють на гострі респіраторними захворюваннями має місце не недостатність фагоцитарних реакцій, а їхній складний дисбаланс з активацією одних компонентів та пригніченням інших. Це потребує не простої імунної стимуляції недостатніх механізмів, що може посилити прооксидантні процеси в клітинах, а чіткого диференційованого підходу щодо відновлення порушених функцій фагоцитуючих клітин.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ З ЮІА В УМОВАХ ПЕРЕБУВАННЯ В СТАЦІОНАРІ

Фадєєва А.О.

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

Актуальність. Ювенільний ідіопатичний артрит - хронічне захворювання дитячого віку. Періодичні загострення процесу та необхідність корекції терапії є факторами, які зумовлюють часте перебування таких хворих на стаціонарному лікуванні. Крім фізичних обмежень через хворобу діти з ЮІА зазнають і емоційно-психологічних труднощів. Згідно зі стратегією «Treat to target», при менеджменті дітей з ЮІА, необхідно приділяти увагу не тільки об'єктивним проявам хвороби, але й оцінці якості життя. Разом із тим, на сьогодні, не існує оптимального інструмента для оцінки і контролю якості життя у цієї категорії хворих.

Мета дослідження: Визначити якість життя дітей з ЮІА під час перебування в стаціонарі за допомогою PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales за останній тиждень.

Об'єм та методи. 20 дітей з ЮІА (10 з поліарткулярним, 6 з олігоарткулярним і 4 з недиференційованим варіантами), 6 - 17 років (10 дівчат та 10 хлопців). Отримували метотрекстат 16 осіб, сульфасалазин - 4. Активність хвороби оцінювалась за анкетою JADAS27, а функціональний стан - за CHAQ. Для оцінки якості життя використано валідизований для України опитувальник PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales за останній тиждень. Анкета містить 4 шкали (фізичного, емоційного, соціального та шкільного функціонування), складається з 33 питань та має 4 вікові версії (для дітей від 2 до 18 років). Оцінка отриманих результатів проводилась за методикою шкали Лікерта (найвищий результат 100 балів демонструє найкращу якість життя). Анкетування проходили діти від 8 років і старше та батьки дітей до 8 років. Статистична обробка матеріалу проведена з використанням програми Microsoft Excel 2016.

Обговорення результатів. Встановлено, що рівень активності за JADAS27 у підгрупі з поліарткулярним варіантом склав $13,6 \pm 5,04$, з олігоарткулярним - $6,5 \pm 5,2$, був високим у 6 пацієнтів з поліартритом та у 5 з олігоартритом. Функціональний стан (CHAQ) відповідав $0,18 \pm 0,06$, що свідчить про мінімальні функціональні порушення.

Загальний рівень якості життя, по групі в цілому, склав $50,3 \pm 4,79$ за останній тиждень. У групі з поліартритом він знаходився на рівні $45,8 \pm 13,7$, а з олігоартритом - $53,9 \pm 10,7$. Фізична субшкала опитувальника демонструвала найвищі результати серед інших шкал (що відповідає мінімальним функціональним порушенням відповідно до CHAQ). По групі в цілому вона склала - $65,6 \pm 4,3$, у дітей з поліартритом - $57,7 \pm 11,6$, а з олігоартритом - $78,5 \pm 27,2$. Найнижчими показниками виявились результати субшкал емоційного та шкільного функціонування ($48,6 \pm 5,4$ та $55,4 \pm 3,1$ відповідно), у групі з поліартритом - $54,7 \pm 11,6$ та $46,2 \pm 16,2$, з олігоартритом - $64,2 \pm 18,2$ та $73,3 \pm 11,1$. Разом із тим, результати соціального функціонування були досить високими - $80,5 \pm 3,6$ в обох групах.

Висновки. Під час перебування дітей з ЮІА у стаціонарі якість життя, згідно з результатами анкети PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales, є зниженою. Найнижчі результати показників якості життя одержано за субшкалами емоційного та шкільного функціонування, що демонструють необхідність приділяти увагу не тільки фізичній сфері життєдіяльності таких дітей, але й соціо-психологічним аспектам розвитку даної категорії пацієнтів.

ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ КАЛЬЦІЄМ ТА ВІТАМІНОМ Д₃ ДІТЕЙ В ПЕРІОД РОСТОВОГО СПУРТУ

Фролова Т.В., Осман Н.С., Стенкова Н.Ф., Сіняєва І.Р.

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики педіатрії №1

Актуальність: При вивченні проблеми остеопорозу особлива увага приділяється дитячому і підлітковому віку, тому що саме у ці вікові періоди життя людини формується більш ніж 80% генетично детермінованої пікової кісткової маси. Динаміка її наростання характеризується збільшенням у пубертатному віці з досягненням максимуму до 20 років, наступною стабілізацією і прогресуючою втратою після 35 років. Дефіцит мінеральних речовин або порушення їх засвоювання у дитячому віці призводить до недосягнення піку кісткової маси у майбутньому, що у свою чергу реалізується в підвищені частоти розвитку остеопорозу, і, як наслідок - переломів. У різні періоди життя, потреба в кальції є неоднаковою: найбільш критичними періодами є дитячий та похилий вік, коли спостерігається дисонанс між потребою та споживанням кальцію. Відомо, що для нормального всмоктування кальцію в кишечнику і підтримання необхідної міцності кістки потрібний достатній рівень вітаміну Д в крові, дефіцит якого у дітей України на тепер складає 92%. Тому питання стану кісткової тканини, забезпеченість кальцієм та вітаміном Д у різні періоди дитячого віку є актуальною проблемою і потребує подальшого вивчення.

Мета: визначити забезпеченість кальцієм та вітаміном Д₃ у дітей в період ростового спурту.

Матеріали та методи: Обстежено 205 умовно здорових дітей віком 9-17 років, яких розподілено на групи в залежності від наявності ростового спурту (РС) та його інтенсивності. I група – 50 дітей, які за поточний рік прибавили у рості 8-12 см; II група – 46 дітей, які за поточний рік прибавили у рості більше 12 см, III група - 109 дітей, які не мали РС. Критеріями включення в дослідження були: відсутність хронічної соматичної та ендокринної патології, та захворювань кістково-м'язової системи. Діти мали фізичні навантаження відповідно віку, не приймали вітамінно-мінеральні комплекси, в тому числі й вітамін Д₃ протягом 6 місяців до обстеження. Обстеження включало аналіз даних анамнезу, оцінку рівня фізичного (WHO «Child Growth Standards», 2007) та статевого розвитку (шкала Таннера), визначення рівнів загального кальцію (колориметричний метод), іонізованого кальцію (іонселективний метод), вітаміну Д₃ (метод імуноферментного аналізу) у сироватці крові. Референтні показники визначалися відповідно до Методичних рекомендацій з лікування та профілактики дефіциту вітаміну D у населення країн Центральної Європи: рекомендовані дози препаратів вітаміну D для здорової популяції та груп ризику (2013 р.).

Результати: Під час оцінки рівня фізичного розвитку встановлено, що 26 дітей (12,7%) з усіх обстежених мали ризик розвитку надмірної ваги, 8 дітей (3,9%) - надмірну вагу. Статевий розвиток дітей всіх груп відповідав віковим нормам. У всіх дітей діагностовано недостатність або дефіцит вітаміну Д₃. У дітей I групи середній рівень 25(ОН)Д₃ складав 40,8±9,44 нмоль/л; у дітей II групи - 45,60±5,14 нмоль/л; у дітей III групи - в середньому 40,47±9,49 нмоль/л. Середні показники забезпеченості кальцієм по групах наступні: у дітей I групи - рівень загального кальцію складав 2,22±0,15 ммоль/л, іонізованого кальцію - 1,12±0,28 ммоль/л; зниження рівня загального кальцію діагностовано у 52,0 % дітей, іонізованого кальцію - у 30,0% дітей; у дітей II групи – рівень загального кальцію 2,13±0,11 ммоль/л, рівень іонізованого кальцію 0,99±0,10 ммоль/л, зниження рівня загального кальцію виявлено у 71,7% дітей, іонізованого кальцію - у 78,3% дітей; у дітей III групи - рівень

загального кальцію $2,26 \pm 0,18$ ммоль/л, рівень іонізованого кальцію $1,12 \pm 0,10$ ммоль/л, зниження рівня загального кальцію виявлено у 42,2% дітей, іонізованого кальцію - у 33,0% дітей.

Отримані дані свідчать, що у дітей, які за поточний рік вирости на більш ніж 12 см, навіть на фоні більш високих середніх показників рівня вітаміну D₃ відмічається достовірне ($p < 0,05$) зниження рівня іонізованого та загального кальцію.

Висновки. У дітей віком 9-17 років має місце недостатність або дефіцит вітаміну D₃, що загалом сягає 100% і не залежить від наявності та інтенсивності ростового спурту. У дітей з ростовим спуртом має місце зниження рівня іонізованого та загального кальцію, яке достовірно частіше спостерігається у дітей з інтенсивним ростовим спуртом. Це свідчить про необхідність додаткового надходження есенціальних нутрієнтів в період ростового спурту для забезпечення оптимального рівня мінеральних речовин і здоров'я кісткової тканини.

ЗМІНИ СТАТУСУ ВІТАМІНУ D У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ З УРАХУВАННЯМ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ МЕТОТРЕКСАТОМ

Хаджинова Ю.В.^{1,2}

¹ Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна

Кафедра Педіатрії №2

² ДУ Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН, м. Харків

Актуальність. Широковідомим є класичний ефект вітаміну D в регуляції кальціофосфорного обміну, також на сучасному етапі обговорюється його роль в якості імунного та запального медіатора, що бере участь у патогенезі низки аутоімунних захворювань в тому числі хронічних артритів і у дітей. Кальциферол здатний пригнічувати імунну відповідь, а його дефіцит пов'язується зі збільшенням синтезу протизапальних медіаторів, та відповідно, активності аутоімунних захворювань.

Мета. Визначення статусу вітаміну D у дітей з ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) в залежності від варіанту перебігу хвороби та базисної терапії метотрексатом (МТХ). Аналіз динаміки статусу вітаміну D на тлі саплементації його препаратами.

Матеріали та методи. У дослідження увійшли 40 пацієнтів з ЮІА (30 дівчат, 10 хлопців). Хворі були поділені на групи залежно від варіанту ЮІА (оліго-, поліартикулярний варіант, недиференційований артрит) та терапії (наявності метотрексату або його відсутності), тривалості лікування та режимів дозування МТХ. Дослідження було проведено в два етапи (перший – без додаткового прийому вітаміну D, другий – після його 3 місячної саплементації у дозі 2000 МО). Рівень 25(OH)D у сироватці крові вимірювали методом хемілюмінесценції.

Результати. Середній рівень вітаміну D без додаткової саплементації його препаратами становив $22,26 \pm 2,53$ нг/мл. Залежності від статі та варіанту захворювання при першому дослідженні виявлено не було. При повторному дослідженні рівень вітаміну D в загальній групі хворих дорівнював $27,61 \pm 3,56$ нг/мл, що свідчить про достовірне підвищення ($p < 0,05$). Встановлено позитивні зміни статусу вітаміну D у хворих з олігоартикулярним ЮІА ($p < 0,05$) на відміну від хворих з іншими варіантами захворювання. За умов наявності базисної терапії МТХ, пацієнти краще відповідали на прийом вітаміну D, ніж діти, які не отримували лікування МТХ ($p < 0,05$). Також позитивну динаміку спостерігали у дітей із тривалістю лікування МТХ до 2 років ($p < 0,05$). Але оптимальний вміст вітаміну D було досягнуто тільки у пацієнтів, які отримували базисну терапію до 6 місяців. Особи, які

отримували МТХ в дозі до 10 мг/м²/тиждень не показали змін в статусі вітаміну D, на відміну від осіб, дози яких складали 10–15 мг/м²/тиждень (p<0,05).

Висновки. Діти з поліартритом та недиференційованим варіантом ЮІА, а також тривалості терапії МТХ понад 6 місяців або в дозі нижче 10 мг/м²/тиждень, мають недостатню відповідь на саплементацию вітаміном D, що потребує перегляду як профілактичних, так і терапевтичних доз препаратів вітаміну D у дітей з ЮІА.

АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ У ДІТЕЙ З ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЮ ХАРЧОВОЮ АЛЕРГІЄЮ

Черниш Ю.Р., Охотнікова О.М.

**Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Кафедра педіатрії № 1**

Введення. Гастроінтестинальна харчова алергія характеризується розвитком алергічного запалення в слизовій оболонці гастроінтестинального тракту. Гастроінтестинальні прояви харчової алергії можуть часто поєднуватись з шкірними симптомами, зокрема atopічним дерматитом.

Мета. Проаналізувати прояви atopічного дерматиту у дітей з гастроінтестинальною харчовою алергією.

Матеріали і методи. На базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТИД» було обстежено 30 дітей з гастроінтестинальною харчовою алергією: 19 хлопчиків, 11 дівчаток, віком від 1 місяця до 11,6 років. Було детально вивчено анамнез життя, анамнез захворювання, скарги при госпіталізації. Проведено об'єктивний огляд, алергологічні дослідження (шкірні прик тести з харчовими алергенами, специфічні IgE до харчових продуктів, пряма оральна провокаційна проба), езофагогастроуденоскопія та колоноскопія – для уточнення діагнозу гастроінтестинальної харчової алергії.

Результати дослідження. В результаті обстеження у 73% (22/30) пацієнтів був atopічний дерматит (АД). Дебют АД у всіх пацієнтів був на першому році життя: до 6 місяців у 45,45% (10/22) пацієнтів, які знаходились на грудному вигодовуванні, у 5 з яких при проведенні елімінації з дієти матері продуктів коров'ячого молока спостерігалось поліпшення шкірної симптоматики. У 54,55% (12/22) пацієнтів дебют АД становив у віці від 6 до 12 місяців, та у 7 з них був пов'язаний з введенням нових продуктів прикорму: коров'яче молоко (3), риба (1), яблуко (1), гречка (1), кукурудза (1). В анамнезі 3 дітей відмічались випадки гострої кропив'янки та ангіонабряк після вживання причинних продуктів (коров'яче молоко, риба, арахіс).

Дебют гастроінтестинальних розладів на харчові продукти до 6 місяців (до введення прикорму) був у 43,33% (13/30) дітей, 76,92% (10/13) дітей з них були на грудному вигодовуванні з перших годин життя. У 20% (6/30) пацієнтів час виникнення перших гастроінтестинальних проявів харчової алергії з 6 до 12 місяців під час введення продуктів прикорму. У 10% (3/30) пацієнтів скарги з боку органів шлунково-кишкового тракту з'явилися з 3 років, а у 6,67% (2/30) пацієнтів з 7 років. Гастроінтестинальні прояви харчової алергії до дебюту atopічного дерматиту спостерігалися у 20% (6 /30) пацієнтів. У 53,33% (16/30) дітей маніфестація гастроінтестинальних проявів була після дебюту АД. У 33,33% (10/30) дітей гастроінтестинальна харчова алергія була представлена ізольовану формою. Причинні продукти: коров'яче молоко, картопля, гречка, риба, виноград, картопля, персики, фундук, пшеничне борошно, куряче яйце, свинина.

На момент огляду загострення atopічного дерматиту спостерігалось у 59.09% (13/22) пацієнтів. В результаті об'єктивного обстеження легкий ступінь atopічного дерматиту діагностований у 40,1% (9/22) пацієнтів, середній – у 13,64% (3/22), важкий – у 4,55% (1/22).

Коморбідна алергічна патологія (алергічний риніт та бронхіальна астма) спостерігалась у 60% (18/30) з усіх обстежених дітей, зокрема у 72,22% (13/18) з низ першим проявом алергічної патології був atopічний дерматит.

Висновки. Шкірні прояви у дітей з гастроінтестинальною харчовою алергією переважно представлені atopічним дерматитом. Серед обстежених дітей з atopічним дерматитом у 54,55% (12/22) дітей був доведений конкретний харчовий продукт як причина загострень шкірного синдрому.

ДОДАТКОВА ХОРДА ЯК ОДНА З НАЙБІЛЬШ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ МАЛИХ АНОМАЛІЙ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ

Чугунова А.В.

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики педіатрії №1

Малі аномалії серця – анатомічні зміни архітекτονіки серця та магістральних судин, що не призводять до грубих порушень функціонування серцево-судинної системи.

Останнім часом збільшилася частота реєстрування додаткової хорди серця у дітей. Аномальними хордами називають м'язово-сполучнотканинні тяжі, які натягуються між стінками шлуночка, не сполучаючись з клапаном. У 95% випадків вони спостерігаються в лівому шлуночку, а у 5% – у правому. Частота виникнення аномальних хорд коливається від 3,4% до 29,3%.

Вплив додаткових хорд шлуночків на функціонування серцево-судинної системи до кінця не вивчений. Здебільшого вважають, що ця аномалія не викликає помітних порушень, часто супроводжується систолічним шумом при аускультатії серця. Проте деякі автори переконані, що додаткові хорди можуть буди причиною ряду патологій. Зокрема, є відомості про подальше формування порушень серцевого ритму. Найчастіше це надшлуночкова екстрасистолія та ектопічний надшлуночковий ритм. Діти, у яких визначені малі аномалії серця, складають групу ризику виникнення таких серйозних ускладнень, як порушення діастолічної функції серця, інфекційний ендокардит, синдром раптової смерті тощо. Також наявність додаткових хорд серця може бути причиною виникнення серцебиття, зниженої фізичної активності, підвищеної втомлюваності, запаморочення, явищ задишки.

Мета дослідження. Дослідити можливі причини появи вродженої додаткової хорди. Визначити можливі порушення у роботі серця, що пов'язані з її наявністю.

Задачі дослідження. Вивчити визначену кількість історій хвороб дітей, у яких відзначається наявність аномальної хорди, дослідити причини та можливі порушення у функціонуванні серцевого м'язу.

Матеріал і методи. Досліджено 120 історій хвороби дітей віком від 1 до 14 років, у яких відзначаються ознаки додаткової хорди серця у результатах проходження дослідження методом доплерехокардіографії та електрокардіографії.

Результати досліджень. Аномальна хорда лівого шлуночка була виявлена у 116 дітей (96,7%) і правого шлуночка у 4 (3,3%). Показники фізичного розвитку всіх 120 осіб знаходяться в межах відповідних норм.

За результатами електрокардіографії виявлені порушення серцевого ритму в 27 випадках (22,5%), що проявлялися переважно екстрасистолією. У 32 (26,7%) випадках

спостерігаються виникнення серцебиття та задишки, втомлюваності при виконанні незначних фізичних навантажень. У інших 50,8% порушень не виявлено.

У сімейному анамнезі 112 (93,3%) дітей відзначається додаткова хорда в одного чи обох батьків, серед них у матері – 93 випадки (83,0%), у батька – 17 випадків (15,2%), у обох – 2 випадки (1,8%). 47 (39,2%) матерів дітей перехворіли на інфекційне захворювання під час вагітності. У 73 (60,8%) захворювань під час вагітності не спостерігалось.

Висновок. Грунтуючись на отриманих результатах дослідження, можна зробити висновок, що додаткова хорда серця частіше зустрічається в лівому шлуночку, ніж у правому та ймовірною причиною розвитку такої малої аномалії серця є переважно генетичний фактор. Хоча це не єдиний чинник появи несправжньої хорди. Також серед досліджуваних історій хвороб у деяких були відзначені й інфекційні хвороби матері під час вагітності, що могло теж зумовити виникнення аномалії. Відсутність відхилень у фізичному розвитку дитини може свідчити про те, що у внутрішньоутробному періоді додаткова хорда не спричиняє значних вад розвитку організму. У більшості випадків не було відзначено супутніх ускладнень, що говорить про часте безсимптомне існування досліджуваної аномалії розвитку серця. Серед порушень, які були виявлені переважають аритмія (екстрасистолія) та зниження фізичної активності.

ВЛИЯНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА НА СОСТОЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО БАЛАНСА В ПЕЧЕНИ КРЫС ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Шарун Е.В., Сухова Л.Л.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины»

Лаборатория возрастной эндокринологии и обмена веществ

Гипоандрогения (ГА) является одной из причин формирования и прогрессирования патологических состояний в системах внутренних органах, в т.ч гепатобилиарной, поскольку печень играет важную роль в метаболизме половых гормонов. Одним из возможных механизмов поражения тканей печени в условиях андрогенной недостаточности может выступать интенсификация процессов свободнорадикального окисления (СРО) и оксидативного повреждения клеточных структур. На сегодняшний день роль тестостерона (Тс) в изменении состояния процессов окислительного баланса (ОБ) остается недостаточно изученной. В литературных источниках встречаются сведения о проявлении гормоном как прооксидантных, так и антиоксидантных свойств. Следует отметить, что подавляющее большинство подобных исследований проводятся среди взрослого населения. Однако сегодня проблема ГА достаточно часто встречается и среди подростков. Данные относительно влияния Тс на состояние процессов ОБ в тканях печени в период полового созревания отсутствуют, поэтому активность этих исследований у детей и подростков является одним из приоритетных направлений.

В связи с этим целью данного исследования явилось изучение влияния уровня Тс на состояние процессов СРО и активности антиоксидантной системы (АОС) в тканях печени крыс пубертатного возраста.

Материалы и методы. Исследование выполнено на крысах самцах популяции Вистар 2-месячного возраста, что соответствует периоду позднего пубертата. Для изучения влияния Тс на состояние процессов ОБ в тканях печени была воспроизведена модель ГА путем кастрации крыс в 45-дневном возрасте. Сформировано 3 группы: 1 - контроль; 2 – кастрированные, экспериментальная ГА; 3 - кастрированные животные, которым вводили препарат тестостерона.

Определяли уровень общего Тс в сыворотке крови. Состояние процессов СРО в гомогенатах печени оценивали по уровню диеновых конъюгатов (ДК) и ТБК-активных продуктов, карбонилированных белков (КБ), а АОС - по активности супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГПО) и каталазы.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием непараметрического метода Вилкоксона-Манна-Уитни (u) с помощью пакетов прикладных программ Excel и «Statgraphics Plus 5.0». Различия между группами считали достоверными при принятом уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Эффективность моделирования ГА у животных подтверждают результаты исследования у них уровня общего Тс в сыворотке крови, который составил $1,01 \pm 0,12$ нмоль/л по сравнению с $3,05 \pm 0,75$ нмоль/л в группе контроля ($p_u < 0,03$). В результате изучения СРО в печени установлено, что эктомия гонад у животных 2-месячного возраста не повлияла на уровень ДК и ТБК-активных продуктов. В тоже время состояние ГА сопровождалось тенденцией к снижению уровня КБ в гомогенатах печени по сравнению с контрольной группой ($p_u < 0,08$).

Одновременно с этим у гонадэктомированных животных наблюдались некоторые изменения в состоянии АОС, а именно существенное снижение в (1,3 раза) активности каталазы относительно контроля ($p_u < 0,007$).

В результате анализа данных установлено, что в пубертатном периоде андрогенная недостаточность в тканях печени сопровождается истощением защитных механизмов АОС, о чем свидетельствует снижение активности каталазы при неизменном уровне процессов СРО белков и липидов.

Далее проведена серия исследований, в результате которых изучены показатели ОБ в печени кастрированных крыс в условиях внутримышечного введения тестостерона пропионата.

Уровень общего Тс в сыворотке крови кастрированных животных после введения препарата тестостерона составил $6,10 \pm 0,67$ нмоль/л, что достоверно выше относительно группы контроля ($p_u < 0,01$) и крыс с экспериментальной ГА ($p_u < 0,01$).

У гонадэктомированных животных после введения экзогенного Тс выявлено повышение в (2 раза) уровня ДК в гомогенатах печени по отношению к контролю ($p_u < 0,005$), а также выраженную тенденцию к увеличению содержания данного показателя относительно кастрированных особей ($p_u < 0,06$).

Следует отметить, что после введения Тс содержание КБ возросло (1,5 раза), что достоверно отличается от контрольной группы ($p_u < 0,01$). Кроме того наблюдалось повышение данного показателя в (2 раза) и по отношению к кастрированным животным того же возраста ($p_u < 0,01$).

Введение тестостерона отразилось и на состоянии АОС, о чем свидетельствует повышение активности каталазы в (2 раза) относительно ее активности у гонадэктомированных крыс ($p_u < 0,01$).

В результате полученных данных установлено, что введение экзогенного тестостерона кастрированным животным сопровождается усилением интенсивности перекисного окисления липидов и белков и возникновением состояния оксидативного стресса. Однако при этом зарегистрировано компенсаторный ответ системы антиоксидантной защиты, в частности повышение активности каталазы.

Таким образом, состояние ГА в печени животных пубертатного возраста сопровождается истощением активности одного из основных ферментативных компонентов АОС. Введение экзогенного тестостерона гонадэктомированным животным инициирует

возникновение состояния окислительного стресса. Повышенный уровень свободнорадикальных процессов сопровождается компенсаторным повышением активности ферментативного звена АОС, что приводит к стабилизации процессов ОБ.

СТАН ЙОДНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ ПІВНІЧНО – СХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ

Шлеєнкова Г.О., Шевченко Н.С., Зимницька Т.В., Волошин К.В., Крутенко Н.В.

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

Кафедра педіатрії №2

Актуальність. Стан здоров'я дитячого населення безпосередньо пов'язан із збалансованим харчуванням та адекватним вживанням макро- та мікроелементів. Одним з найпоширеніших станів, що виникають внаслідок дефіциту мікронутрієнтів, є йододефіцитні захворювання.

Ціль дослідження: Оцінити сучасний стан йодозабезпечення дітей шкільного віку, що мешкають у північно - східному регіоні України, в тому числі у дітей з захворюваннями шлунково-кишкового тракту та із запальними захворюваннями суглобів.

Матеріали та методи: У обстеженні взяли участь 86 осіб від 7 до 17 років (середній вік: $11,8 \pm 2,71$ років), хлопчики (48,8%), дівчатка (51,2%), до яких увійшли пацієнти із захворюваннями кишково-шлункового тракту (26,7%) та ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) (60,5%). Групи за віком та статтю були порівнянними. Усім дітям було проведено визначення йодурії в разових порціях сечі з наступним розрахунком медіани. Математична обробка проводилася методом варіаційної статистики, середні показники представлено у форматі Me [QR], де QR – інтерквартильний розмах.

Результати. Медіана йодурії у обстежених дітей була на нижній межі нормальних показників та склала 104,98 мкг/л [QR: 59,8;180,1]. У той же час адекватне йодне забезпечення мали лише 51,2% дітей; легкий ступінь йододефіциту (ЙД) було діагностовано у 29,1%; помірний - у 17,4%; тяжкий - у 2,3% обстежених.

Залежно від наявності патологічних станів встановлено, що медіана йодурії у дітей із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ) складала 81,9 мкг/л [QR 53,7; 145,2] та була меншою порівняно із результатами у хворих на ЮІА (Me =101,7 мкг/л; [QR 56,5; 169,9], $p=0,321$) та дітей без соматичної патології (Me – 183,7 мкг/л [QR 104,5;287,4], $p=0,034$).

Детальний аналіз рівню йодурії у кожній групі показав, що у дітей з хворобами ШКТ нормальні значення мали 39,1% хворих, а серед знижених показників домінував легкий ступінь ЙД (43,5%, $p=0,028$). У той же час в групі хворих на ЮІА оптимальне йодозабезпечення спостерігалось у 50,0 % дітей. При цьому легкий ступінь ЙД встановлений лише у 28,8% та переважав помірний ступінь (17,3%) у 3,9% мав місце тяжкий ступінь йододефіциту. В групі контролю більшість дітей мали оптимальні показники йодурії (81,8%), а знижені рівні відповідали легкому ступеню ЙД.

Висновки. Діти шкільного віку мають високу частоту дефіциту йоду, особливо на тлі формування хронічних неінфекційних захворювань. Широко розповсюджені в дитячому віці патологічні стани (хвороби шлунково-кишкового тракту та ЮІА) супроводжуються недостатністю йодозабезпечення та можуть бути факторами виникнення йододефіцитних захворювань.

ВИКОРИСТАННЯ ТЕСТУ «6-ХВИЛИННА ХОДА» У ВИЗНАЧЕННІ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЯ

Штрах К.В.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Кафедра педіатрії №2

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

Тест з 6-хвилинною ходьбою («Т6Х») є одним з критеріїв визначення функціонального класу хворих з хронічною серцевою недостатністю і свідчить про їхні фізичні можливості. Парний тест 6Х, який проводиться з півгодинною перервою, дозволяє оцінити довгострокову витривалість організму до фізичного навантаження у дорослих і дітей і розрахувати індекс адаптації. Тому його можна використовувати як одну з функціональних проб у хворих з хронічними неінфекційними захворюваннями, особливо коли перед лікарем стає питання, який обсяг фізичних навантажень можна дозволити дитині, що має відхилення в роботі серцево-судинної системи.

Метою дослідження стало вивчити показники «Т6Х» у дітей з артеріальною гіпертензією та синдромом дисплазії сполучної тканини і співставити їх з толерантністю до фізичного навантаження за пробою Руф'є.

Матеріали та методи. Обстежено 120 підлітків 14-17 лет з системною дисплазією сполучної тканини й малими структурними аномаліями серця (СДСТ) та артеріальною гіпертензією (АГ). Залучення пацієнтів до дослідження відбувалося з дотриманням принципів Гельсінгської декларації, підписанням інформованої згоди. Діти з ожирінням та ендокринною патологією вилучалися з дослідження. За результатами тесту Руф'є дітей поділили на дві групи. У першу, основну, ввійшли 62 підлітка зі зниженою толерантністю до фізичного навантаження (54,0%), у тому числі 36,9% дівчаток і 63,1% хлопчиків. Середній вік їх склав $14,8 \pm 0,2$ років. Групу порівняння склали 53 підлітка (46,0%) із задовільною толерантністю до фізичного навантаження, середній вік яких склав $14,6 \pm 0,2$ років, а розподіл за статтю був аналогічним (35,8% дівчаток і 64,2% хлопчиків).

Дослідження включало огляд, антропометрію, пробу Руф'є, парний тест з 6-хвилинною ходьбою, ЕКГ, ехокардіографію (ЕХОКГ). Статистичний аналіз проводили з використанням програми s/n SPSS 17 4a 180844250981.

Результати дослідження. За результатами проби Руф'є незадовільні результати відмічались у 18,2% пацієнтів, слабкі – у 35,6%, задовільні – у 33,3%, добрі – у 12,1%, відмінні – у 0,8% досліджуваних дітей. За даними ЕКГ у 34,3% підлітків із СДСТ реєструвалися порушення ритму серця, проте частота варіантів проби Руф'є в цих пацієнтів не відрізнялася від інших.

Перед виконанням проби ніхто з хворих скарг не пред'являв. Після проби 3,0 % дітей зі зниженою толерантністю до фізичного навантаження мали скарги на задишку, а 6,0% - на стомлюваність і запаморочення, хоча за інструментальним дослідженням ні в кого не було погіршення систолічної або діастолічної функції серця.

У дітей зі зниженою толерантністю до навантажень частота серцевих скорочень (ЧСС) в стані спокою і після навантаження була достовірно вищою ($p < 0,01$), ніж в однолітків з задовільними результатами проби Руф'є. В першій групі до навантаження ЧСС у середньому була $81,7 \pm 1,7$ ударів на хвилину (уд/хв), після першого навантаження підвищилася до $95,9 \pm 2,1$ уд/хв, після другого - $92,1 \pm 1,9$ уд/хв. У другій групі до навантаження ЧСС становила $74,1 \pm 2,7$ уд/хв, після першої ходи - $86,2 \pm 2,3$ уд/хв та $88,3 \pm 2,9$ уд/хв після другої. Показники систолічного артеріального тиску (САТ) в першій групі також

були достовірно вищими ($p=0,05$) і склали $116,5\pm 2,1$ мм.рт.ст. до навантаження, $120,1\pm 2,3$ мм.рт.ст. – після першої дистанції та $119,0\pm 2,3$ мм.рт.ст. – після другої. У групі порівняння рівень САТ у середньому був $110,4\pm 2,05$ мм.рт.ст. та $116,2\pm 2,7$ мм.рт.ст. і $113,2\pm 2,4$ мм.рт.ст., відповідно. Показники діастолічного АТ достовірно не відрізнялися в порівнюваних групах.

Довжина першої відстані проби «Т6Х» у пацієнтів суттєво не відрізнялася залежно від результатів проби Руф'є. Проте другу відстань діти зі зниженою толерантністю пройшли достовірно гірше, у середньому - $556,1\pm 15,8$ м проти $600,1\pm 20,9$ м дітей з групи порівняння ($p < 0,05$). В основній групі у підлітків з АГ приріст другої дистанції в середньому склав $51,4\pm 5,8$ м, а в дітей із задовільними результатами проби Руф'є був незначно більшим - $57,6\pm 17,2$ м. Не відрізнявся від них приріст дистанції в дітей з СДСТ з основної групи, що становив $49,5\pm 12,7$ м. Значно більший приріст дистанції в пробі «Т6Х» - на $93,5\pm 22,2$ м - спостерігався у підлітків із СДСТ, які мали задовільну й добру толерантність до фізичного навантаження. Визначено, що майже 40,0% дітей основної групи і 27,6% - групи порівняння мали від'ємний приріст дистанції, що свідчить про зниження їхніх можливостей до довготривалого навантаження.

Висновки. Оцінка адаптаційних можливостей дітей за допомогою парної проби «Т6Х» разом з пробою Руф'є дозволило виявити осіб, які при нормальних показниках функції серця в спокої демонструють своє виснаження всього за 6-хвилин другого періоду ходьби. 9% дітей зі зниженою «швидкою» адаптацією, оціненою за пробою Руф'є, показали низьку витривалість із появою задишки, стомлюваності та запаморочення. Очевидно, що ці діти потребують уточнення причини цих неадаптивних реакцій, спеціального відновлювального режиму та, якщо вони відвідують спортивну секцію – зниження рівня навантажень на певний період.

Поєднання проби Руф'є з парним тестом 6-хвилинної ходи дозволяє виявити виснаження адаптаційних резервів серцево-судинної системи і можуть використовуватися при обстеженні пацієнтів із різними соматичними станами, як в медичних установах, так і в навчальних закладах.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПРЕПАРАТАМИ ДВО- ТА ТРИВАЛЕНТНОГО ЗАЛІЗА У ДІТЕЙ ІЗ АНЕМІЯМИ

Ярцева М.О., Кокоркін О.Д.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра госпітальної педіатрії

Кафедра дитячої хірургії та анестезіології

За останні 10-15 років серед дитячого населення в багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні, відмічається їх зростання, що можна пов'язати з погіршенням еко-соціальних умов навколишнього середовища. За даними ВООЗ, кожен п'ятий мешканець планети має дефіцит заліза (гіпосидероз). Зміни в організмі дитини, пов'язані з дефіцитом заліза, призводять до зниження імунітету, а саме протиінфекційного захисту слизових оболонок, що проявляється в підвищеній схильності до різноманітних хвороб. Встановлено, що препарати трьохвалентного заліза у вигляді полі мальтозних комплексів мають вищу біологічну доступність та менший відсоток побічних реакцій з боку шлунково-кишкового тракту при лікуванні залізодефіцитної анемії. Зважаючи на вищевикладене, нами було досліджено ефективність терапії препаратами дво- та тривалентного заліза.

У дослідженні взяли участь 35 дітей, віком від 3 до 15 років. Пацієнти були розділені за критерієм вибору препарату. Так, першу групу склали 13 пацієнтів, які отримували двовалентне залізо (серед них у 9 дітей показники червоної крові відповідали середньому ступеню тяжкості анемії згідно віку, 4 дітей – діти з важкими проявами залізодефіциту), другу групу склали 22 дитини, які отримували препарати тривалентного заліза, серед яких 15 мали середній ступінь тяжкості анемії, 7 страждали на важкий залізодефіцит). Діти були репрезентативні за віком та статтю. Усі діти залучалися до дослідження після отримання від батьків дитини інформованої згоди на участь у дослідженні. Всім дітям проводилися рутинні обстеження, що включали фізикальне обстеження, лабораторні (розгорнутий аналіз крові з еритроцитарними індексами, анемічна панель із визначенням рівня феритину, біохімічні обстеження крові, коагулограма, визначення осмотичної резистентності еритроцитів) та інструментальні (УЗД органів черевної порожнини, ЕКГ, ехокардіографія, фіброгастроуденоскопія за потребою) дослідження. Жодній дитині не призначалися препарати крові. Лікувальна програма включала препарати заліза у вікових дозуваннях в залежності від ступеня тяжкості анемії. Переважно феротерапія проводилася перорально, за виключенням 7 випадків, коли препарати заліза вводилися парентерально з причини наявності ерозивної патології ШКТ. При порівнянні отриманих даних, встановлено зміни гемограми, характерні для залізодефіцитної анемії. В біохімічному аналізі крові у значній кількості обстежених (n=26) виявлено підвищення печінкових трансаміназ та незначна гіпопротеїнемія, в усіх обстежених спостерігалася зниження показників анемічної панелі (феритину, відсотку насичення сироватки залізом, рівня заліза, ненасиченої залізов'язуючої здатності також).

Діти отримували препарати дво- та тривалентного заліза у вікових дозуваннях. Двовалентне залізо отримувало 13 дітей, тривалентне залізо – 22 дитини. Феротерапія переносилася задовільно. Тривалість терапії основного захворювання склала $4,2 \pm 2,1$ місяці (стаціонарне лікування склало $19 \pm 4,3$ днів). Раннє закінчення терапії анемії пов'язане із самостійною відміною препаратів пацієнтами.

Дослідження ефективності лікування проводилося через 3 та 8 місяців після початку терапії препаратами заліза. Проаналізовані дані 29 пацієнтів. У 6 пацієнтів зберігалися прояви дефіциту заліза, слабка ефективність терапії пов'язана з проявами патології шлунково-кишкового тракту, які потребували повторних курсів лікування у гастроентеролога. В обох групах дітей фізикальне обстеження через 8 місяців встановило відсутність об'єктивних проявів анемічного, астено-невротичного та серцево-судинного синдромів. Аналіз лабораторних показників не виявив ознак анемії (нормалізація рівнів феритину, заліза, ненасиченої залізов'язуючої здатності, відсотку насичення сироватки залізом до вікових нормативів). В біохімічному аналізі крові майже у всіх пацієнтів рівні печінкових ферментів прийшли до вікової норми. Повторна ЕКГ встановила покращення процесів реполяризації серцевого м'язу. Суб'єктивно діти та їх батьки відмічали зменшення частоти епізодів головного болю, зниження кількості скарг на підвищену втомлюваність, біль в животі, біль в області серця та відчуття перебоїв в його роботі. Однак, при обстеженні дітей груп порівняння через 3 місяці від початку феротерапії, в групі дітей, які отримували двовалентне залізо спостерігалася більш повільна швидкість приросту гемоглобіну та ретикулоцитів, а також рівень феритину сягнув нормального через 3,4 місяці від початку терапії. Тоді як пацієнти, які отримували полімальтозні комплекси заліза, відмічали лабораторні покращення з 2,7 місяця лікування. Рівень феритину у дітей другої групи нормалізовувався на 1,5 місяці раніше ніж у групі 1. Фізикальні дані встановили менше

вираження анемічного синдрому та вегетативних проявів у дітей, які отримували тривалентне залізо.

Доведено ефективність препаратів заліза при лікуванні середньо-тяжкої та тяжкої дефіцитних анемій. Встановлено більшу ефективність препаратів тривалентного заліза, що призводить до більш швидкої нормалізації загального стану дитини та лабораторних показників у дітей з анемією, спричиненою дефіцитом заліза різного ступеня тяжкості.

THE LEVEL OF ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME IN THE BLOOD OF CHILDREN WITH RHEUMATIC DISEASES

Sedem P.D., Holovko. T.O.

V.N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine
Department of Pediatrics #2

Angiotensin-converting enzyme (ACE), or kininase II, is a membrane-bound enzyme. It is a zinc-dependent peptidyl dipeptidase localized in the vascular endothelium, mainly in the lungs, as well as in the tissues of the kidneys and, to a lesser extent, in the tissues of other organs. Its maximum expression occurs in the lung tissue due to their abundant vascularization, which explains the huge area of the endothelial surface in them. ACE is a bifunctional enzyme. Its first role is to cleave the C-terminal dipeptide, whereby it converts angiotensin I to angiotensin II. The second in the destruction of the hypotensive peptide - bradykinin. ACE is an integral membrane protein that is proteolytically released from the cell surface by zinc metalloesterase. In children, the level of ACE is higher than in adults, but by the end of adolescence it becomes equal to the value of this enzyme in adults.

Various scientific researches have shown that an increase in ACE is observed in patients with granulomatous-inflammatory diseases such as sarcoidosis and mixed connective tissue disease (MCTD); nephropathy associated with diabetes and glomerulonephritis; cardiovascular diseases such as left ventricular hypertrophy, stroke, and myocardial infarction. Moreover, an increase in ACE in these patients indicates a poor prognosis and rapid progression of the disease. It was also noted that the administration of corticosteroid therapy significantly reduces the level of ACE in the blood of patients.

The aim of the study was to determine the level of ACE in the blood of patients with rheumatic diseases. **Materials and methods:** 36 patients aged 13.42 ± 0.44 years with rheumatic diseases (RD) were examined. Of these, 26 patients with a diagnosis of juvenile idiopathic arthritis, polyarticular variant (JIA), whose age was 13.08 ± 0.56 years, and 10 patients with a diagnosis of systemic lupus erythematosus (SLE), whose age was 14.30 ± 0.59 years. The duration of the disease in the group as a whole was 76.88 ± 7.86 months, in patients with JIA 81.77 ± 8.69 months, with SLE 65.10 ± 16.81 months. The FAPGG kinetics turbidimetric method with the Angiotensin converting enzyme test system was used to determine the ACE level in the blood. The normal values of the ACE level were considered values in the intervals of 13.3 - 63.9 U/l. Statistical data processing was done using SPSS17 applications (license 4a180844250981ae3dae-s/nSPSS17) for IBM PC Pentium-4.

Research results: in patients with RD, the ACE level was within the normal range and amounted to 34.19 ± 3.83 U/l. However, in children with JIA, it was significantly higher (42.49 ± 5.05 U/l, $p < 0.01$) than in children with SLE (21.05 ± 5.13 U/l). This may indicate the involvement of pulmonary tissue in the process in JIA and the formation of possible hypertension in the pulmonary system. On the other hand, it should be noted that patients with SLE received corticosteroid therapy

for a long time, including at the time of the study, which could lead to a decrease in ACE in the blood.

Thus, the level of angiotensin-converting enzyme in the blood of patients with rheumatic diseases was within the normal range, but in children with juvenile idiopathic arthritis it was significantly higher. This requires further research, taking into account the ongoing therapy and complementing instrumental studies of both the lungs and the heart, taking into account the state of its right chambers.

ULCERATIVE COLITIS IN PEDIATRIC PRACTICE (CLINICAL CASE REPORT)

Voloshyn K.V., Karpushenko Yu.V., Ogbonna M.C.

V.N. Karazin Kharkiv National University

School of Medicine, Department of Pediatrics #2

Ulcerative colitis (UC) is one of the two conditions classified as inflammatory bowel diseases (IBD), it is characterized by remitting and relapsing episodes of inflammation and ulcers of large intestine mucosa and occasionally submucosal layer. The inflammation affects the colon in a retrograde and continuous fashion starting from the rectum and extending proximally. It usually affects the rectum, but can affect the entire colon (ulcerative proctitis-rectum, proctosigmoiditis-lower portion of the sigmoid colon and rectum, left-sided colitis-rectum, sigmoid colon and transverse colon, pancolitis-begins in the rectum and ends in the ascending colon, acute severe UC).

Pediatric cases of UC in Ukraine are observed more frequently in the past 15 years. Late diagnosis, misdiagnosis and insufficient diagnostics instruments are some factors that lead to late UC diagnosis. Patients typically present with rectal bleeding, diarrhea, tenesmus and lower abdominal pain. Children and teenage patients may become physically retarded and secondary sexual development delayed.

The incidence of pediatric onset UC, which constitutes roughly 15%-20% of all UC, ranges at 1 to 4 per 100,000 per year in most North American and European regions; ulcerative colitis is 3 times more common than Crohn's disease, with a peak at 15-25years and a smaller one at 55-65years (it can also occur in people of any age). It is extensive in 60%-80% of all cases, twice as often as in adults. Since disease extent has been consistently associated with disease severity, it is not surprising that children with UC more often require hospitalization for an acute severe exacerbation 25%-30% over 3-4 years, and more often undergo colectomy for medically refractory disease (up to 30%-40% in 10-year follow up).

Etiological factors are still not studied fully and vary from hereditary immune conditions to infectious agents.

In this case report, we present findings in a 16 year old girl. She was for the first time admitted to the hospital with complaints and clinical manifestations typical to UC (abdominal pain, haemocolitis, tenesmus).

From anamnesis morbi it was known that she had intestinal problems for 10 previous years but she was not examined in specialized hospital and got symptomatic therapy with timely positive effect. Two weeks before admission haemocolitis began and after visiting the paediatrician the child was admitted to the gastroenterological department.

At admission she had normal body temperature, heart rate and rate of respiration. Stools were up to 5 times per day. Physical and sexual development was equal to the age. Physical examination showed moderate condition, pain during palpation in lower parts of abdomen, mostly from the left side, liver enlargement 1cm lower ribs arch. Laboratory tests results: CBC: Hb-116g/l; RBC-3.6; CI-0,9; WBC-5,8; ESR-6mm/h. Coprology: WBC 30-40; RBC-numerous. Calprotectin –

493.15mcg/kg (normal less than 50). Ultrasound of abdomen: cholestasis, irritated bowel, hyper pneumatosis. Upper endoscopy – catarrhal inflammation of stomach and duodenum. Colonoscopy – numerous ulcers and erosions of rectum and sigmoid intestine. Pathomorphology – signs of active UC. Differential diagnostic was performed with Crohn’s disease, amebiasis.

UC, E2 (left side), S3 (severe form), III st activity, chronic-recurrent course was diagnosed.

Treatment: salofalk 1500 twice/day 3 weeks; budenofalk 3mg twice/day 2 weeks.

After 10 days general conditions improved, hemicolitis was stopped on the 3rd day of treatment.

After reducing the drugs dosage course was positive.

Remission. Laboratory test results: CBC:Hb-120g/l;RBC-4.1;WBC-4.9;ESR-4mm/hr. Calprotectin-50mcg/kg. Follow-up colonoscopy should be repeated firstly after 6 months then after every 2-3years.

Conclusion. Pediatric cases of UC are not rare and clinical course can vary from light to severe forms in adolescents. Proper treatment can improve quality of life and prevent disabling complications.

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

Voloshyn K.V.¹, Pavlenko N.V.², Shlieienkova H.O.¹ Slobodianiuk O.L.¹

¹V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

²Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

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.

ЗМІСТ

1	<i>Бузницька О.В.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПІДЛІТКІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	3
2	<i>Волошин К.В., Слободянюк О.Л., Шлеєнкова Г.О., Цюра О.М., Крутенко Н.В.</i> ЕНДОСКОПІЧНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ 7-17 РОКІВ	3
3	<i>Гавенко Г.О.</i> СОМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ	4
4	<i>Герасимова О.М., Савво В.М.</i> ПИТАННЯ НАСЛІДКІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИХ РЕФЛЮКСІВ У ДІТЕЙ	6
5	<i>Говорун Д.А., Попов С.В., Кривошеєнко А.А., Мисник А.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ГІПОКСІЧНО – ШЕМІЧНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ НА ФОНІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ	6
6	<i>Грабовська О.І.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА БІОХІМІЧНОГО СКЛАДУ ЖОВЧІ У ДІТЕЙ З НАЖХП	7
7	<i>Даниленко Г.М., Авдієвська О.Г., Мету Чуквуномнсо</i> АНАЛІЗ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ СЕРЕД УКРАЇНСЬКИХ ПІДЛІТКІВ	8
8	<i>Дружиніна А.Є.</i> ПОШИРЕНІСТЬ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ Д СЕРЕД ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ	10
9	<i>Дудник В.М., Андрікевич І.І., Мантак Г.І., Звенігородська Г.Ю.</i> ПРОБЛЕМИ ОЖИРІННЯ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ	11
10	<i>Іванціва Ю.Ф., Баденко Т.Ю., Пацера М.В.</i> ЗАЛЕЖНІСТЬ РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ ВІД РІВНЯ ТЕСТОСТЕРОНУ	13
11	<i>Казарян Л.В.</i> КОМОРБІДНІСТЬ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ЯК МОЖЛИВА ПРИЧИНА ПОЛІПРАГМАЗІЇ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ	14
12	<i>Колісник А.М., Стародуб А.С.</i> ПОШИРЕНІСТЬ І ХАРАКТЕР ГОСТРИХ ОТРУЕНЬ У ДІТЕЙ В М.ХАРЬКОВІ ЗА ОСТАННІ 5 РОКІВ	15
13	ВИКОРИСТАННЯ КІЛЬКІСНОЇ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДЕНСИТОМЕТРІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ РІЗНОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ВІКУ <i>Котлова Ю.В., Цимбал А.Ю.</i>	16
14	<i>Лебець І.С., Толмачова С.Р., Ніконова В.В., Кобзар Д.С.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ РЕВМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	17
15	<i>Моргун В.В., Кокоркін О. Д., Ярцева М. О.</i> ТАКТИКА ЛІКАРЯ ПЕДІАТРА ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ДІТЕЙ ІЗ ПІДОЗРОЮ НА НЕЙРОЕКТОДЕРМАЛЬНІ ПУХЛИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	19
16	<i>Мужановський В.Ю.</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ І МАРКЕРІВ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ ВИСОКОДИНАМІЧНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ	20
17	<i>Неляпіна М.М.</i> КОРЕЛЯЦІЯ МІЖ ЕКГ- ПОКАЗНИКАМИ (ІНДЕКСОМ СОКОЛОВА-ЛАЙОНА ТА КОРНЕЛЬСЬКИМ) ТА ЕХО-КГ- ОЗНАКАМИ ГІПЕРТРОФІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ДІТЕЙ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	22

18	<i>Оверчук А.А.</i> РІВЕНЬ ВІТАМІНУ D ТА ПОКАЗНИКИ АЛЕРГІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ ПРИ БРОНХІОЛІТИ У ДІТЕЙ МАЛЮКОВОГО ВІКУ	23
19	<i>Пащикова О.Є., Чудова Н.І.</i> ЗНАЧЕННЯ КІСТОЧКОВО-ПЛЕЧОВОГО ІНДЕКСУ В ОЦІНЦІ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ МІОПАТІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	24
20	<i>Погрібна А.О.</i> ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6 У РОЗВИТКУ АНЕМІЇ ЗАПАЛЕННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЗАПАЛЬНІ БАКТЕРІАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ	26
21	<i>Посохова І.В.</i> АНАЛІЗ ОХОПЛЕННЯ ВАКЦИНАЦІЄЮ ПРОТИ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ	27
22	<i>Поцюрко С.О., Добрянський Д.О., Секретар Л.Б.</i> КОНЦЕНТРАЦІЯ NT-proBNP У СИРОВАТЦІ КРОВІ ЗНАЧНО НЕДОНОШЕНИХ НЕМОВЛЯТ І ГЕМОДИНАМІЧНО ЗНАЧУЩА ВІДКРИТА АРТЕРІАЛЬНА ПРОТОКА	28
23	<i>Профатило А.О.</i> ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ МІКРОБІОМУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ	29
24	<i>Романчук А.А.</i> ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ	29
25	<i>Стрижак Л.С.</i> МЕНЕДЖМЕНТ ГІПОАЛЬБУМІНЕМІЇ В ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ТА ГОСТРИМ ПОШКОДЖЕННЯМ НИРОК	31
26	<i>Тесленко А.О., Савво І.Д.</i> РОЛЬ СИНДРОМУ ТРИВОГИ СЕРЕД ФАКТОРІВ РИЗИКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У СТУДЕНТІВ В УМОВАХ КАРАНТИНУ ПО COVID – 19	32
27	<i>Тимошина О.В.</i> ПОКАЗНИКИ ФАГОЦИТОЗУ У ДІТЕЙ 2-5 РОКІВ З ПОВТОРНИМИ ІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ РЕСПІРАТОРНОГО ТРАКТУ	34
28	<i>Фадєєва А.О.</i> ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ З ЮІА В УМОВАХ ПЕРЕБУВАННЯ В СТАЦІОНАРІ	35
29	<i>Фролова Т.В., Осман Н.С., Стенкова Н.Ф., Сіняєва І.Р.</i> ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ КАЛЬЦІЄМ ТА ВІТАМІНОМ D ₃ ДІТЕЙ В ПЕРІОД РОСТОВОГО СПУРТУ	36
30	<i>Хаджинова Ю.В.</i> ЗМІНИ СТАТУСУ ВІТАМІНУ D У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ З УРАХУВАННЯМ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ МЕТОТРЕКСАТОМ	37
31	<i>Черниш Ю.Р., Охотнікова О.М.</i> АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ У ДІТЕЙ З ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЮ ХАРЧОВОЮ АЛЕРГІЄЮ	38
32	<i>Чугунова А.В.</i> ДОДАТКОВА ХОРДА ЯК ОДНА З НАЙБІЛЬШ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ МАЛИХ АНОМАЛІЙ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ	39
33	<i>Шарун Е.В., Сухова Л.Л.</i> ВЛИЯНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА НА СОСТОЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО БАЛАНСА В ПЕЧЕНИ КРЫС ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА	40

34	<i>Шлєєнкова Г.О., Шевченко Н.С., Зимницька Т.В., Волошин К.В., Крутенко Н.В.</i> СТАН ЙОДНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ ПІВНІЧНО – СХІДНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ	42
35	<i>Штрах К.В.</i> ВИКОРИСТАННЯ ТЕСТУ «6-ХВИЛИННА ХОДА» У ВИЗНАЧЕННІ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЯ	43
36	<i>Ярцева М.О., Кокоркін О.Д.</i> ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПРЕПАРАТАМИ ДВО- ТА ТРИВАЛЕНТНОГО ЗАЛІЗА У ДІТЕЙ ІЗ АНЕМІЯМИ	44
37	<i>Sedem P.D., Holovko. T.O.</i> THE LEVEL OF ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME IN THE BLOOD OF CHILDREN WITH RHEUMATIC DISEASES	46
38	<i>Voloshyn K.V., Karpushenko Y.V., Ogbonna M.C.</i> ULCERATIVE COLITIS IN PEDIATRIC PRACTICE (CLINICAL CASE REPORT)	47
39	<i>Voloshyn K.V., Pavlenko N.V., Shlieienkova H.O. Slobodianiuk O.L.</i> PEDIATRIC GERDQ FOR CHILDREN WITH GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AS A SCREENING METHOD	48

Відповідальність за зміст повідомлень несуть автори

Наукове видання

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

**Матеріали VI науково-практичної конференції молодих вчених
з міжнародною участю,**

18 лютого 2021 року, м.Харків

Автор ідеї: Волошин К.В.

Відповідальний за випуск: Волошин К.В.

Фото на обкладинці: Штрах Таїсія Андріївна

Фото надане: Штрах К.В.

Дизайн та макет обкладинки: Карпушенко А.М.

Підписано до друку 17.02.2021 р. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times ET. Друк ризографічний.
Умов.-друк. арк. 2,09. Наклад 100 прим. Замов. № 181

Віддруковано у ФОП Філімянов С.Ф.
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.
Запис № 2 274 001 0001 005925 від 30.09.2005

т. (068) 489-07-66
м. Харків, пл. Конституції, 2/2
www.copy-copy.com.ua