

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

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Матеріали ІХ науково-практичної конференції молодих вчених
з міжнародною участю



Харків 2024

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 ІХ щорічної науково-практичної конференції молодих
вчених з міжнародною участю**

29 лютого 2024 року – Харків, 2024. – 75 с.

Відповідальний за випуск

Волошин К.В.

Харків 2024

ПРЕДВІСНИКИ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ДІТЕЙ

Андрікевич І. І., Шаламай М. О., Пасік В. Ю.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Кафедра педіатрії №2

Актуальність: Переддіабет – порушення вуглеводного обміну, що передуює маніфестації цукрового діабету (ЦД). За даними ВООЗ захворюваність на ЦД постійно зростає і становить серед людей старшого віку 8,5 % населення планети, в Україні – 9,1%. Переддіабет, або глікемія на межі норми, актуальна проблема серед дітей у сучасному світі. Цей стан може вести до розвитку справжнього діабету 2 типу, тому важливо розуміти його причини, симптоми та ефективні методи профілактики. Симптоми переддіабету можуть бути непомітними, але важливо вчасно відреагувати та провести додаткові медичні обстеження. Рання діагностика є ключовою для ефективного корегування стану переддіабету. Регулярний контроль рівня глюкози в крові та маси тіла допоможуть вчасно виявити зміни та розпочати корекцію способу життя або ж за необхідності розпочати лікування.

У період переддіабету організм людини зовні функціонує нормально, але на фізіологічному рівні вже є критичні порушення, що ведуть до поступового розвитку захворювання. Актуальність проблеми переддіабету у дітей визначається зростанням випадків діабету 2 типу серед дітей та підлітків. За даними реєстру, в Україні поширеність цукрового діабету серед дитячого населення має тенденцію до зростання (від 8,6 на 10 тис. до 13,14 на 10 тис. дитячого населення). Зміни в стилі життя, зокрема поганий раціон та низький рівень фізичної активності призводять до збільшення маси тіла та інсулінорезистентності. Ці фактори сприяють розвитку переддіабету. Своєчасна діагностика дозволяє за рахунок застосування ефективної програми профілактики (дієтотерапія, зниження маси тіла, активація фізичних вправ) запобігти або відстрочити розвиток цукрового діабету у 85% випадків та знизити ризики для здоров'я.

Мета: Проаналізувати клінічний випадок переддіабету у хлопчика 16 років, оцінити дані світової та вітчизняної літератури щодо діагностики, лікування та профілактики даного стану у дітей.

Матеріали та методи: Обстеження проводилось на базі педіатричного відділення обласної дитячої клінічної лікарні. Використані наступні методи дослідження: збір анамнезу, фізикальне обстеження, лабораторні (загальноклінічні, біохімічні) та інструментальні (УЗД органів черевної порожнини та щитовидної залози).

Результати: До педіатричного відділення ВОДКЛ звернулась мати з сином (16 років, школяр) у зв'язку з тим, що під час профілактичного огляду виявили підвищений рівень цукру в крові – 6,2 ммоль/л. При розпитуванні матері з'ясувалось, що окрім підвищеного діурезу вночі, дитину більше нічого не турбувало. Також, хлопчик відмітив, що спрага відносно збільшилась під час фізичного навантаження (він займається спортом). При об'єктивному обстеженні змін з боку органів та систем не виявлено. Отримані біохімічні результати обстежень показали рівень глюкози крові натще – 6,0 ммоль/л (порушення глікемії натще), рівень глікованого гемоглобіну (HbA_{1c}) – 6,4%, постпрандіальний рівень глюкози через 2 год після проведення перорального глюкозотолерантного тесту із 75г глюкози – 7,9 ммоль/л (порушена толерантність до глюкози), збільшення Індексу НОМА до 3,2, що свідчить про резистентність до інсуліну; гормони ТТГ, Т3, Т4 в межах норми. За даними УЗД органів черевної порожнини змін не виявлено, при дослідженні щитоподібної залози – у правій долі колоїдний вузол 1 типу. Зважаючи на особливості клінічного перебігу та отримані додаткові результати хлопчику було виставлено діагноз: Переддіабет.

Порушення толерантності до глюкози. Супутній діагноз: Вузловий зоб 1 ступеня, еутиреоз. Лікування включало такі пункти: зміна способу життя, дробне харчування, фізична активність, здоровий сон не менше, ніж 7 годин на добу. Рекомендовано: контроль в динаміці глікемічного профіля та глікованого гемоглобіну 1 раз у 6 місяців; УЗД щитовидної залози та контроль гормонів (ТТГ,Т3,Т4) 1 раз у пів року.

Висновки: Аналіз даного клінічного кейсу свідчить про те, що такий стан як переддіабет може виникати і у підлітків. Щоб контролювати ситуацію та не допустити критичних наслідків, важливо не лише налагодити спосіб життя та нормалізувати харчування, а й обов'язково виконувати необхідні лабораторні дослідження. Це дозволить профілакувати розвиток цукрового діабету 2 типу в майбутньому.

ОЦІНКА СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ЗА УМОВ ОРГАНІЗАЦІЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ

Беженар Р. В.

Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та медичної генетики

На стан здоров'я підлітків негативно впливають такі фактори як нераціональне харчування, часті стреси, матеріально-побутові умови проживання та навчання, які не відповідають нормативам, гіподинамія, тютюнокуріння, безконтрольне приймання ліків тощо. В сучасних умовах збільшується число нових і незвичних за характером впливу факторів ризику, що діють на нервово-психічне та соматичне здоров'я і зменшують адаптаційні резерви людини. Характерною особливістю останнього часу є пандемія КОВІД-19 та війна проти російської агресії. На їх фоні змінилися умови навчання у коледжі із впровадженням дистанційної форми навчання.

Мета. Оцінити стан здоров'я підлітків за умов організації дистанційної форми навчання.

Методи. Проаналізовано медичну документацію та анамнез підлітків, які навчаються на 1-му курсі коледжу Буковинського державного медичного університету. Всього опрацьовано 45 результатів опитування та медичної документації. Для вимірювання здоров'я використовувалася методика на самооцінку здоров'я Войтенка. Методика містить 24 запитання та дві колонки відповідей, перший варіант відповіді «так» чи «ні», а другий, тільки на останнє питання — «добре», «задовільно», «погано», «дуже погано». Перші 26 запитань оцінюються так: респонденти отримують 1 бал за кожен відповідь «так» і 0 балів за кожен відповідь «ні». Остання цифра дає кількісну самооцінку здоров'я. Тому, якщо відповідь на останнє запитання «погано», «дуже погано», додаємо 1 бал.

Результати. Розподіл респондентів за рівнем самооцінки здоров'я та відтворення результатів у відсотках показав, що «ідеально» здоровим не рахує себе жоден підліток. Як «добрий» рівень здоров'я визначили 10 підлітків (22,2%), як «посередній» – 13 підлітків (28,8%), як «задовільний» – 18 підлітків (40%), як «незадовільний» – 4 (8,8%). Найбільший показник самооцінки здоров'я – «задовільне» і «незадовільне» (48,8%), що є двома останніми і низькими показниками. Це засвідчує, що студентам необхідно звернути увагу на рекомендації щодо покращення стану здоров'я.

Висновок. Адаптація до дистанційного навчання значною мірою впливає на здоров'я студента, що диктує необхідність подальшого вивчення з метою розробки практичних рекомендацій.

ОЦІНКА ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ ІЗ ПИТАНЬ НАВИЧОК ПЕДІАТРИЧНОЇ БАЗОВОЇ ТА РОЗШИРЕНОЇ ПІДТРИМКИ ЖИТТЯ

Богущька Н. К.

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

Структуроване навчання з базової та розширеної підтримки життя (БПЖ/РПЖ) має важливе значення для медичного персоналу задля підвищення ефективності реанімаційних заходів. Однак наразі в Україні на додипломному етапі медичної підготовки відсутній структурований підхід до такого навчання і підготовка істотно різниться у різних вишах, а також немає розуміння відмінностей навчальних програм, що пропонуються різними закладами. У записці Європейської ради реанімації (2021) визнається значна різниця у підготовці з питань серцево-легеневої реанімації (СЛР) у різних країнах і рекомендується обов'язкове навчання СЛР у медичних навчальних закладах. Для розробки ефективної навчальної програми з педіатричної підтримки життя необхідно провести аналіз знань студентів з питань БПЖ/РПЖ.

Метою цього дослідження було оцінити рівень самооцінки та знання алгоритмів педіатричної БПЖ/РПЖ (Європейської ради реанімації, 2021) серед студентів останнього року навчання та визначити найбільші прогалини у підготовці. В рамках Erasmus+ проекту SaveLife було проведено опитування для визначення освітніх потреб студентів. Опитувальник складався з 41 завершеного твердження, які стосувалися різних аспектів БПЖ/РПЖ, з них 14 тверджень — педіатричної допомоги. Респонденти оцінювали свою здатність до виконання алгоритмів або демонстрували знання за 5-бальною шкалою Лайкерта, де 5 відповідало найвищому рівню, вірними вважали відповіді з балами 4 та 5. У дослідженні взяли участь 56 учасників, серед яких 18 (32,1%) студентів та інтернів (група I) і 38 (67,9%) лікарів (група II). Серед опитаних студентів 88,9% були віком до 25 років. Серед опитаних лікарів 68,4% були у віковій групі 25–44 роки, тоді як лише 31,6% були старше 44 років.

У розділі «самооцінювання» студенти мали дещо нижчий середній бал (середнє±SD) $3,43\pm 0,28$ порівняно з лікарями, які набрали $3,56\pm 0,30$ балів ($p<0,07$). Ця різниця була зумовлена насамперед нижчою здатністю студентів до первинної оцінки реакції дитини ($3,44\pm 0,62$ та $3,89\pm 0,76$ у I та II групах відповідно, $p<0,04$), однак щодо впевненості у здатності оцінити стан немовляти такої відмінності вже не існувало за рахунок нижчого балу загалом у групах ($3,65\pm 1,0$ та $3,50\pm 0,90$ у II та I групах відповідно, $p>0,05$). Одними з найнижчих показників впевненості у здатності до виконання були бали стосовно вміння призначати необхідні медикаменти впродовж реанімації у педіатричних дозах ($3,28\pm 0,62$ та $3,22\pm 0,76$ у II та I групах відповідно, $p<0,04$). При оцінці знань алгоритмів БПЖ/РПЖ істотно нижчими були бали стосовно питання вміння перевірити реакцію на вербальну та тактильну стимуляцію дитини та оцінити дихання, зокрема ($4,21\pm 0,66$ та $3,72\pm 0,96$ у II та I групах відповідно, $p<0,03$), дещо нижчими – стосовно необхідності першочергового виконання СЛР і наступної активації додаткової допомоги, якщо це не можна зробити негайно ($4,02\pm 0,67$ та $3,61\pm 0,98$ у II та I групах відповідно, $p<0,07$). У розділі «компресії грудної клітки» та «вентиляція» істотних відмінностей щодо знань педіатричної допомоги у групах не відмічено: стосовно техніки компресій грудної клітки у дітей старшого віку ($4,1\pm 0,7$ та $4,1\pm 0,7$ у II та I групах відповідно, $p>0,05$), співвідношення натискань до вдихів у дітей ($3,6\pm 1,1$ та $3,7\pm 0,9$ у II та I групах відповідно, $p>0,05$), необхідності виконання п'яти початкових рятувальних вдихів, якщо дитина не реагує з відсутнім або ненормальним

диханням ($4,0\pm 0,8$ та $3,8\pm 0,9$ у II та I групах відповідно, $p>0,05$), заборони здійснювати ревізію ротоглотки пальцями наосліп при підозрі на стороннє тіло дихальних шляхів ($3,8\pm 0,9$ та $3,8\pm 0,7$ у II та I групах відповідно, $p>0,05$), невиконання жодних маневрів, якщо при аспірації стороннього тіла дитина ефективно кашляє ($3,6\pm 1,0$ та $3,7\pm 0,8$ у II та I групах відповідно, $p>0,05$). Знання застосування автоматичного зовнішнього дефібрилятора (АЗД) з педіатричним атенуатором у дітей до 8 років або стандартного АЗД, якщо такий недоступний ($3,6\pm 0,7$ та $3,6\pm 0,8$ у II та I групах відповідно, $p>0,05$), як і дозування адреналіну (10 мкг/кг, максимум 1 мг) в дітей впродовж СЛР ($4,0\pm 1,0$ та $3,7\pm 0,8$ у II та I групах відповідно, $p>0,16$) істотно не різнились у лікарів та студентів.

Три найкращі відповіді студенти надали за розділами "Непрямий масаж серця", "Вентиляція легень" та "Первинна оцінка" із середніми балами 3,93, 3,89 та 3,82 відповідно. Розділ "Екстрена дефібриляція" отримав 3,56 бала, тоді як найслабші знання були продемонстровані в розділах "Реагування на невідкладні стани", "Серцеві ритми і медикаменти" та "Постреанімаційна допомога" - 3,47, 3,38 та 3,51 бала, відповідно. Студенти відповідали подібно до лікарів, однак з нижчими балами та іншим порядком сильних і слабких знань. В цілому, студенти у порівнянні з лікарями отримали достовірно нижчі бали з питань проведення непрямого масажу грудної клітки, первинної оцінки та, особливо, постреанімаційної допомоги.

Отже, студенти продемонстрували гірші знання з питань педіатричної підтримки життя у порівнянні з СЛР у дорослих та у зіставленні з лікарями. Отримані результати є свідченням необхідності проведення додаткового навчання студентів із педіатричної БПЖ/РПЖ, причому слід змістити фокус навчання саме на ті навички, де студенти продемонстрували найнижчий рівень знань. Існує нагальна потреба інтегрувати курси БПЖ/РПЖ у навчальну програму студентів для поглиблення їхніх знань та вдосконалення навичок реанімації у дітей. Належне навчання, спрямоване на найслабші місця знань та вмінь педіатричних алгоритмів БПЖ/РПЖ, є обов'язковим у медичній освіті на додипломному рівні.

ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ КАФЕДРИ СТОМАТОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ ВАРШАВСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Białoszycka M. M.¹, Пачевська А. В.², Попов М. В.², Попова О. І.²

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

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

Кафедра стоматології дитячого віку

Дитяча стоматологія як навчальна дисципліна була створена вперше в Польщі в 1951 році на базі кафедри терапевтичної стоматології Варшавського медичного університету. Підрозділ отримав назву «Стоматологічна поліклініка для дітей», його очолював професор Януш Кшивіцький від початку і до 1970 року.

Завданням цього першого і єдиного закладу в країні «Стоматологічної поліклініки для дітей» було не лише лікування маленьких пацієнтів, а й розробка навчальної програми цього нового предмету для студентів-стоматологів. Співробітники цього закладу також займалися розробкою сучасних методів лікування, оскільки раніше дитячої стоматології як окремої галузі стоматології не існувало. Слід пам'ятати, що на той час викладачі новоствореної установи не мали доступу до клінік дитячої стоматології за кордоном, також не було легкого доступу до літератури дослідницьких

центрів світового рівня. Тому перші роки професійної роботи були присвячені лікуванню зубів маленьких пацієнтів і розробці відповідних методів лікування.

Приміщення та обладнання заснованої «Стоматологічної поліклініки для дітей» Варшавського медичного університету були дуже скромними, що стало наслідком величезних руйнувань міста під час Варшавського повстання. У закладі було всього два робочих місця в кабінеті терапевтичного лікування, одне робоче місце в хірургічному кабінеті, одне робоче місце в ортодонтичному кабінеті та ортодонтична лабораторія. Незважаючи на такі скромні умови дитячої стоматологічної поліклініки, лікарі надавали допомогу найменшим пацієнтам, які до цього були позбавлені стоматологічної допомоги, в тому числі дітям із чотирьох варшавських дитсадків, розташованих поблизу установи. Відвідувачі дитячих садочків стали чудовими дисциплінованими пацієнтами для студентів-стоматологів під час клінічних занять. З часом дитячу стоматологічну поліклініку почали відвідувати маленькі пацієнти з дуже віддалених куточків країни, які страждали різними синдромами рідкісних генетично обумовлених захворювань, пацієнти з посттравматичними пошкодженнями зубів, що згодом знайшло відображення в описах цікавих випадків у Польському стоматологічному журналі.

У перший період роботи дитячої стоматологічної поліклініки працювали викладачі: Krystyna Czarnocka, Anna Dobrzańska, Maria Szpringer, Eugenia Szymańska-Jachimczak, а в клінічній стоматполіклініці лікарі-стоматологи: Lucyna Augustyniak, Danuta Galińska, Zdzisława Gutkowska, Irena Malanowska, Krystyna Nitecka, Wiesława Wiraszko та ортодонт Maria Chojecka разом з техніком-ортодонтом та 5 асистентами стоматолога.

У перші два роки на прохання професора Януша Кшивіцького лікарі працювали під безпосереднім керівництвом головного лікаря Ядвіги Поляковської, а з 1953 року – доктора Катажини Гродської. У 1970 році, коли в окремих медичних університетах Польщі були засновані стоматологічні факультети, «Стоматологічна поліклініка для дітей» Варшавського медичного університету змінила назву на кафедру дитячої стоматології стоматологічного факультету Варшавського медичного університету і стала самостійним науково-навчальним закладом, очолюваним до 1980 року доцентом Катажиною Гродською.

Зі збільшенням кількості студентів та навчального навантаження, через обмежену площу приміщень, кафедра дитячої стоматології була змушена відмовитися від ортодонтичного лікування, щоб використовувати звільнені приміщення для занять зі студентами. Таким чином було створено два додаткових навчальних робочих місця для студентів.

З 1980 по 1999 рр. кафедрою завідувала професор Марія Шпрінгер-Нодзак. Протягом 10 років до 2010 року кафедру очолював доктор Олександр Ремішевський.

Нинішній завідувач кафедри з 2010 р. – д. габ., професор Дорота Ольчак-Ковальчик. З 1995 року завдяки розширенню приміщень із сучасним обладнанням та збільшенню кількості посад умови праці значно покращилися. З часом відбулися зміни і серед медичного персоналу відділення.

Уже в перші дні відкриття клініки маленьким пацієнтам, найчастіше ясельного та дошкільного, рідше шкільного віку, лікарі-стоматологи надавали повний комплекс необхідних процедур терапевтичного, хірургічного та ортодонтичного лікування, а також проводили ортодонтичну та фтор профілактику, згодом до надання стоматологічної допомоги долучили студентів-стоматологів в рамках клінічних занять. Слід підкреслити, що дитяча стоматологічна поліклініка однією з перших у Польщі

впровадила сполуки фтору в програму профілактику карієсу ендогенними та екзогенними методами. Також першими в країні запровадили фтористий лак Duraphat для профілактики карієсу. Дворічні дослідження використання лаку Duraphat у 3,5-річних дітей у 18 дитячих садках району Жолібож у Варшаві - спільно зі шведською стороною (Каролінський інститут) показали, що в зубах дітей з такою високою активністю карієсу, як у країні, цей препарат має невелику профілактичну дію і застосування Дурафату слід поєднувати з іншими методами фторпрофілактики. Щоб оцінити потреби в лікуванні найменших дітей у столиці Варшаві, у всіх яслах і дитячих садках проводилися систематичні огляди ротової порожнини дітей. Ці тривалі безперервні огляди дали значні результати, оскільки можна було оцінити як кількість молочних зубів, що прорізувалися, так і постійних зубів у дітей, а також стан здоров'я молочних зубів і перших постійних молярів. Отримані результати цих досліджень дозволили визначити середні терміни прорізування окремих молочних зубів і постійних зубів, що прорізуються на першому етапі у дітей. Також вдалося оцінити ступінь карієсного ризику окремих груп молочних зубів і постійних перших молярів. Загалом у Варшаві було виявлено дуже високий ризик карієсу зубів у дітей як у ясельному, так і в дошкільному віці, що дозволило планувати терапевтичне та профілактичне лікування.

Поступово модернізувалося обладнання та впроваджувалося діагностичне обладнання для лікування та профілактики, що полегшило роботу студентів і лікарів та підвищило ефективність роботи. Відповідно до тенденцій світових центрів дитячої стоматології, впроваджувалися нові препарати та матеріали, удосконалювалися методики лікування молочних і постійних зубів у дітей. Основний акцент був зроблений на профілактиці карієсу, використанні сполуки фтору у вигляді розчинів, гелів, паст та лаків. В рамках санітарно-просвітницької роботи проводились періодичні зустрічі з батьками та особами, які виховують дітей у дитячих садках та школах, на яких обговорювалися причини захворювань зубів та ротової порожнини та правила їх профілактики в домашніх умовах. Крім того, колектив кафедри розробив два посібники для батьків: «Як доглядати за зубами дитини» та «Все про зуби вашої дитини» (1996 і 1999 рр.) під редакцією М. Шпрінгера-Нодзака. Це були посібники для батьків, які пояснювали, як піклуватися про здоров'я порожнини рота дитини. Результати стоматологічних оглядів дітей і запропоновані методи лікування та профілактики лікарі публікували в стоматологічних журналах і в окремих виданнях підручника «Стоматологія вікового розвитку», а також надавалися методичні рекомендації лікарям, які працюють в дитячих поліклініках, шкільних стоматологічних кабінетах. В рамках шефської роботи була здійснена співпраця з дитячим відділенням Центру дитячого здоров'я у Варшаві, що дозволило оцінити дату початку прорізування зубів від дня пологів, а також вагу дитини при народженні, а у дітей із затримкою прорізування зубів – визначати рівень кальцію, фосфору та вітаміну D у сироватці крові. Кафедра також співпрацювала з Клінікою педіатрії, геморагічних розладів і захворювань крові у Варшаві, що дозволило науковцям-стоматологам запровадити відповідні методи стоматологічного лікування дітей, які страждають на гемофілію або хворобу Віллебранда, щоб належним чином піклуватися про здоров'я зубів і мінімізувати потребу в екстракції зубів, яка у цих пацієнтів потребує особливої уваги. Кафедра дитячої стоматології в 1987, 1993, 1999 та 2003 рр. видавала підручник «Стоматологія вікового розвитку».

Для вдосконалення методів лікування та профілактики у дітей кафедра дитячої стоматології співпрацювала також із закордонними центрами: з кафедрою карієсології

Каролінського університету в Стокгольмі (використання фторвмісних лаків для профілактики карієсу), з кафедрою ендодонтії Лундського університету (Швеція), що збагатило лікування пульпи зуба так званою «частковою ампутацією пульпи», застосування якої відносно часто зберігало життєздатність пульпи незрілих постійних зубів у дітей після механічних ушкоджень.

Зараз на кафедрі працює завідуючий кафедрою, п'ять доцентів, дванадцять асистентів, секретар кафедри та технік. На сьогоднішній день створено десять робочих місць, які обладнані найсучаснішою технікою, що дозволяє не тільки проводити заняття для студентів, а й стати базою удосконалення для викладачів польських університетів та лікарів-стоматологів всієї країни за напрямками ендодонтія, профілактика, сучасні техніки в дитячій стоматології.

ЗНАЧЕННЯ СКРИНІНГУ НОВОНАРОДЖЕНОГО

Вакуленко А. І., Ащеулов О. М.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії

Актуальність. Скринінг новонароджених – це невід'ємна частина обстеження для перевірки відсутності спадкових та вроджених хвороб. Цей метод на ранньому етапі дозволяє виявити певне захворювання, запобігти йому або полегшити перебіг. На теперішній час використовуються чотири методи скринінгу, зокрема: кардіологічний, генетичний, офтальмологічний та аудіологічний. За допомогою кардіологічного методу можна виявити різні патології серця, офтальмологічний та аудіологічний дозволяє перевірити зір та слух немовля, при необхідності можуть використовувати додаткові методи обстеження. Для групи визначення спадкових захворювань використовують генетичний метод.

У доношеної дитини, яка народилася після 37 тижня, масою більше 2500 г беруть кров з п'ятки після трьох днів життя, у недоношених дітей бажано брати на 9-11 добу. У нашій країні в програму входить 21 захворювання, серед них основні – муковісцидоз, фенілкетонурія, гіпотиреоз, адреногенітальний синдром. Муковісцидоз характеризується порушенням роботи органів внаслідок утворення в'язкого слизу. Якщо не виявити фенілкетонурію, то у дитини будуть порушення ЦНС, судоми. Внаслідок гіпотиреозу порушується робота щитоподібної залози, сповільнюється ріст та розвиток немовляти. Адреногенітальний синдром призводить до ниркових захворювань, тому що зменшується утворення кортизолу.

Метою дослідження було з'ясувати обізнаність населення щодо скринінгу новонароджених, його види, правила проведення, захворювання, які входять в цей метод обстеження.

Матеріали та методи. Для реалізації поставленої мети ми використали різні методи дослідження, зокрема: аналітичний, описовий, зіставний та соціологічне опитування. Для вивчення обізнаності населення щодо скринінгу новонароджених було проведено опитування у форматі Google Forms. В даному он-лайн опитуванні брали участь 46 людей, серед них 69,4% – жінок, 30,6% – чоловіків. Більшість опитуваних у віці 24-29 років.

Результати. За даними проведеного дослідження було виявлено, що 65,8% опитуваних мають дітей. Про основні питання неонатології – масу, зріст доношених дітей знають 76,1% людей. Про поняття «неонатальний скринінг» знають 58,6% опитуваних.

48,9% обізнані, що скринінг потрібно проводити протягом перших 48-72 годин життя дитини. Серед опитуваних 52,8% знають, що це обстеження потрібне для виявлення вроджених та спадкових захворювань. 54,7% відповіли, що скринінг потрібно проводити усім новонародженим. Про види та методику проведення даного методу обстеження знають лише 43,4% опитуваних, про захворювання, які входять в програму скринінгу – 46,1%.

Висновок. За результатами дослідження можна зробити висновок, що лише 54,7% опитуваних розуміють важливість скринінгу новонароджених. Скринінг новонароджених – це важливий метод обстеження, тому населенню потрібно більше дізнаватись про програму та складові частини. Вагітним жінкам та їх чоловікам потрібно завчасно вивчати про обстеження новонароджених дітей для виявлення захворювань до появи певних симптомів. Пропонуємо приділяти увагу розповсюдженню цієї інформації шляхом візуального інформування у жіночих консультаціях, пологових будинках, поліклініках (постери, плакати) та додавати як окрему тему до «Школи молодих батьків».

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ КАВАСАКІ

Вакуленко Л. І., Самсоненко С. В., Різник А. В.

Дніпровський державний медичний університет

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб та педіатрії 2

Хвороба Кавасакі (ХК) є однією з найчастіших причин лихоманок неясного генезу та набутих вад серця у дітей до п'яти років. Епідеміологія ХК сильно варіює в залежності від географічного положення та сезонності. На сьогоднішній день не існує специфічних лабораторних тестів для встановлення діагнозу ХК. У зв'язку з цим, діагноз встановлюють на підставі клінічних критеріїв. Діагноз ХК включає лихоманку, що триває більше 5 днів та поєднується з не менш ніж чотирма із п'яти клінічних проявів: двостороннім кон'юнктивітом, поліморфною екзантемою, оро-фарингеальними симптомами, змінами в кінцівках, однією шийною лімфаденопатією. Якщо є аномалії коронарних артерій, ХК можна діагностувати за наявності менше чотирьох з п'яти ознак.

Мета роботи - визначити клінічні, лабораторні та інструментальні особливості перебігу хвороби Кавасакі у доквідні часи на підставі ретроспективного вивчення історій хвороб дітей.

Матеріали та методи. Було досліджено 8 дітей з ХК віком від 6 місяців до 5-ти років (хлопчики-4, дівчинки-4). Пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні обласної дитячої клінічної лікарні (ОДКЛ) м.Дніпро в період до 2019 року. Верифікація діагнозу проводилась згідно критеріїв American Heart Association, які були затверджені Консенсусом EULAR/PreS у 2017 р.

Результати отриманих даних. Терміни надходження в стаціонар хворих були різні: від 5 до 13 днів від початку захворювання. Попереднім діагнозом на догоспітальному етапі були гостра респіраторна інфекція з гіпертермічним синдромом. Усі отримували лікування до госпіталізації в ОДКБ з такими діагнозами: гострий бронхіт (2), пневмонія (1), гострий пієлонефрит (2), гостра кишкова інфекція (2) та однією шийною лімфаденопатією (1). За результатами основних клінічних критеріїв ХК, у всіх обстежених (100%) спостерігались фібрильна лихоманка більше 5 діб, двостороння кон'юнктивальна ін'єкція без ексудації, орофарингеальні зміни. Дифузна висипка була зареєстрована у 87,5% дітей. У 75% були відмічені зміни в периферичних кінцівках та шийною лімфаденопатією. З додаткових критеріїв: 100% дітей мали неврологічні симптоми, 37,5% - ураження шлунково-кишкового

тракту та дизурію, і 25% – артрит. За результатами лабораторних досліджень: 100% обстежених мали тромбоцитоз, лейкоцитоз спостерігався у 75%, та анемія – у 63%. Гіпоальбумінемія та підвищений рівень печінкової трансамінази (АЛТ) були зареєстровані у 38% випадків. Сечовий синдром у вигляді лейкоцитурії був представлений у 38% обстежених. За даними ехокардіологічного дослідження серця 100% дітей мали ознаки дилатації порожнин серця зі змінами на електрокардіографії. Аневризму коронарних артерій було діагностовано у 38% обстежених.

Висновки. Швидка діагностика ХК має дуже важливе значення, а додаткові критерії можна використовувати для діагностики, коли класичні клінічні критерії є неповними. Часто не всі клінічні ознаки присутні одночасно, що ускладнює діагностику та призводить до відтермінування терапії ХК. Захворювання має циклічний характер і це може спричинити значні складності у діагностиці. Ретельно зібраний анамнез дозволяє виявити, що ≥ 1 основної клінічної ознаки були присутні під час хвороби, але на момент звернення зменшились або були відсутні.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШКІВНИКА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Василенко С. Г.

Науковий керівник: к.мед.н.. Бессікало Т.Г

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кафедра факультетської педіатрії

Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) були і залишаються найсерйознішою проблемою сучасної гастроентерології. До запальних захворювань відносять дві нозологічні форми – хвороба Крона і неспецифічний виразковий коліт (НВК). В розвитку цих захворювань визначну роль відіграє імунна система, а саме неадекватна імунна реакція на резидентну мікробіоту кишечника. Актуальними є і генетичні фактори у виникненні ЗЗК. Встановлено, що у 30% пацієнтів із ЗЗК мають місце різні генетичні мутації, а у 70% випадків ці мутації генів є спільними між хворобою Крона та виразковим колітом, що підкреслює значний генетичний збіг цих захворювань. Таким чином, згідно сучасній концепції розуміння сутності патогенезу ЗЗК, вони розвиваються під впливом факторів оточуючого середовища у генетично схильних осіб під час взаємодії імунної системи господаря і просвітної кишкової мікрофлори, та проявляються нездатністю імунної системи, що асоційована зі слизовою оболонкою кишечника, контролювати запалення.

Мета: Продемонструвати особливості і труднощі діагностики ХЗК у дітей, диференційної діагностики з НВК.

Матеріали та методи: Дослідження клінічного випадку пацієнтки 11 років з діагностованою хворобою Крона з детальним та комплексним ретроспективним та проспективним вивченням медичної документації, даних анамнезу, перебігу основного захворювання, аналізом отриманих результатів і порівнянням даних ендоскопії та патогістології з установленним діагнозом.

Результати. Найперше, на що хотілося б звернути увагу, що у даному клінічному випадку кожен епізод погіршення стану та самопочуття розцінювався як окреме захворювання, без враховування даних анамнезу. Дебют захворювання на хворобу Крона часто буває саме з позакишкових проявів. В даному конкретному випадку спочатку, за 5 місяців до першої госпіталізації, виникли ураження шкіри кінцівки (перенесений абсцес

шкіри, фурункул і карбункул нижньої кінцівки), далі через 5 місяців батьки звернули увагу на значну втомлюваність дитини з незадовільною реакцією навіть на мінімальне фізичне навантаження з преданням гіпертермії та інших патологічних проявів (тотальний стоматит, гепатит з підвищенням трансаміназ та збільшенням печінки до +4 нижче краю реберної дуги). Не дивлячись на те, що не було діагностичних підтверджень гострого вірусно-бактеріального захворювання, дитина лікувалась двічі в стаціонарі саме з цього приводу (перший раз – з приводу ГРВІ, вдруге – з приводу гострої кишкової інфекції). В лабораторних показниках стійко трималися підвищення трансаміназ, нейтрофільний лейкоцитоз, висока (40-44 мм/год) ШОЕ. На тлі кишкових симптомів і відсутності відповіді на антибіотикотерапію було помічено, що стан покращується після введення глюкокортикостероїдів (у складі дезінтоксикаційної терапії).

І лише на цьому етапі виникла думка про можливість наявності у дівчинки ЗЗК і проведене дослідження кальпротектину калу, показники якого становили 424,24 мкг/г. Колоноскопом Fujinon EC-530 RD/L було проведене ендоскопічне обстеження, де були виявлені виражені запальні зміни слизової оболонки купола сліпої кишки та всіх відділів товстої кишки з кровоточивістю при дотику.

Під час проведення езофагогастродуоденоскопії – ерозивно-геморагічна гастропатія; еритематозна дуоденопатія

При патоморфологічному дослідженні було підтверджено наявність запальних процесів у шлунку, тонкому та товстому кишківнику, що характеризувалось вмістом лімфоцитів, плазмоцитів та еозинофілів у запальному інфільтраті, а також ділянок помірно вираженого вогнищового фіброзу, псевдополіпозу слизової оболонки товстого кишківника, гіперплазії лімфоїдних фолікулів та поодинокі локуси акомодативної Low-Grade дисплазії епітелію залоз. Це дало підставу зробити клінічний висновок патоморфолога про те, що це неспецифічний виразковий коліт через те, що не було виявлено специфічних для хвороби Крона гранулом. Ендоскопічна картина ЗЗК (НВК?). UCEIS 6 балів. Активність (CHUTKAN, WAYE) III ступінь.

Треба зазначити, що не всі патологічно змінені ділянки можуть потрапляти до біоптату для дослідження, тож відсутність у дослідженому матеріалі специфічних морфологічних ознак не виключає, а запальне ураження слизової всього кишково-шлункового тракту підтверджує діагноз хвороби Крона.

Висновки.

Патоморфологічні зміни неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона дуже схожі. У діагностиці захворювання треба оцінювати всі симптоми та результати додаткових методів обстеження комплексно, враховувати дані анамнезу, генетичну схильність, характер дебюту проявів основного захворювання. Необхідно пам'ятати що при неспецифічному виразковому коліті вражається виключно товстий кишківник, а при хворобі Крона – всі відділи травної трубки. Несвоєчасна діагностика може стати чинником призначення невідповідної медикаментозної терапії, а в подальшому тяжкої інвалідизації дитини з розвитком тяжких дефіцитних станів як похідне тривалого синдрому мальабсорбції.

ІННОВАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРІВ ЩОДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ: ВИКЛИКИ ЧАСУ

Водолажський М. Л., Кошман Т. В., Фоміна Т. В., Сидоренко Т. П.

ДУ «ІОЗДП НАМН»

Відділ науково-медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи

Вступ. Інноваційні процеси в галузі охорони здоров'я за останнє десятиріччя трансформуються під впливом світового розвитку науки, всебічної глобалізації, поширення міжнародного співробітництва, підвищення доступності отримання передового досвіду, все більшого використання інформаційних технологій тощо. За викликом часу, в останні роки, додаються й об'єктивні фактори суспільного життя України: пандемія COVID-19, карантинний та після карантинний періоди, існування в умовах воєнного стану. Наслідки і чинники, з цим пов'язані, викликають подальші проблеми для взаємодії науки та практики, які значно варіюються і потребують регуляції, вдосконалення, перегляду нормативно-правових засад впровадження інновацій з боку відповідних державних структур. Поліпшення якості надання медичної допомоги дітям за вимогами часу залежить від достатнього інноваційного забезпечення лікарів.

Мета дослідження. Визначення особливостей сучасного інноваційного забезпечення лікарів щодо надання медичної допомоги дітям.

Матеріали та методи дослідження. У 2023 році було розпочато моніторинг інноваційних процесів у галузі охорони здоров'я дітей та підлітків методом опитування за допомогою спеціально розробленої анкети. Заповнення анкети відбувалося у електронному форматі Google форми. В опитуванні прийняли участь 215 лікарів практиків.

Отримані результати дослідження. Серед респондентів лікарі різних спеціальностей: педіатри — 30,3%, лікарі загальної практики сімейної медицини — 19,1%, підліткові лікарі — 0,9%, «вузькі» фахівці (алергологи, гастроентерологи, гінекологи, ендокринологи, імунологи, кардіологи, ревматологи, неврологи, нефрологи, ортопеди, отоларингологи, офтальмологи, психіатри, стоматологи, фтизіатри, фізіотерапевти) — 45,6%, інші — 4,1%. Дослідження продовжується, проте можливо представити окремі результати. За даними опитування, серед основних інформаційних каналів для отримання відомостей щодо медичних інновацій з питань надання медичної допомоги дітям за їх цінністю для практичної охорони здоров'я визначені наступні: навчання у закладах післядипломної освіти та на робочому місці — I рангове місце; фахові сайти в мережі Інтернет — II рангове місце; участь у науково-практичних форумах (виставках) — III рангове місце; розпорядження вищого керівництва, відомчих організацій — IV рангове місце; спілкування з колегами — V рангове місце; публікації в медичних виданнях (статті, монографії, інше) — VI рангове місце; сайти наукових установ — VII рангове місце; соціальні мережі — VIII рангове місце. Інформаційну цінність навчання, що займає I рангове місце, на сьогодні підтверджує постійний та частий характер використання респондентами різних навчальних форм: семінари (82,3% опитаних), програми навчання, курси (80,9% опитаних), тренінги (79,1% опитаних), лекції (76,3% опитаних). Поряд з навчальними формами (від 82,3% до 76,3%) передачі наукового та інноваційного продукту у галузі найбільше використовують наступне: нормативно-правові документи (94,0%); клінічні протоколи / стандарти / настанови діагностики, лікування, диспансерного нагляду, реабілітації, ін. (81,9%); методичні рекомендації (80,9%); навчальні підручники, посібники (72,1%); довідники, покажчики (64,2%).

Висновок. Результати опитування лікарів, що працюють в галузі охорони здоров'я дітей та підлітків, дозволили: визначити найбільш значущі інформаційні канали для отримання відомостей щодо медичних інновацій фахівцями (навчання у закладах післядипломної освіти та на робочому місці, фахові сайти в Інтернеті, участь у науково-практичних форумах); встановити найбільше використання фахівцями наступних засобів передачі наукового та інноваційного продукту: навчальні форми — семінари, програми навчання (курси), тренінги, лекції; нормативно-правові документи; клінічні протоколи / стандарти / настанови діагностики, лікування, диспансерного нагляду, реабілітації, ін.; методичні рекомендації.

АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВАРІАНТІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ

Волошин К. В., Музика О. О., Слободіна Д. М., Слободянюк О. Л.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Кафедра педіатрії

Актуальність функціональних захворювань травної системи у дітей обумовлена неоднозначністю думок про їх суть, етапи розвитку та підходів до терапії. Одним з найбільш поширених функціональних захворювань є функціональна диспепсія (ФД), яка згідно з Римськими Критеріями (РК) IV визначається як комплекс симптомів, що належать до гастродуоденальної області, за відсутності будь яких органічних, системних або метаболічних захворювань, які могли б пояснити ці прояви. Виділені наступні клінічні варіанти: 1) Постпрандіальний дистрес-синдром (ПДС) та 2) Синдром епігастрального болю (СЕБ).

Мета роботи: клініко-параклінічна оцінка клінічних форм ФД з метою обґрунтування підходів до постановки діагнозу та призначення лікування.

Матеріали і методи. Обстежено 130 дітей віком від 6 до 17 років. Верифікація ФД проводилася за допомогою гастродуоденоскопії. Критеріями постановки діагнозу ФД була або ендоскопічно незмінена слизова (37 дітей – 26%), або слизова з поверхневими катаральними змінами (еритематозна гастропатія) (93 дитини – 74%). У всіх дітей визначалася тривалість анамнезу захворювання, показники моторної і секреторної функцій шлунка, інфікованість Н. рулогі. Після аналізу клінічних проявів і об'єктивних даних хворі на ФД були розділені на дві групи: ПДС і СЕБ.

Для дослідження взаємозв'язків показників при ПДС і СЕБ був використаний факторний аналіз. Була сформульована гіпотеза про інформативність структури взаємозв'язків досліджуваних показників, яка повинна відрізнятися при різних варіантах перебігу ФД. Для перевірки цієї гіпотези проведено факторний аналіз наявних даних і побудовані відповідні факторні структури. Аналіз факторів при ФД у дітей показав, що ПДС і СЕБ мають суттєві відмінності.

Висновки:

1. Проведений аналіз клініко-параклінічних характеристик ПДС і СЕБ виявив суттєві відмінності між даними клінічними формами ФД. Для ПДС, що зустрічається частіше у дітей молодшого віку, є характерним переважно порушення моторної функції шлунка без значних змін шлункової секреції. Слизова шлунка частіше без візуальних змін. В той час як СЕБ є властивим дітям старшого віку. Слизова шлунка характеризується наявністю поверхневих катаральних змін. До більш виражених порушень моторної функції шлунка приєднуються виражені порушення шлункової секреції (підвищення кислотоутворюючої шлунка).

2. Можна припустити, що ФД, що починається у дітей молодшого віку у вигляді ПДС, із зростанням тривалості анамнезу захворювання при відсутності або неадекватності терапії трансформується в СЕБ, який за своїми клініко-параклінічними характеристиками схожий з хронічним гастритом.

3. Враховуючи отримані дані, при призначенні терапії необхідно передбачити при ПДС призначення режимних заходів, дієти, седативних засобів, прокінетиків. При СЕБ терапія повинна бути близька до терапії хронічного гастриту з обов'язковим урахуванням інфікованості *H. pylori*.

КЛІНІЧНЕ МИСЛЕННЯ ЯК ОСНОВНА КОМПЕТЕНЦІЯ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ПЕДІАТРИЧНИХ ДИСЦИПЛІН

Гарас М. Н.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Клінічне мислення (варіант критичного мислення), професійне медичне мислення – специфікований процес діалектичного мислення, що додає цілісність і закінченість медичного знання, якому притаманні такі властивості, як усвідомленість, самостійність, рефлексивність (самоаналіз), цілеспрямованість, обґрунтованість, контрольованість, самоорганізованість та самовдосконалення. Водночас клінічне мислення має специфічні аспекти, значення яких треба враховувати при розгляді проблеми його формування та розвитку. Хоча в кожній людині воно формується винятково індивідуально, але має спорідненість за рівнями розвитку, кожний наступний рівень базується на попередньому: загальне мислення – це загальний процес обробки інформації; предметне мислення – це процес обробки інформації за допомогою методів наукового дослідження, збагачений предметними та методологічними знаннями; критичне мислення контролює за перебігом загального та предметного мислення, їх удосконалення (О. О. Свинтозельський, 2023).

Клінічне мислення – це особлива форма людського пізнання для визначення природи хвороби у конкретної людини, її прогнозу і необхідного на те лікування. Воно формується при вивченні медицини на студентській лаві біля ліжка хворого, вдосконалюється подальшою практикою і відзначається своєрідною спрямованістю розумової діяльності практикуючого лікаря, яка характеризується сполученням клінічних спостережень і результатів параклінічних досліджень з теоретичним багажем і особистим практичним досвідом фахівця (Ткаченко П.І., 2021).

Компетентнісний підхід визнаний базовою ідеєю реформування освіти в країнах Європейського Союзу і розглядається як стрижнева конструктивна ідея неперервної освіти. Клінічне мислення вважають ключовою компетентністю лікаря. Водночас проблеми з клінічними мисленнями часто виникають через недостатні знання, недоліки в зборі даних і неправильний підхід до аналізу інформації. Освітні стратегії з удосконалення клінічного мислення в т.ч. віртуальні пацієнти, дозволяють проводити ознайомлення з різноманітними клінічними випадками, імплементувати попередньо набуті знання і вміння, прогнозувати сценарії захворювання, обмінюватися експертними стратегіями для встановлення діагнозу, визначати пріоритетний діагностичний пошук та диференційну діагностику, фахово самовдосконалюватися шляхом із використанням зворотного зв'язку (Modi J.N., 2015).

З 2022 року Буковинський державний медичний університет бере участь у проєкті «Віртуальні навчальні ресурси для навчання клінічного мислення в українських школах

охорони здоров'я» у співпраці з Університетом Аугсбурга, спонсором якого є DAAD (Німецька служба академічних обмінів), яка впроваджує програму «Україна цифрова: забезпечення академічного успіху під час кризи». Цілями проєкту є адаптація доступних ресурсів із віртуальних пацієнтів та навчальної програми з проєктів клінічного обґрунтування до потреб України; інтеграція ресурсів у навчальні програми партнерів проєкту та збір відгуків від студентів; налагодження довгострокових партнерських відносин між усіма партнерами проєкту.

Пілотний етап реалізації проєкту включав заняття в академічних групах по 2 клінічні випадки-кейси на модулі «Дитячі інфекційні хвороби» та 5–6 кейсів на модулі «Педіатрія» у студентів VI курсу медичних факультетів № 1–2 спеціальності «Медицина», освітній ступінь «магістр» із використанням схем-концептуальних карт та покрокових опитувальників.

За результатами проведених занять проведено анонімне онлайн анкетування 75 студентів-учасників.

За результатами опитування встановлено, що лівова частка респондентів-учасників відзначила позитивні сторони своєї участі у проєкті, зокрема, роботу з моделлю структурування мисленнєвого процесу на основі створення концептуальної карти клінічного випадку як елемент формування клінічного мислення (93,3%), можливість отримання зворотного зв'язку з аналізом запропонованих авторами кейсів логічних ланцюжків стосовно послідовного ствердження/спростування гіпотез на основі отриманих даних анамнестичного, фізикального та лабораторно-інструментального обстеження (95,9%), відповіді на інтерактивні запитання з наступним аналізом їх коректності як елемента імплементації теоретичних знань у практичну діяльність по роботі з клінічними випадками (90,7%). Особливістю також можна вважати, що більшість учасників по завершенню занять вважає себе готовими пояснити своїм колегам, що таке клінічне мислення (98,7%).

Таким чином, участь студентів випускного курсу у грантовому проєкті дозволила оптимізувати оволодіння однією з ключовим компетенцій майбутнього лікаря – формування клінічного мислення.

ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ, ЯК АЛЬТЕРНАТИВА НАВЧАННЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА НА ПОЧАТКУ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Горбатюк І. Б., Крецу Н. М.

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

11 березня 2020 року ВООЗ оголосила пандемію Covid-19. Перші спалахи хвороби були зафіксовані в Китаї, провінції Ухань, наприкінці грудня 2019 року. З того часу загальна захворюваність на Covid-19 різко зросла. На початку березня 2020 року перший підтверджений випадок був зареєстрований і в Україні. 6 березня оголошено карантин, далі надзвичайний стан та «червону зону» в м. Чернівці, у зв'язку з чим, всі навчальні заклади вимушено закрилися на карантин. Освітній процес було призупинено, однак для підтримки безперервності медичної освіти у закладі вищої освіти Буковинський державний медичний університет, було вирішено перейти на дистанційне навчання в синхронному режимі на базі платформи Google Meet. Починаючи з 16 березня 2020 року студенти-медики продовжили навчальний процес у новому для них та для викладачів вузу форматі.

Ще одним викликом для здобувачів освіти став оголошений військовий стан 24 лютого 2022 року у зв'язку з повномасштабним вторгненням в Україну. В умовах, що

склалися, необхідно було якомога швидше відновлювати освітній процес і заклади вищої освіти знову повернулися до дистанційної форми навчання.

В розвинутих країнах світу, дистанційне навчання є доволі розповсюдженим методом здобування освіти. Дистанційне електронне навчання визначається, як використання комп'ютерних технологій для проведення тренінгів, включаючи програми, що забезпечують навчання як в режимі онлайн, так і в режимі офлайн, або в обох випадках та спрямоване на ефективну побудову знань щодо індивідуального досвіду і практики студентів. Існують різні типи електронного навчання, зокрема, виділяють інтернет-навчання, комп'ютерне навчання, віртуальні та цифрові класи. Також розрізняють режими електронного навчання: дистанційне навчання та комп'ютерна взаємодія. Дистанційне навчання забезпечує доступ до навчання для здобувачів освіти географічно віддалених від викладача, в той час як, комп'ютерна взаємодія – це інтерактивна техніка, яка представляє навчальний матеріал, спостерігає та оцінює хід студентів. Ефективність дистанційного електронного навчання було доведено в різних освітніх та державних дослідженнях. Зокрема, дані Інституту освітніх досліджень в Канаді продемонстрували, що студенти виявляли більшу прихильність до навчання з використанням різних методів, а електронні книги та онлайн статті були впроваджені в навчальний процес.

Дистанційне навчання передбачає два технологічно різних процеси, засновані на своєчасності інтерактивності, яку слід враховувати при розробці навчального процесу. Одним з них є синхронний режим, де всі учасники взаємодіють в реальному часі, або в середовищі на основі тексту, або відео. Прикладом синхронного онлайн-навчання є діяльність в чаті або відео конференція. Асинхронний режим дозволяє учасникам навчального процесу працювати незалежно один від одного та від часового обмеження. Прикладом асинхронного онлайн-навчання є розміщення лекцій у відкритому доступі на навчальній платформі, зі змістом якої студенти можуть ознайомитися в будь-який зручний для них час. Оскільки обидва режими онлайн-інтерактивності мають переваги та недоліки, важливо використовувати їх в поєднанні для забезпечення відповідних цілей. Ефективність синхронного режиму навчання обумовлена соціальною присутністю учасників навчального процесу, можливістю обговорень тем з напередодні підготовленим матеріалом, за потреби, наявністю зворотнього зв'язку в режимі реального часу. Водночас, синхронна навчальна діяльність онлайн часто має обмежені часові рамки і залишає аудиторії мало часу на роздуми. Щодо переваг асинхронного режиму навчання варто відзначити користь подолання нестачі діалогу, оскільки студенти та викладачі можуть ділитися ідеями без обмеження в часі для роздумів і дискутувати на актуальні та складні теми.

Висновки. Таким чином дистанційне навчання є оптимальним, а в поодиноких випадках, альтернативним методом реалізації освітніх послуг для здобувачів освіти в надзвичайних умовах. Однак, варто зазначити, що така форма навчання на освітніх програмах медичного спрямування не має займати домінуючу позицію та може використовуватися тільки впродовж короткого терміну навчання.

ОЦІНКА СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ»

Горбатюк І. Б., Крецу Н. М.

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

Пандемія COVID-19 становила загрозу для традиційної медичної освіти, однак, вона продемонструвала потенціал визнання онлайн-навчання ефективним педагогічним методом. Дистанційне навчання не тільки розширює можливості для якісної освіти, але й дозволяє йому урізноманітнити навчальний процес, що викликає інтерес учнів до дисципліни та мотивації. Багато нових програмних засобів, таких як Zoom, Skype, Hangouts Meet, дозволяють проводити обговорення в реальному часі, дебати та опитування студентів. Демонстрація екрану викладача дозволяє виконувати ряд функцій для відтворення інформації, допомагає провести інтерактивне обговорення результатів лабораторних досліджень, електрокардіограм, рентгенівських та інших додаткових матеріалів. Ці функції також використовуються для потокових лекцій, де крім демонстрацій ви можете надати коментарі щодо представленого матеріалу.

Метою роботи було проаналізувати ставлення до дистанційного навчання студентів-медиків.

Матеріали та методи. На кафедрі педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буковинського державного медичного університету, проведено онлайн-анкетування щодо дистанційного навчання студентів-медиків, які впродовж березня-травня 2020 року вивчали дисципліну «Дитячі інфекційні хвороби». В анкетуванні взяли участь україномовні студенти медичних факультетів № 1 та № 2, спеціальності «Лікувальна справа». Загалом було опрацьовано 72 анкети за допомогою використання Google форми. Частка осіб чоловічої статі складала 33,8% (24 студента), частка осіб жіночої статі – 67,6% (48 студенток).

Результати та обговорення. Майже 95% (94,4%) респондентів залишилися задоволеними онлайн-форматом проведених занять з дитячих інфекційних хвороб і тільки 6 студентів (8,5%) не задовільнив даний формат навчання. У майбутньому студенти-медики хотіли б продовжити навчання дистанційно для вивчення тільки теоретичного матеріалу, що за їхньою уявою складало б в середньому 60% (від 25% до 80%) тривалості заняття, однак практична частина навчання, однозначно тільки в режимі офлайн. За словами студентів: «Онлайн - формат не замінить стаціонарних навиків (курація, спілкування з хворими, практична частина навчання)!». Зважаючи на карантин, 63,4% респондентів відмітили збільшення часу на самостійну підготовку до занять і пошук інформації, проте для 36,6% студентів вимушені умови навчання ніяким чином не вплинули на підготовку до занять. Перебування вдома сприяло активізації самонавчання більш ніж для половини студентів (60,6%), третина ж студентів (35,2%) не змінила своє ставлення до навчання в умовах карантину. Серед чинників, які наразі утруднюють навчання в онлайн-форматі майже 34% респондентів відзначили особисту неорганізованість, практично 27% – вказали про необхідність поєднувати навчання та роботу, 7% – надмірний обсяг навчального навантаження, 2,8% – були розчаровані в онлайн-навчанні

Висновки. Онлайн-навчання можна розглядати як альтернативний спосіб навчання в закладах вищої медичної освіти лише для засвоєння теоретичного матеріалу, однак, що стосується оволодіння практичною частиною навчання для реалізації набуття всіх компетенцій, передбачених навчальною програмою, звичайно, в пріоритеті залишається офлайн-навчання.

ПРОФІЛЬ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ПОЄДНАНОЮ З ПЕРСИСТУЮЧИМ ТА СЕЗОННИМ АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У МІСТІ КИЄВІ ТА КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Дзісяк В. О., Буратинська А. А.

Науковий керівник: проф. Уманець Т.Р.

**Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
ім. акад. О.М. Лук'янової НАМНУ»**

Відділення захворювань органів дихання та респіраторних алергозів у дітей

Актуальність. Алергічна патологія у дитячій популяції є глобальною медико-соціальною проблемою. За світовими даними кількість дітей, що страждають на алергічні захворювання складає до 30%. До 10% із них мають бронхіальну астму та до 20% із них страждає на алергічний риніт.

Враховуючи світові тенденції щодо зміну клімату актуальним залишається питання регіональних особливостей сенсibilізації.

Мета. Метою роботи є вивчення молекулярного профілю сенсibilізації у дітей з бронхіальною астмою поєднаною з персистуючим та сезонним алергічним ринітом, які мешкають в місті Києві та Київській області.

Матеріали та методи. Обстежено 69 дітей віком від 5 до 17 років, які були розподілені на дві групи: в першій групі знаходилось n=29 дітей з бронхіальною астмою та сезонним алергічним ринітом; другу групу склали діти з бронхіальною астмою та персистуючим алергічним ринітом (n=40). Всім дітям була проведена молекулярна алергодіагностика за допомогою ALEX-2.

Результати: Моносенсibilізація значно поширена у дітей першої групи (41,38%) порівняно із дітьми другої групи (7,5%) (p=0,0008). Серед цих дітей висока сенсibilізація була визначена до Пектат Ліази (до Amb a 1 (50%)) та до Бета-Експансинів (до Phl p 1 (40,0%), до Lol p 1 (37,5%)).

Діти з другої групи характеризувались переважно полісенсibilізацією (92,5%). У дітей другої групи частіше визначалась сенсibilізація до Утероглобіну (Fel d 1 (70,0%)), до сапрофітної плісняви (до Alt a 1 (55,0%)), до Ліпокаліну (собак Can f 1 (32,5%)), до родини NPC2 (кліщів пилу домашнього Der f 2 (27,5%) і до Der p 2 (27,5%)). В структурі пилкової сенсibilізації у 45% дітей другої групи переважала сенсibilізація до білків PR-10, Bet v 1 (45,0%) та Aln g 1 (30,0%) порівняно з дітьми першої групи (відповідно 10,34%, 10,34%, 10,34%).

Висновок: Діти Києва та Київської області з бронхіальною астмою, поєднаною з алергічним сезонним та персистуючим ринітом мають полісенсibilізацію. Серед найпоширеніших алергенів у дітей з бронхіальною астмою поєднаною з персистуючим алергічним ринітом відзначаються Fel d 1, Alt a 1, Can f 1, Der f 2 і Der p 2. У дітей з бронхіальною астмою поєднаною з сезонним алергічним ринітом найпоширеніші алергени включають Amb a 1, Phl p 1 і Lol p 1.

ОСОБЛИВОСТІ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

Дяченко Н. М., Муквіч О. М.

Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України»
Відділення ревматичних хвороб у дітей

Мета. Вивчити особливості перебігу коронавірусної інфекції у хворих з ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) на підставі проведення клініко-лабораторного обстеження з визначенням показників імунної резистентності.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 55 дітей з середнім віком 10,3 років, які розподілені на 3 групи: I гр. – 30 дітей з основним діагнозом ЮІА, що перенесли коронавірусну інфекцію; II гр. – 12 дітей з діагнозом ЮІА, які не хворіли на коронавірусну інфекцію; III гр. – 13 дітей без ревматичної патології, які перенесли COVID-19 (група контролю). Діагноз ЮІА верифікували згідно критеріїв Міжнародної ліги асоціацій ревматологів: олігоартрит, псоріатичний артрит, ентерит-артрит, середнього ступеня активності (за уніфікованою міжнародною шкалою JADAS-27). Для виявлення особливостей клінічного перебігу COVID-19 всім пацієнтам проводили анкетування з визначенням можливих факторів несприятливого прогнозу (інфекційний індекс, коморбідна патологія, сімейний анамнез), особливостей клінічного перебігу COVID-19, анамнезу основного захворювання та результатів загальноклінічного обстеження в постковідному періоді.

Визначали окремі показники імунологічного статусу: NK, NKp46, CD8a, b, MDSC (myeloid-derived suppressor cells) за допомогою триколірної проточної цитометрії еритроцитолізуючим методом. Пофарбовані зразки лізували, промивали та аналізували за допомогою цитометру FACScan flow за допомогою програмного забезпечення CellQuest (BD Bioscience, Сан-Хосе, США).

Отримані цифрові дані опрацьовані статистично за допомогою комп'ютерного пакету програм Microsoft Excel та Statsoft Statistica 10.

Результати дослідження. Отримані результати свідчили, що більшість дітей I гр. мали легкий перебіг COVID-19 – 26 (86,7%), а 4 (13,3%) перенесли інфекцію безсимптомно. У 10 (33,3%) дітей дебют ЮІА відбувся впродовж 1-2 міс. після перенесеної коронавірусної інфекції. Середня тривалість захворювання на COVID-19 майже не відрізнялися в I та III гр. Коронавірусна інфекція в 60,0% випадків перебігала з нормальною або субфебрильною температурою тіла. Симптоми інфекції в більшості представлені помірними катаральними явищами: кашель – 16 (53,3%), закладеність носа – 14 (46,7%), нежить – 14 (46,7%), майже у третини хворих – 10 (33,3%) був значно знижений апетит та у 9 (30%) відмічався головний біль. У 7 (23,3%) дітей з ЮІА відмічені виражені артралгії, у 4 (13,3%) – міалгії, а половина хворих відмічала виражену загальну слабкість. Виражені цефалгії констатувались у 9 (75,0%) дітей III гр., астеничний синдром – 10 (83,0%), агевзія та аносія – у 41,7% дітей проти 16,7% в I гр. ($p < 0,05$).

При дослідженні окремих показників імунної резистентності встановлено зменшення відсоткового рівня NK клітин у дітей з ЮІА (I та II гр.) порівняно з дітьми без ревматичної патології, що перенесли COVID-19 ($p < 0,05$), тоді як статистично значимої різниці даного показника між групами дітей з ЮІА не спостерігалось. Отримані дані можна розцінити особливістю вихідного рівня NK клітин у цієї категорії дітей, так і імуносупресивною дією патогенетичного лікування ЮІА. Найвищі рівні CD3+CD8a ($25,12 \pm 1,8$) спостерігалися у

дітей I гр. ($p < 0,05$), що може свідчити про активуючий вплив синергізму автоімунного захворювання та коронавірусної інфекції на цитотоксичну ланку імунної системи.

При аналізі показників MDSC встановлено достовірно низьку їх концентрацію у дітей з ревматичною патологією ($1621 \pm 207,74$) в постковідному періоді ($p < 0,05$), що може бути пов'язано з виснажуючим ефектом SARS-CoV-2 на пул MDSC. В той час, як більш високі показники MDSC відмічено в II гр. дітей, що не хворіли на COVID-19.

Висновки.

1. У 87% хворих з ЮІА коронавірусна інфекція перебігає в легкій, безсимптомній формі, а у 63% дітей при адекватній терапії та контрольованому перебігу ЮІА не спричиняє його загострення. Хворі з ЮІА при коронавірусній інфекції мають меншу схильність до гіпертермічних реакцій [ВШ=1,5], уражень рецепторного апарату носоглотки, частіше супроводжуються артралгіями [ВШ=1,5].

2. Факторами ризику активації суглобового синдрому при ЮІА можуть бути: висока активність та недостатня контрольованість основного захворювання, наявність коморбідної патології, обтяжений алергологічний анамнез [ВШ>1,5].

3. Виявлені особливості окремих імунологічних показників можуть впливати на перебіг COVID-19 у пацієнтів з аутоімунною патологією, що необхідно враховувати при прогнозуванні перебігу інфекції як в гострому, так і в постковідному періоді у цієї категорії хворих.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ВІТАМІН D ТА ІНФЕКЦІЯ СЕЧОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Захарченко Н. А.

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Г.О. Леженко

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кафедра госпітальної педіатрії

Вступ. Інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ), попри значні досягнення в діагностиці та терапії, все ще залишаються розповсюдженими бактеріальними інфекціями серед дітей. Відомо, що значною мірою вітамін D впливає на регулювання вродженого імунітету, хоча його традиційною роллю вважається контроль кальцієво-фосфорного балансу та регулювання кісткового обміну. Сьогодні велика кількість досліджень фокусується на вивченні причин та наслідків недостатнього синтезу нирками активної форми вітаміну D₃, а саме 1,25(OH)₂D₃. Доведено, що ця форма вітаміну D₃ стимулює аутофагію, що стає важливим фактором і механізмом для контролю патогенів всередині клітини. Крім того, експресія антимікробного пептиду LL37, яка індукується безпосередньо 1,25(OH)₂D₃, володіє вираженими антимікробними властивостями і є ключовою складовою протизапальної відповіді.

Тож наведене вище спонукало нас до дослідження рівню саме 1,25(OH)₂D₃ у дітей, хворих на ІСШ.

Мета роботи. Дослідити вміст 1,25(OH)₂D₃ у сироватці крові дітей, хворих на інфекції сечовидільної системи з урахуванням клінічної форми захворювання.

Матеріали і методи. До нашого дослідження увійшло 84 дитини віком від 6 до 14 років (середній вік $10 \pm 1,3$), які перебували на стаціонарному лікуванні у Запорізькій

обласній дитячій клінічній лікарні упродовж 2018-2020 рр. Основну групу досліду склали 64 дитини з первинними інфекціями сечовидільної системи.

Основну групу було розділено на чотири підгрупи: до першої увійшли 17 дітей з гострим пієлонефритом, до другої – 21 пацієнт з хронічним пієлонефритом, до третьої – 16 пацієнтів з гострим циститом, до четвертої – 10 пацієнтів з інфекціями сечовидільної системи не уточненими. У групу контролю було включено 20 умовно здорових дітей, репрезентативних за статтю та віком, без ознак запалення органів сечовидільної системи.

Дослідження вмісту 1,25-Dihydroxy Vitamin D у сироватці крові пацієнтів, включених у дослідження, проводилося методом імуноферментного аналізу (ІФА) за допомогою комерційного набору Immunodiagnostic Systems, 1,25(OH)₂D₃ EIA (UK).

Результати дослідження. Розвиток запального процесу в сечовидільних шляхах супроводжувався прогнозованим статистично значущим (25,1 (24,0; 27,4) pg/ml, p<0,01) зниженням рівню 1,25(OH)₂D₃ у сироватці крові дітей, хворих на інфекції сечовидільної системи, що перебували під нашим спостереженням, порівняно з дітьми контрольної групи, де цей показник становив 54,1 (52,6; 61,87) pg/ml.

При подальшому дослідженні виявлено, що 1,25(OH)₂D₃ у пацієнтів усіх виділених підгруп був достовірно нижчим за показник контрольної групи (p<0,01), і становив: 24,4 (24,1; 26,0) pg/ml у дітей з гострим пієлонефритом, 25,7 (24,0; 27,3) pg/ml – з хронічним пієлонефритом, 24,4 (22,9; 27,3) pg/ml – з гострим циститом та 25,5 (24,8; 27,6) pg/ml у дітей з інфекціями сечовидільної системи не уточненими. Статистичну різницю між сироватковим рівнем вітаміну D у виділених підгрупах виявлено не було (p>0,05).

Висновки. Таким чином, розвиток запального процесу в сечовидільних шляхах у дітей відбувається на фоні статистично значущого зниження рівню 1,25(OH)₂D₃ у сироватці крові, незалежно від рівня ураження. Ці дані вказують на доцільність впровадження терапевтичних і профілактичних схем призначення вітаміну D для дітей, хворих на інфекції сечовидільної системи.

ЛЕЙЦИНОЗ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-НЕОНАТОЛОГА

(власне клінічне спостереження)

Клоченко Я. І., Крецу Н. М.

Науковий керівник- PhD, Крецу Н.М.

Буковинський державний медичний університет, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Лейциноз (хвороба кленового сиропу) - це рідкісне аутосомно-рецесивне захворюванням, спричинене дефектами комплексу α -кетокислот дегідрогенази з розгалуженим ланцюгом, що призводить до підвищення рівня амінокислот з розгалуженим ланцюгом у плазмі, α -кетокислот у сечі і продукцією патогномонічного маркера захворювання – алло-ізолейцину. Хвороба зустрічається із частотою від 1:86 800 до 1:185 000. Захворювання характеризується затримкою нервово-рефлекторного розвитку, ознаками дегідратації, судомами, специфічним запахом сечі (запах «кленового сиропу»), кетоацидозом, гіпоглікемією. Підвищений рівень лейцину та альфа-кетоізокапронової кислоти призводить до цитотоксичного набряку головного мозку та впливає на процеси мієлінізації білої речовини. На сьогодні, існує п'ять клінічних фенотипів лейцинозу, а саме: класичний (неонатальний), проміжний, інтермітуючий, ЕЗ-дефіцитний і тіамін-чутливий. Клінічна картина залежить від залишкової активності ферментного комплексу α -кетокислот

дегідрогенази з розгалуженим ланцюгом, термінів маніфестації, тяжкості симптомів, відповіді на терапію тіаміном та за біохімічними показниками. Неонатальна (класична) - найбільш поширена форма лейцинозу (у 50–75%). Вона пов'язана з мутаціями в генах E1-альфа, E1-бета та E2. Лікувальні заходи у дітей із лейцинозом включають два основні аспекти: дієтотерапію, яка сприяє нормальному розвитку дитини та активне лікування нападів метаболічної декомпенсації.

Мета дослідження — на прикладі клінічного випадку з власної практики розширити знання лікарів-педіатрів та неонатологів щодо особливостей перебігу лейцинозу з маніфестацією в неонатальному віці.

Хлопчик І., від 2 вагітності, яка перебігала на фоні анемії 1 ст. Перша вагітність закінчилась народженням дитини, яка померла у віці 2 місяців у зв'язку із проявами дегідратації новонародженого, судомного синдрому. Генеалогічний анамнез не обтяжений. Пологи ІІ, шляхом кесарського розтину, у терміні гестації 38-39 тижні. Хлопчик народився з вагою 3600 грам. Загальний стан дитини при народженні оцінений як задовільний. На 5 добу життя з вагою 3520 г дитина була виписана додому. Зі слів матері після виписки відмічався неспокій та кволе смоктання. Протягом 7-8 доби життя почав відмічатись експіраторний стогін. На 9 добу з'явилися тонічні судоми, у зв'язку з чим дитина доставлена в ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» і госпіталізована у відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН). Загальний стан дитини при поступленні розцінений як вкрай тяжкий, агональний, за рахунок дихальних розладів (ДН ІІІ ст., за шкалою Downes 8-10 балів, показник сатурації (SpO₂) – 68%), серцево-судинної недостатності (стійка брадиаритмія (40-50 уд/хвилину, схильність до гіпотензії (середній артеріальний тиск (МАР) 35 мм.рт. ст., симптом «блідої плями» 5–6 секунд, холодні на дотик кінцівки), ураження ЦНС (ознаки помірної коми, судомний синдром). Вага при поступленні – 3050 г (дефіцит ваги > 15%). Відмічався «специфічний» солодкуватий запах сечі. Враховуючи стан дитини розпочаті реанімаційні заходи в повному обсязі. Після проведених заходів відмічалась позитивна динаміка у вигляді відновлення вітальних функцій. За час перебування у ВІТН двічі отримано позитивний результат неонатального скринінгу на лейциноз, що стало підставою для переведу дитини на годування спеціальною сумішшю «MSUD Anamix infant», призначення тіаміну в дозі 10 мг/кг/добу та проведення молекулярно-генетичного дослідження, за результатами якого виявлено мутацію гену BCKDHA, а саме варіант с.632С>Т (р.Thr 211 Met) в гомозиготному стані, що підтвердило діагноз лейцинозу Іа типу. Незважаючи на комплекс проведених заходів, загальний стан дитини залишався важким за рахунок неврологічної симптоматики. Зберігалась загальна гіпотонія, гіпорексія. Відсутність смоктального та кашльового рефлексів. Дитина вигодовувалась через зонд, порушення ковтання. Періодично відмічались напади апное, потреба в санації верхніх дихальних шляхів. На фоні різкого погіршення стану у вигляді наростання проявів дихальної недостатності, неврологічної симптоматики, ознак дегідратації за рахунок патологічних втрат, у віці 1 місяць 28 днів даний випадок закінчився летально.

Висновок: незважаючи на своєчасну діагностику та призначення спеціальних терапевтичних заходів, представлений клінічний випадок демонструє, що тривала метаболічна декомпенсація все ж може стати підставою незворотних змін і летального наслідку.

СТРУКТУРИЗАЦІЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

Коваленко К. Ю.

Науковий керівник: Синоверська О.Б.

Івано-Франківський національний медичний університет

Кафедра дитячих хвороб ПО

На сьогоднішній день, дитячі ревматичні захворювання, хоч і є рідкісним явищем, мають значний вплив на якість життя та довгострокове здоров'я. У ревматологічній структурі в Україні переважає ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) зі значенням поширеності приблизно 1:1000. Прогноз ЮІА часто невизначений через тривалий період безсимптомного перебігу, обмежену ефективність терапії в окремих випадках та можливість виникнення віддалених ускладнень, таких як незворотні зміни в суглобах та втрата зору.

Під час терапії ЮІА використовується інтегрований підхід, що включає співпрацю педіатра, ревматолога, офтальмолога, фізіотерапевта та реабілітолога. Основним принципом лікування ЮІА є концепція «Т2Т» («treat to target»), яка передбачає досягнення стійкої ремісії. Протягом останнього десятиліття відбулося значне вдосконалення лікування ЮІА, завдяки розширенню арсеналу варіантів базової протиревматичної терапії та впровадженню біологічних препаратів.

Для вирішення проблеми недостатньої інформації щодо перебігу ЮІА, безпеки та ефективності різних методів лікування ЮІА, багатьма країнами світу були створені реєстри пацієнтів. Ці реєстри спрямовані на проведення систематичного спостереження за ходом захворювання та ефективністю лікування протягом значного періоду часу.

Починаючи з 2011 року впроваджено реєстр пацієнтів з ЮІА, які отримують лікування біологічними препаратами та/або метотрексатом, в рамках проекту Pharmachild («Pharmacovigilance in JIA patients treated with biologic agents and/or MTX»), що включає збір клінічних, лабораторних та демографічних даних пацієнтів у 31 країні світу.

В 2001 році в Німеччині було засновано реєстр BiKeR, спрямований на початковий збір інформації щодо побічних ефектів та небажаних явищ у пацієнтів із ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА), які отримували терапію етанерцептом. Пізніше цей реєстр було розширено на всі біологічні препарати. У 2009 році в Швеції був створений реєстр, який включав дані про пацієнтів, що отримують біологічні препарати. З часом цей реєстр був розширений інформацією про тих хворих, які лікуються хворобомодифікуючими протиревматичними препаратами (DMARD).

В Північній Америці створено реєстр CARRA, що включає дітей та молодих дорослих, у яких ревматичні захворювання пролонгуються з дитинства. Нещодавно був введений реєстр UK JIA Biologics Register в Об'єднаному Королівстві, який створено за ініціативою Британського товариства ревматологів у 2021 році. Цей реєстр об'єднав дані двох вже існуючих реєстрів: Versus Arthritis та BSR Etanercept.

Систематичне поповнення інформації про хворих на ЮІА в Україні може сприяти покращенню надання медичної допомоги та опіки таким пацієнтам. На сьогоднішній день в Україні відсутні структуровані реєстри, але інформація збирається обмежено в референсних центрах, одним із яких є відділення хвороб сполучної тканини у дітей ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової Національної академії медичних наук України».

В КНП ІФ ОДКЛ та центрі орфанних захворювань започатковано створення реєстру даних пацієнтів із ювенільним ідіопатичним артритом з Прикарпаття. Реєстр включає

інформацію про стать, вік пацієнта на момент виявлення ЮІА, дату першого прояву захворювання, дату встановлення діагнозу, тривалість захворювання, суглобові та позасуглобові симптоми, сімейний анамнез, результати лабораторних досліджень, інформацію про супутні захворювання та ускладнення, а також детальну характеристику проведеного лікування.

На поточний момент ми проаналізували 223 історії хвороби пацієнтів з ЮІА, відібравши 209 з них, що містять повноцінні дані для включення до реєстру. За отриманими даними більшість пацієнтів виявилися чоловічої статі (55% або 115 пацієнтів з 209).

У 0,5% (1 пацієнт з 209) виявили ЮІА з народження, у віці від 1 до 3 років - захворювання було виявлено у 11% пацієнтів, у віці від 4 до 7 років – у 17,22%, у віці від 8 до 11 років – у 23,93%, у віці від 12 до 15 років – у 27,27%, у віці від 16 до 18 років – у 18,66%, у віці від 19 до 21 року – у 1,44%. Незважаючи на обмежений розмір вибірки, наше дослідження підтверджує складнощі ранньої діагностики ЮІА, оскільки виявлення цього захворювання у пацієнтів прямо пропорційне зростанню віку, особливо серед груп пацієнтів до 15 років.

ЕКГ- МАРКЕРИ СЕПСИС-ІНДУКОВАНОЇ МІОКАРДІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Крецу Н. М., Козьма О. М.

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

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Вступ. Неонатальний сепсис й надалі залишається однією з найважливіших причин підвищених рівнів захворюваності та смертності у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених у всьому світі. На сьогодні чітко встановлено, що показник смертності від сепсису збільшується вдвічі у пацієнтів, за розвитку серцево-судинної дисфункції та септичного шоку.

Мета роботи. Вивчити особливості електрофізіологічної активності серця у новонароджених із сепсисом та оцінити можливість використання електрокардіографії у верифікації сепсис-індукованої міокардіальної дисфункції.

Матеріал і методи. Для реалізації поставленої мети проведено кластерний аналіз за методом К-середніх результатів комплексного обстеження 87 новонароджених дітей із неонатальним сепсисом. Кластерний аналіз дозволив розподілити хворих на дві кластерні групи залежно від виразності проявів септичної міокардіальної дисфункції. Першу кластерну групу (I) утворили 54 (62,1%) дитини, які характеризувалися мінімальними ознаками міокардіальної дисфункції за клінічно-лабораторними даними (евклідова відстань 84,79), II (другу) кластерну групу порівняння сформували 33 (37,9%) новонароджених дітей, які характеризувалися виразною міокардіальною дисфункцією за клінічно-лабораторними даними. За основними клінічними характеристиками кластерні групи були співставимі. Усім новонародженим окрім клінічного обстеження для вивчення функціонального стану міокарду використовували електрокардіографію в стандартних відведеннях Ейнтховена, в посиленних однополосних відведеннях від кінцівок за Гольденбергом і у 6 прекардіальних відведеннях за Вільсоном зі швидкістю руху стрічки 50 мм/с. Запис і оцінку електрокардіограм проводили відповідно до загальноприйнятої в неонатології методики. Статистичну обробку фактичних даних проводили за допомогою програми StatSoft Statistica

v 8.0. на персональному комп'ютері при відомому числі спостережень (n). Критичний рівень значущості «Р» при перевірці статистичних гіпотез у даному дослідженні вважали при $p < 0,05$.

Результати та обговорення. Попри відсутність статистично вірогідних відмінностей за розподілом оцінки частоти серцевих скорочень у групах порівняння, нами проаналізовано значення амплітуди зубців S у 1-му грудному відведенні (V1) та R у 6-му відведенні (V6), як маркерів ймовірного розвитку недостатності лівого шлуночка на тлі генералізованого запального процесу. Виявлено, що схильність до збільшення амплітуди зубця S у V1 вище референтних значень відмічалось у 18,5%, зубця R у V6 – у 22,2% новонароджених I кластерної групи, відповідно у 60,6% ($p < 0,05$) та 51,5% дітей II кластерної групи ($p < 0,05$). Так, показники клініко-епідеміологічного ризику зростання амплітуди зубця S у V1 у новонароджених II кластерної групи відносно представників I кластеру становили: (ВШ=6,77(9 5% ДІ: 3,55-12,91), ВР= 2,35 (95% ДІ: 1,51-3,65), АР=44%), а для R у V6: (ВШ=3,72 (95% ДІ: 2,01-6,87), ВР= 1,82 (95% ДІ: 1,20-2,75), АР=31%).

Висновки. Таким чином, виявлені зміни, на наш погляд, свідчать про доцільність доповнення програми моніторингу за пацієнтами з неонатальним сепсисом електрокардіографічним обстеженням ще в умовах пологодопоміжних закладів з метою своєчасного виявлення сепсис-індукованої міокардіальної дисфункції.

РІВЕНЬ NIF2-A У ПІДЛІТКІВ З ХРОНІЧНОЮ ЗАПАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Крутенко Н. В.¹, Шевченко Н. С.^{1,2}, Сухова Л. Л.²

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

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

Вступ. Поширеність хронічної запальної патології шлунково-кишкового тракту (ШКТ) залишається на високому рівні серед підлітків. Патофізіологічні процеси, що лежать в основі прогресування запалення у ШКТ включають багато факторів, зокрема, внутрішньоклітинні механізми регуляції. Сучасні дослідження розглядають нову гіпотезу щодо патогенезу окремих запальних захворювань ШКТ, та роблять акцент на ролі хронічної внутрішньоклітинної гіпоксії та збільшенні продукції активних форм кисню внаслідок впливу факторів агресії (рефлюксною кислоти та солей жовчних кислот) з подальшою надмірною активацією транскрипційного фактора NIF-2 α у клітинах слизової оболонки, що призводить до збільшення експресії прозапальних медіаторів та розвитку потужної запальної реакції.

Мета: дослідити рівень індукованого гіпоксією фактора транскрипції NIF-2 α в плазмі пацієнтів із хронічною запальною патологією верхніх відділів шлунково-кишкового тракту з урахуванням ендоскопічної картини ураження.

Матеріали та методи. У дослідження було залучено 70 підлітків віком від 8 до 18 років (середній вік становив $14,5 \pm 2,33$ років, медіана 15 років), які лікувалися у відділенні педіатрії та реабілітації ДУ «ІОЗДП НАМН України» та КНП МДКЛ 19. Всім пацієнтам було проведено клініко-інструментальні та лабораторні дослідження (езофагогастроуденоскопія (ЕГДС), внутрішньошлункова експрес рН-метрія, ІФА тест на сумарні антитіла до *Helicobacter pylori* (HP) та/або біопсійний URE тест). Отримані результати порівнювали з групою контролю, яка включала 25 однолітків без хронічної запальної патології ШКТ та інших органів, при відсутності вроджених вад розвитку з боку ШКТ. Концентрацію NIF-2 α в

сироватці вимірювали методом сендвіч-зв'язаного імуноферментного аналізу з набором Human ELISA (Elabscience, номер у каталозі: E-EL-H2468). Дослідження проводилося відповідно до вимог біоетики з дотриманням положень Гельсінкської декларації. Статистичний аналіз проводився за допомогою програмного забезпечення STATISTICA 7. Всі дані представлені у вигляді середньої арифметичної та стандартного відхилення до неї, медіани (діапазона) для безперервних змінних та числами для категоріальних змінних. Для групового порівняння змінних використовували тести ANOVA, Хі-квадрат. Всі статистичні тести проводилися двосторонніми, а p -значення $\leq 0,05$ вважалося статистично значущим.

Результати та обговорення. Досліджувану групу включали 70 хворих з хронічною запальною патологією ШКТ. Більшість пацієнтів склали хлопці (42 особи; 60,00%, $p < 0,05$). Серед патологічних станів ШКТ переважав хронічний гастродуоденіт (82,85%, $p < 0,05$). ГЕРХ діагностовано у 9 (12,85%) дітей, у трьох дітей (4,30%) виявлено виразкову хворобу шлунку або дванадцятипалої кишки в період загострення. Пацієнти основної групи були розподілені на дві підгрупи за результатами ЕГДС: перша підгрупа – пацієнти (25 осіб; 35,71%) з ерозивно-виразковими змінами слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, друга підгрупа – пацієнти з локальною або поширеною еритематозною гастродуоденопатією або катаральним езофагітом (45 осіб; 64,29%), $p = 0,0002$). Ерозивно-виразкові зміни були представлені наступними варіантами: ерозіями луковиці дванадцятипалої кишки (15 випадків; 60,00%), у трьох осіб (12%) була діагностована ізольована ерозивна гастропатія, в чотирьох випадках (16%) – ерозивний езофагіт, у трьох дітей (12%) – виразка шлунку та/або дванадцятипалої кишки.

За даними проведеної внутрішньошлункової рН-метрії у дітей з хронічним процесом гастродуоденальної зони запальні зміни ШКТ розвивалися переважно на тлі підвищеної кислотоутворюючої функції шлунку (58,57%, $p = 0,0198$). *Helicobacter Pylori* – позитивність була виявлена лише у 37,50% дітей з хронічним гастродуоденітом.

Вміст фактора HIF-2 α в плазмі всіх дітей, які були включені у дослідження, становили $0,151 \pm 0,173$ ng/mL (медіана 0,083 ng/mL, діапазон 0,760-0,001 ng/mL). В цілому, у хлопців рівень HIF-2 α в крові був достовірно вищим (медіана 0,100 ng/mL [діапазон 0,001-0,760 ng/mL]), ніж у дівчат однолітків (медіана 0,078 ng/mL [діапазон 0,020-0,369 ng/mL]; $p = 0,0187$). Така тенденція мала місце саме в групі хворих дітей ($p = 0,023$); значення HIF-2 α виявилися достовірно нижче у хлопців (медіана 0,061 ng/mL [діапазон 0,001-0,206 ng/mL]; $p = 0,005$) та дівчат групи контролю (медіана 0,044 ng/mL [діапазон 0,020-0,134 ng/mL]; $p = 0,0012$) в порівнянні з хлопчиками основної групи. При аналізі рівня HIF-2 α у підлітків обох статей контрольної групи достовірної різниці не виявлено ($p = 0,903$).

Плазмові концентрації HIF-2 α були значно підвищені у пацієнтів основної групи (медіана 0,110 ng/mL [діапазон 0,019-0,760 ng/mL]) в порівнянні з групою контролю (медіана 0,044 ng/mL [діапазон 0,001-0,206 ng/mL]; $p = 0,001$). У пацієнтів із деструктивними змінами ШКТ були виявлені вищі рівні HIF-2 α (медіана 0,083 ng/mL [діапазон 0,760-0,001 ng/mL]; $p = 0,027$) у порівнянні з контрольною групою. Аналогічна тенденція спостерігалася у пацієнтів другої підгрупи, які мали еритематозні ураження без ерозивних дефектів слизової оболонки (медіана 0,125 ng/mL [діапазон 0,019- 0,720 ng/mL]; $p = 0,00097$). В залежності від виду патології ШКТ найбільш вагома різниця HIF-2 α в крові була виявлена у пацієнтів з хронічним гастродуоденітом (медіана 0,106 ng/mL [діапазон 0,019-0,720 ng/mL]; $p = 0,0019$) та ГЕРХ (медіана 0,117 ng/mL [діапазон 0,053-0,760 ng/mL]; $p = 0,0127$) в порівнянні з контрольною групою.

Висновки. Встановлено, що вміст фактора HIF-2 α підвищений у пацієнтів із хронічною запальною патологією ШКТ незалежно від ступеня ураження слизової за

результатами ендоскопічного дослідження в порівнянні з групою контролю; у хлопчиків рівень транскрипційного фактора вищий порівняно з дівчатами та хлопцями групи контролю. Хронічний гастродуоденіт та ГЕРХ характеризуються більш високими рівнями концентрації HIF-2 α в плазмі ніж виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки.

РЕКУРЕНТНІ ГРВІ У ДІТЕЙ: ВПЛИВ НА СОН ТА САМОПОЧУТТЯ

Лазуркевич Х. О.

Науковий керівник – д.мед.н., професор – Синоверська О.Б.

Івано-Франківський національний медичний університет

Кафедра дитячих хвороб ПО

Розлади сну належать до найпоширеніших проблем у дітей та підлітків. Дослідження показують, що безсонням страждають майже 50% дітей. Однак медичний діагноз “порушення сну” встановлено у 4% дітей.

Однією з найбільш вагомих причин диссомнічних порушень є обструкція верхніх дихальних шляхів.

Збільшення лімфаденоїдної тканини глоткового кільця і, як наслідок, звуження дихальних шляхів, часто зустрічається в дитячому віці. Причинами гіпертрофії можуть служити повторні гострі запалення або ж вона є відображенням вродженої загальної гіперплазії лімфаденоїдної тканини.

У тих випадках, коли поряд з піднебінними мигдаликами збільшені і аденоїди, дихальна функція різко порушена, дитина погано спить, виникає нічний кашель, хрипіння, часте пробудження, у зв'язку з гіпоксією мозку можуть розвиватися нервово-психічні розлади та когнітивні порушення.

Мета: вивчити особливості клінічних та сомнографічних порушень сну у дітей з ЛАГ I-II ступеня.

Матеріали і методи дослідження. Було проаналізовано особливості сну у 48 пацієнтів з ЛАГ I-II ступенів, віком від 4 до 10 років (середній вік пацієнтів складав 7 років). Проводилося опитування дітей, віком від 6 років і старше та/або батьків дітей з ЛАГ I-II ст. за допомогою генеричних анкети CHQ- CF-87 та CHQ-PF-50 для дітей та їхніх батьків (чи опікунів) відповідно.

Отримані результати. Пацієнти основної групи (з ЛАГ I-II ст.) або їх батьки відмічали наявність втомлюваності, роздратованості, засмученості, зниження концентрації уваги та пам'яті. Батьки також відмічали руховий неспокій, неритмічне дихання, часте прокидання та хрипіння у їхніх дітей під час сну. Жоден з опитаних батьків не пов'язує наявність всіх вищевказаних скарг з наявністю хрипіння під час сну. Анкетуванням виявлено, що 12,4% дітей оцінюють свій стан як «поганий», 64,1% – як «задовільний». Самооцінка сну та здоров'я в цілому дітей відрізняється від оцінки показників батьків. Діти визначають стан свого здоров'я вірогідно вище, на відміну від батьків. Середнє значення даного показника у групі дітей 7–10 років становить 71%, коли оцінка батьків відповідає 44,6%, що на 26,4% нижче.

Погіршення самопочуття (швидка втомлюваність, денна сонливість, відчуття втоми після сну) відмічали 29,1%, 39,1% та 10,8% дітей із ЛАГ I та 55,3%, 65,4% та 26,8% із ЛАГ II відповідно. Дратівливість відмічали 41,6% дітей з лімфаденоїдною гіпертрофією I ступеня та у 68,5% дітей з гіпертрофією II ступеня, батьківська оцінка даного показника, у свою чергу, складала 68,0% та 97,6%. Погіршення успішності в школі протягом останнього року відмічали

20,8% дітей з ЛАГ I та 42,1% з ЛАГ II у групі дітей 7–10 років, при батьківській оцінці 36,0% та 47,0% відповідно. Зниження фізичної активності відмічали 25,0% дітей з ЛАГ I та 44,7% з ЛАГ II. 94,0% опитаних батьків та 98,5% дітей не пов'язували зміни сну, здоров'я та самопочуття з наявною лімфаденоїдною гіпертрофією. Труднощі засинання спостерігалися у 27,5% та 59,5% дітей із збільшення лімфаденоїдної тканини глоткового кільця I та II ступенів відповідно. Храп наявний у 65,8% дітей з лімфаденоїдною гіпертрофією I ступеня та у 86,9% дітей з гіпертрофією II ступеня. Встановлено, що 87,5% дітей з ЛАГ I сплять з відкритим ротом, для пацієнтів з ЛАГ II цей показник був абсолютним (100,0%). Нічні кошмари турбували 42,5% дітей з ЛАГ I та 61,3 % пацієнтів з ЛАГ II. Ідентичними у відсотковому співвідношенні були показники частих пробуджень (3 і більше разів протягом нічного сну). 45,8% дітей з патологією лімфаденоїдної тканини глоткового кільця I ступеня та 57,9% дітей з ЛАГ II також скаржилися на погіршення пам'яті. Серед пацієнтів з ЛАГ I ступеня у 54,2% дітей та у 78,4% дітей з ЛАГ II ступеня спостерігалось зниження концентрації уваги.

Сомнографічне обстеження було проведено 8 пацієнтам. Загальна тривалість сну у пацієнтів з різним ступенем ЛАГ не відрізнялася і становила близько 7,5 годин. Проаналізувавши певні особливості сну у дітей з лімфаденоїдною гіпертрофією I-II ступенів, встановлено: апное сну не було зафіксовано у жодного пацієнта. Середня сатурація складала $93,1 \pm 4,8\%$. Мінімальний показник сатурації становив 76%. Такий рівень сатурації спостерігався у дітей з ЛАГ II ступеня, що в свою чергу є свідченням важкого ступеня транзиторної нічної гіпоксемії. На основі отриманих даних видно, що тяжкість десатурації чітко корелює зі ступенем ЛАГ.

Висновки. У пацієнтів з ЛАГ виявлено численні диссомнічні порушення, що обумовлює розвиток порушень соматичного та психоемоційного стану, що, в свою чергу, породжує чималу кількість клінічних симптомів і синдромів та погіршує якість життя дітей та їхніх родин в цілому.

ОЦІНКА СТУПЕНЯ НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА ЮНАЦЬКОГО ВІКУ ЩО ПАЛЯТЬ

Лісецька І. С.

Івано-Франківський національний медичний університет

Кафедра дитячої стоматології

Багаточисленні дослідження свідчать, що паління найпоширеніша шкідлива звичка в світі. В нас час паління набуло характеру епідемії, в Україні ситуація з палінням оцінюється експертами ВООЗ як критична, оскільки до цієї звички щорічно долучаються понад 500 тисяч молоді (Романова Ю.Г., Золотухіна О.Л., 2018; Корольова Н.Д. та ін., 2019). Кожний третій підліток у 12–14 років і кожний другий підліток старший за 15 років палить сигарети. З кожним роком все більшу популярність набувають альтернативні види паління, особливо серед осіб підліткового та юнацького віку. У підлітковому віці дуже швидко виникає звикання до цієї шкідливої звички. Біля 80 % людей починають палити сигарети саме у віці до 18 років. Сигарети розглядаються як наркотичні речовини, тому що з кожною випаленою сигаретою людина отримує певну дозу нікотину, яка з часом викликає залежність організму і розвиток наркоманії (Пікас О.Б., 2016).

Мета дослідження: оцінка нікотинової залежності в осіб підліткового та юнацького віку, що використовують різні види паління.

Матеріали і методи. Проведено анонімне соціологічне опитування про відношення до паління 85 осіб від 15 до 24 років. Середній вік опитаних – 19,3 роки. Серед усіх опитаних юнаки становили 44 особи (51,8%), а дівчата – 41 осіб (48,2%). Критерієм відбору була добровільна згода відповісти на запропоновані питання. Ступінь ніотинової залежності оцінювали за допомогою тесту Фагерстрема.

Результати дослідження. Аналіз результатів опитування показав, що більше половини респондентів не палить (52,8%), з них 63,4% ніколи не пробували палити, а 36,6% раніше епізодично палили. Серед осіб, що палять (47,2%) середній стаж паління становив 2,3 роки. Серед опитаних причиною початку паління вказали цікавість та вплив навколишнього середовища (курець в родині, друзі). Крім того, всі були поінформовані про шкідливий вплив паління на організм та наслідки, до яких може призвести пагубна звичка. Викликає занепокоєння той факт, що серед осіб що палять було виявлено 27,5% дівчат.

Для оцінки ступеня ніотинової залежності проводився тест Фагерстрема, який виявляє зв'язок між індивідуальним балом і важкістю прояву абстинентного синдрому, тобто чим вище бал, тим сильніше буде проявлятися абстиненція та тим важче буде кинути палити без допомоги спеціалістів. Серед тих хто палить переважала слабка ніотинова залежність (57%), середня – була виявлена у 35% курців, висока – у 8% курців, що стало несподіванкою для самих респондентів, викликає занепокоєння і потребує індивідуального підходу, щоб допомогти позбавитися ніотинової залежності.

Висновки. За отриманими даними, серед осіб підліткового та юнацького віку шкідлива звичка палити достатньо розповсюджена, причому початок паління припадає на підлітковий вік та великий вплив справляє навколишнє середовище (родина та друзі) та цікавість. Переважає слабка та середня, однак виявлено особи з високою ніотиною залежністю. Крім того, необхідно при розробці програм для профілактики виникнення та лікування стоматологічних захворювань враховувати розвиток ніотинової залежності, проведення мотиваційних бесід з метою кинути палити під час кожного звернення, залучення психологів та інших спеціалістів, адже без припинення – неможливо досягнути стійких позитивних результатів при лікуванні захворювань.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ЮІА У ДІТЕЙ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Маковійчук О. А.

**Дніпровський державний медичний університет
Кафедра пропедевтики дитячих хвороб та педіатрії 2**

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) – найбільш розповсюджене хронічне ревматологічне захворювання у дітей. Етіологія захворювання невідома і патогенетичний компонент складний, що робить чіткі відмінності між різними підтипами захворювання. Згідно з різними класифікаціями, ЮІА протікає в шести варіантах - кожен варіант перебігу має свої клінічні особливості та наслідки.

Мета роботи - визначити особливості клінічної картини у дітей, хворих на ЮІА в Дніпропетровській області.

Матеріали та методи. Проведений аналіз 106 історій хвороб дітей з ЮІА віком від 2 до 18 років (хлопчики – 43 та дівчата – 63). Дослідження включало вивчення особливостей дебюту ЮІА, анамнезу захворювання та життя, клініко-лабораторних (загально-клінічні, біохімічні, імунологічні, імуноферментні дослідження крові) інструментальних обстежень (рентгенологічні, ультразвукові).

Верифікація діагнозу проводилась згідно критеріїв Міжнародної ліги асоціації ревматологів (International League of Associations for Rheumatology – ILAR), Durban 1997, Edmonton 2001 (ILAR).

Результати отриманих даних. За результатами дослідження основним предиктором, що передував прояву ЮІА був невизначений етіологічний чинник (60%). Інфекційний фактор складав 24%, з них гострі респіраторні захворювання (18%), гострий тонзиліт (3%), бронхіти, пневмонії, Епштейн-Барр вірусна інфекція складала по 1%. У 14% обстежених фактором розвитку ЮІА була передуюча травма. По 1% етіологічних факторів складала підвищена інсоляція та атопія.

Серед коморбідних захворювань у дітей з ЮІА превалював хронічний карієс (31%). Структура захворюваності ЮІА була представлена персистуючим олігоартритом (46,22%), поліартритом (43,39%), ентезит-асоційованим артритом (5,77%) та системним артритом (6,6%). Псоріатична та недиференційована форма ЮІА в дослідженні не зустрічались. Основними маркерами ЮІА були антинуклеарні антитіла, антиген HLA-B27, ревматоїдний фактор (РФ). Було відмічено, що антинуклеарні антитіла були наявними у 100% пацієнтів з системним артритом, майже з однаковою часткою 22,4% та 21,7% у дітей з персистуючим олігоартритом та поліартритом відповідно. Антиген HLA-B27 найчастіше зустрічався у пацієнтів з ентезит-асоційованою формою ЮІА (75%) та 43% при системному артриті. Жодний обстежений пацієнт не мав позитивного РФ.

За ступенем активності, згідно шкали JADAS-27, низьку активність мали 80% дітей з олігоартритом та 70% дітей з поліартритом. Висока активність була більша в групі у дітей з поліартритом -24%, ніж з олігоартритом – 18% відповідно. Серед основних симптомів при різних формах ЮІА була наявна підвищена температура тіла, висипка та ранкова скутість. Серед основних груп ураження суглобів при різних формах ЮІА були колінні (55%), гомілковостопні (30%), кульшові (16,7%), променево-зап'ясткові (6%), міжфалангові (4%). Оцінка функціональної здатності у дітей з ЮІА проводилась за допомогою анкетування згідно зі шкалою СНАQ. За даною шкалою відсутність функціональних порушень найчастіше спостерігалось у дітей в групі з персистуючим олігоартритом (39%), мінімальні функціональні порушення частіше зустрічались в групі з персистуючим олігоартритом (55%) та поліартритом (72%). Пацієнти з ентезит-асоційованим артритом в однаковій частці мали мінімальні та помірні функціональні порушення (49%). В групі з системним артритом пацієнти мали мінімальні та помірні функціональні порушення (42,85%) та кожна четверта дитина була без функціональних змін.

Висновки. У більшості випадків (60%) відсутні фактори та коморбідні захворювання (32%), які передували прояву захворювання. В структурі захворюваності частіше реєструвався оліго- (46%) та поліартрит (43%). Діти з олігоартритом (22%) мали позитивний маркер АНА. Переважала низька активність з малосимптомним перебігом. Колінні (85%) та гомілкові (40%) суглоби уражувалися частіше, з мінімальними (55%) функціональними порушеннями суглобів або з відсутністю (39%). При поліартриті маркери АНА та HLA B27 зустрічались однаково (22%). Домінувала низька ступінь активності (70%) з симптомами ранкової скутості та підвищенням температури тіла. Превалює пошкодження суглобів кінцівок з мінімальним функціональним порушенням. При ентезит – асоційованій формі 75% дітей мали позитивний маркер HLA B27, з відсутністю АНА. Ремісія та низька активність реєструвались в однакій частці (50%). Серед клінічних ознак 75% хворих мали ранкову скутість (найвищий показник серед інших форм). Ураження в попереково – крижовій частині хребта (36%) зустрічались частіше, з мінімальними (49%) та мінімально-помірними (49%) ФП. Системна форма характеризувалась високим титром АНА у 100% випадків, високою активністю (86%) та запальною симптоматикою. З однаковою часткою ураження всіх груп суглобів та переважанням мінімально-помірних функціональних порушень.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ РАННЬОЇ ЛОКАЛІЗОВАНОЇ СТАДІЇ ХВОРОБИ ЛАЙМА У ДІТЕЙ

Мантак Г. І., Андрікевич І. І., Березницький О. В.

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

Проблеми кліщового бореліозу (хвороби Лайма) беззаперечно і полягає в тому, що це є найпоширеніша хвороба в людській популяції, яка передається кліщами (*Ixodes*) та спричинена спірохетами *Borrelia burgdorferi sensu lato*. Це одна з найпоширеніших трансмісивних хвороб. На сьогоднішній день розглядається як хронічне персистуюче захворювання. Особливістю борелій є їхнє тривале персистування в макроорганізмі. ILADS визначає хронічну хворобу Лайма як мультисистемне захворювання з широким спектром симптомів та/або ознак, які постійно або періодично присутні протягом щонайменше шести місяців. При цьому, причиною розвитку хронічного перебігу хвороби Лайма може бути затримка діагностики, неефективна терапія антибіотиками. Збудник поширюється в організмі гематогенним та лімфогенним шляхами, уражаючи при цьому різні органи та системи, а саме шкіру, серце, суглоби, м'язи, нервову систему, очі. Рання локалізована стадія бореліозу характеризується мігруючою еритемою, що є специфічною клінічною ознакою хвороби. Надзвичайно важливо діагностувати бореліоз на етапі ранньої локалізованої стадії, коли відсутні симптоми генералізованого ураження організму. Тому, привернення уваги до симптомів ранньої локалізованої стадії бореліозу призведе до вчасної діагностики, лікування та попередження генералізації процесу в майбутньому.

Метою роботи є підвищення ефективності діагностики ранньої локалізованої стадії хвороби Лайма у дітей шкільного віку на основі вивчення клінічних особливостей перебігу хвороби.

Матеріали та методи. Обстежено 30 дітей з ранньою локалізованою стадією бореліозу віком від 6 до 17 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні протягом 2017-2023 років. Верифікацію діагнозу проводили за допомогою скарг, даних анамнезу, об'єктивного обстеження пацієнтів, лабораторно-інструментальних показників, враховуючи європейські та американські настанови.

Результати. Провідною клінічною ознакою ранньої локалізованої стадії бореліозу відмічалась мігруюча анулярна еритема. Еритема у вигляді круглої червоної плями локалізувалася в місці укусу кліща, при цьому 14 пацієнтів (46,67%) звернулися за медичною допомогою в перші 7 днів захворювання, 9 пацієнтів (30%) до 14 дня, 7 пацієнтів (23,33%) після 14 дня хвороби.

Найчастіше еритема локалізувалася на шиї та голові у 8 пацієнтів (26,67%), кінцівок у 6 пацієнтів (20%), спини у 8 пацієнтів (26,67%), живота у 3 пацієнтів (10%), у пахвинній ділянці у 5 осіб (16,66%).

У 13 дітей (43,33%) мали місце ознаки загальноінтоксикаційного синдрому. При об'єктивному обстеженні у жодного пацієнта змін з боку внутрішніх органів не виявлено. Потрібно відмітити, що у жодного пацієнта, які звернулися в перші дні хвороби не було виявлено позитивних IgM та IgG; у 7 пацієнтів (77,78%), які звернулися за допомогою до 14 дня мало місце підвищення IgM, при цьому IgG у них були в межах норми; усі пацієнти, які звернулися за допомогою після 14 дня хвороби мали підвищення IgM, серед них лише у трьох пацієнтів (42,86%) були підвищені IgG.

У дітей молодшого шкільного віку укуси кліща з наступною еритемою переважно локалізувалися на тулубі та шиї і голові. За відсутності лікування у дітей, які звернулися за медичною допомогою еритема з набряком розповсюджувалася не більше, ніж 3-5 см в діаметрі. У пацієнтів, що звернулися за медичною допомогою до 14 дня хвороби формувалася анулярна еритема розмірами не більше 10 см в діаметрі. Та у дітей, які були оглянуті після 14 дня початку хвороби анулярна еритема могла бути більше 10 см в діаметрі та супроводжуватися анулярним висипом по усьому тілі. Місце укусу та еритема в цьому місці супроводжувалося свербіжем та печією у 23 пацієнтів (76,67%). Елементи анулярного висипу, які локалізувалися не в місці укусу кліща в жодної дитини не супроводжувалися свербіжем.

Висновки. Привернення підвищеної уваги до хвороби Лайма направлене сучасне розуміння розвитку даної хвороби, засноване на доказах провідних спеціалістів та має на меті покращити діагностику клініцистами цієї інфекції та сприяти майбутнім дослідженням можливості діагностики та терапії цієї хвороби, яка часто призводить до інвалідності.

Мігруюча анулярна еритема, як прояв бореліозу є важливим клінічним діагностичним моментом ранньої локалізованої стадії процесу. Діагностика бореліозу саме на цій стадії хвороби може попередити системне ураження організму та призвести до повного одужання пацієнта.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЮВЕНІЛЬНОГО ІДІОПАТИЧНОГО АРТРИТУ У ДИТИНИ

Матюшенко Д. В.

Науковий керівник: к.мед.н. доцент Бузницька О. В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Кафедра педіатрії

Актуальність. На сьогоднішній день ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) є найпоширенішим хронічним ревматичним захворюванням у дітей та підлітків. Розповсюдженість ЮІА в країнах Європи складає від 16,9 до 167 на 100 000 дітей. В Україні статистичні дані щодо розповсюдженості ЮІА за останні роки відсутні, але ретроспективні дані мають занепокоїти фахівців, зокрема серед дітей до 17 років у 2008 році поширеність складала 0,34 випадків на 1000 дитячого населення, у 2009 році – 0,37, а у 2010 році – 0,36 випадків.

Мета роботи. Розглянути клінічний випадок ювенільного ідіопатичного артрит у підлітка з апробацією методик оцінки якості життя пацієнта за допомогою опитувальників СНАQ, EQ-5D-3L, EQ-5D-5L/Reuma2Go для вдосконалення ефективності динамічного спостереження даної категорії хворих.

Матеріали та методи. Для досягнення мети в умовах клініки ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» були обстежені пацієнти з ЮІА, проведена апробація уніфікованих опитувальників СНАQ, EQ-5D-3L, EQ-5D-5L/Reuma2Go для оцінки якості життя та самопочуття пацієнтів.

СНАQ є специфічним опитувальником та включає 20 питань, згрупованих у 8 шкал: I – Одягання та догляд за собою, II – Вставання, III – Прийом їжі, IV – Прогулянки, V – Гігієна, VI – Досяжний радіус дії, VII – Сила кистей, VIII – Інші види діяльності. На кожне запитання відповіді кодуються у балах від 0 до 3: "0" – без труднощів, "1" – з невеликими труднощами, "2" – з великими труднощами, "3" – не могу виконати зовсім.

Опитувальник EQ-5D-3L складається із двох частин. У першій оцінюють стан здоров'я досліджуваного за п'ятьма напрямками: рухливість; догляд за собою; повсякденна діяльність; біль чи дискомфорт; тривога/депресія. Кожен розділ оцінюється в балах: «1 бал» – немає порушень, «2 бали» – помірні, «3 бали» – виражені порушення. Друга частина представлена візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), на якій «0» позначає максимально погане, а "100" – максимально добрий стан здоров'я. Унікальний стан здоров'я (УСЗ) визначається шляхом об'єднання рівнів кожного виміру до числа, наприклад 11223. Електронний калькулятор дозволяє вирахувати єдиний зведений індекс (ЗІ) якості життя в конкретній популяції (де бал 1- найкращий можливий стан здоров'я).

Опитувальник EQ-5D-5L/Reuma2Go має схожу методику як і EQ-5D-3L, але кожен розділ першої частини дозволяє оцінити виразність проблеми в балах: «1 бал» – немає порушень, «2 бали» – є невеликі порушення, «3 бали» – помірні порушення, «4 бали» – є великі порушення, «5 бали» – не можу виконувати.

Результати. Пацієнтка Л., 17 років на момент обстеження висувала скарги на біль в правому колінному суглобі, лівому скронево-нижньощелепному суглобі, припухлість правого гомілково-ступневого суглоба, після його забиття влітку, біль в шийному відділі хребта, нетривалу ранкову скутість (~30 хв.), біль під час ходи. Анамнез хвороби: з листопада 2016 р. після перенесеного стоматиту з'явилась незначна припухлість та утруднення рухів в обох колінних суглобах. У листопаді-грудні 2017р. вперше звернулась до клініки ДУ «ІОЗДП НАМН України», де було проведено обстеження. За даними лабораторних досліджень: А/Т до ANA (N-0,9)- 0,84, СРБ-негат., РФ-12, АСЛ-О-200, АСТ-55, АЛТ-29. Встановлений діагноз: Ювенільний ідіопатичний артрит, поліартикулярний варіант, серопозитивний. Призначена терапія: метотрексат 15 мг/тиждень, фолієва кислота 7,5 мг/тиждень, диклофенак 100 мг/день, внутрішньосуглобове введення флостерона в обидва суглоби. З жовтня 2018 р. у зв'язку з залученням у патологічний процес шийного відділу хребта (ШВХ) призначена біологічна терапія (хуміра 40 мг/0,8мл). З квітня до початку серпня 2019 р. отримувала за схемою хуміру в 24 МДКЛ м. Харкова, індометацин 100 мг/добу. З 31 січня 2022 р. замість хуміри розпочато введення актерми 162 мг/0,9 мл, через відсутність покращення загального стану та збільшення рівня А/Т до ANA (N-0,9)- 1,25. Останнє стаціонарне обстеження в ІОЗДП в січні 2022 р, з початком бойових дій евакуювалась до Німеччини, де продовжила терапію метотрексатом, отримувала актемру (останнє введення 12.12.2023), проте ремісії захворювання не було досягнуто. В грудні 2023 року у зв'язку з підвищенням трансаміназ імунобіологічна терапія була скасована (з 12.12.2023), тижнева доза метотрексату-10 мг, преднізолон 5 мг/добу (препарат не приймала).

Об'єктивний огляд: загальний стан задовільнений. Зріст 167 см, маса тіла 55 кг, ІМТ – 19,7, нормостенічної тілобудови, постава кифозна. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені, рухомі. Над легеньми перкуторно визначається легеневий звук, аускультативно - везикулярне дихання. Тони серця чіткі, правильного ритму. ЧСС 82 уд. за хвилину, АТ 110/70 мм. рт. ст. Живіт м'який, безболісний, печінка і селезінка не збільшені.

Суглоби: Обмеження рухів та біль під час активних рухів у лівому скронево-нижньощелепному суглобі. Під час відкриття рота наявна асиметрія, хрускіт; патологічна зміна прикусу; неможливість широко відкрити рота. набряклість та дефігурація правих гомілково-ступневого та колінного суглобів. Рухи обмежені в правому колінному суглобі, болісні, біль в ШВХ під час активних рухів. Лабораторні дані: А/Т до ANA (N-0,9)- 0,86, СРБ-негат., РФ-негат., АСЛ-О-200, АСТ-44, АЛТ-31. В загальному аналізі крові відмічається лейкоцитоз ($9,1 \cdot 10^9$ /л), збільшення ШОЕ (40мм/г). Рентгенологічне обстеження: колінні

суглоби - значне звуження суглобових щілин всіх трьох суглобових відділів обох колін, бічні відділи великогомілково-стегнової кістки більш уражені. Крайові кісткові ерозії на двосторонніх медіальних та латеральних виростках стегнових кісток обох колін. Скренево-нижньощелепні суглоби - сплюснення та деформація виростків нижньої щелепи з обох боків, лівий виросток має сильне ущільнення, правий виросток - прогресивне ущільнення, наявне розширення суглобових ямок. Отриманні дані відповідають 2й рентгенологічній стадії ЮІА. При УЗД в правих колінному та гомілково-ступневому суглобах виявлені випіт та потовщення синовіальної оболонки.

Діагноз: Ювенільний ідіопатичний артрит, поліартикулярний варіант, серопозитивний, активність 2 ст, Rö 2 ст.

Отримала лікування: методжект по 10 мг підшкірно один раз на тиждень, фолієва кислота 5 мг, діпроспан 1,0 мл внутрішньосуглобово в правий колінний суглоб. Амбулаторне лікування: методжект по 10 мг підшкірно один раз на тиждень, фолієва кислота 5 мг один раз на тиждень, вітамін D 3000 МО 2 місяці.

Для визначення якості життя пацієнта в роботі застосовувались опитувальники СНАQ, EQ-5D-3L, EQ-5D-5L/Reuma2Go.

За результатами опитування пацієнтки з використанням СНАQ індекс функціональної недостатності дорівнював 1.375, що відповідає помірним функціональним порушенням; рівень якості життя (ЯЖ) становив 54.19%.

За результатами опитування з використанням EQ-5D-3L загальний тестовий показник (ЗТП) складав 8 з 15, УСЗ – 21221, ЗІ дорівнював 0.65, ЯЖ – 46.66%, ВАШ – 69%.

За результатами опитування EQ-5D-5L/Reuma2Go були отримані наступні результати: ЗТП – 12 з 25, УСЗ – 32322, ЯЖ – 52%, ВАШ – 69%.

Порівнявши дані трьох опитувальників, можна зробити висновок про те, що результати опитувальника EQ-5D-5L/Reuma2Go більш наближені до результатів СНАQ, що дозволяє судити про вищий рівень надійності та інформативності в порівнянні з EQ-5D-3L. Також опитувальник EQ-5D-5L/Reuma2Go містить меншу кількість питань, простіший у використанні ніж СНАQ, час на його заповнення дорівнює 1-2 хвилини, що свідчить про більш зручне використання опитувальника, що особливо актуально для сучасного підлітка. Висновки. ЮІА залишається актуальною проблемою в дитячій ревматології у зв'язку із високою розповсюдженістю та загрозливими наслідками. Пацієнти вимагають постійного моніторингу стану здоров'я та якості життя. Під час проведення роботи було встановлено, що опитувальник EQ-5D-5L/Reuma2Go є інформативним, простим у застосуванні, зручним для лікаря та пацієнта інструментом оцінки якості життя у динаміці.

ВИВЧЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ЖАРОЗНИЖУВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Нечаєва Є. О., Лукієнко О. В.

ПВНЗ «Харківський міжнародний медичний університет»

Кафедра професійно-орієнтованих дисциплін

Лікарі загальної практики-сімейної медицини обираються для всієї родини та у своїй практиці доволі часто стикаються із загальними захворюваннями, від яких одночасно можуть потерпати більшість членів однієї сім'ї, зокрема дорослі, діти, особи поважного віку. Почасти деякі з таких захворювань вимагають симптоматичної терапії з метою усунення лихоманки, а найбільш популярними лікарськими засобами (ЛЗ) із доведеною

ефективністю, дозволеними до медичного застосування у всьому світі з цією метою, вважаються ібупрофен та парацетамол. Тому дослідження ринку зазначених ЛЗ, що зареєстровані в Україні та можуть застосовуватись в педіатрії, є актуальним.

Мета та задачі роботи: Вивчити номенклатуру ібупрофену й парацетамолу, зареєстрованих на фармацевтичному ринку України, які можуть бути застосовані в педіатрії як жарознижувальні ЛЗ.

Матеріали й методи: З метою вивчення лікарського забезпечення жарознижувальними засобами були використані нормативні документи, літературні джерела й електронні ресурси. В дослідженні були використані методи: бібліосемантичний, аналізу, узагальнення, синтезу.

Отримані результати дослідження: Рекомендації щодо симптоматичного лікування дітей з гіпертермією передбачають застосування максимально ефективних мінімальних доз ібупрофену й парацетамолу як жарознижувальних засобів упродовж якомога коротшого періоду часу, які відповідно до схем лікування пропонується або поєднувати, або чергувати. Ібупрофен є лікарським засобом, який вважають найбезпечнішим НПЗП для застосування в педіатричній популяції та єдиним із НПЗЗ, що дозволений дітям віком від 3 міс, тоді як парацетамол – один з найпопулярніших і найпоширеніших знеболювальних і жарознижувальних препаратів у всьому світі. Відпускаються зазначені ЛЗ без рецепта як у вигляді моно-, так і багатокomпонентних препаратів, зокрема для застосування в педіатрії. Дослідженнями чергування та комбінованої жарознижуючої терапії зазначеними ЛЗ доведено, що такий її вид може стати більш ефективним для зниження температури, ніж монотерапія.

Лікарська форма жарознижувального ЛЗ має суттєвий вплив на його вибір для застосування у дітей, що зумовлене здатністю дитини ковтати, необхідністю корегувати дозу залежно від маси тіла тощо. Необхідно зауважити, що застосування твердих лікарських форм (таблеток, капсул) можливе по досягненню дитиною віку 3 роки. Застосування в педіатрії ібупрофену та/або парацетамолу у таких лікарських формах, як суспензії, оральні розчини або супозиторії ректальні, має суттєві переваги, що підвищують ефективність та безпеку застосування. Серед них: підвищення швидкості настання фармакологічного ефекту й біодоступності порівняно з таблетками чи капсулами; зручність застосування і точність дозування (залежно від віку й ваги дитини), хоча за умов відсутності необхідного дозування супозиторіїв (на відміну від рідких лікарських форм для орального застосування) корегувати дозу шляхом їх поділу не можна, що можна вважати недоліком.

Було проведено аналіз даних сайту Державного реєстру лікарських засобів України (www.drlez.com.ua) щодо наявності та розподілу ЛЗ, які містять парацетамол та ібупрофен, за видами лікарських форм (в тому числі рекомендованих до застосування в педіатрії) та країною-виробником.

Так, серед ЛЗ, зареєстрованих на вітчизняному фармацевтичному ринку, до складу яких входить парацетамол, 24% належить таблетованим лікарським формам (з яких 71% - вітчизняного виробництва), 8% - капсулам (з яких 80% представлена вітчизняними виробниками, 20% - закордонним), 21% - супозиторіям, які доцільно застосовувати у педіатрії (з яких 3/4 вітчизняного виробництва), 3% - сиропам (з яких 2/3 представлені вітчизняними виробниками), 8% - суспензіям та оральним розчинам (з рівною часткою вітчизняного й закордонного виробництва).

Серед ЛЗ з ібупрофеном, зареєстрованих на вітчизняному фармацевтичному ринку, 2/3 усіх засобів належить твердим лікарським формам – таблеткам і капсулам (з яких близько 60% закордонного виробництва), 25% - суспензіям для застосування в педіатрії (з

яких більшість (88%) закордонного виробництва), 3% - сиропам іноземного виробництва, близько 2% - супозиторіям, які доцільно застосовувати у педіатрії (представлені лише іноземними виробниками).

Крім того, в Україні зареєстровано комбіновані лікарські засоби, які поєднують у своєму складі парацетамол та ібупрофен, але не призначені для застосування як жарознижувальні в педіатрії (обмеження за віком – 18 років).

Аналіз зареєстрованих на фармацевтичному ринку України ЛЗ на основі ібупрофену й парацетамолу свідчить про недостатню кількість (або взагалі відсутність) таких засобів вітчизняного виробництва у ЛФ, які забезпечують зручність та точність дозування саме у пацієнтів дитячого віку.

Висновки: Результати вивчення вітчизняного фармацевтичного ринку парацетамолу та ібупрофену свідчать про доцільність розширення вітчизняними виробниками номенклатури жарознижувальних ЛЗ з парацетамолом та/або ібупрофеном, в тому числі комбінованих, у ЛФ, прийнятних для застосування в педіатрії, що сприятиме підвищенню ефективності й безпеки їх застосування, зокрема за схемами лікування, де пропонується їх поєднувати або чергувати з відповідним корегуванням разової дози.

ФІЗИЧНИЙ ТА СТАТЕВИЙ РОЗВИТОК ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ ІЗ РІЗНИМИ ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Новохатська С. В.

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

Відділення дитячої гінекології та збереження репродуктивного потенціалу дівчат

Поліпшення репродуктивного здоров'я населення є пріоритетним напрямком сучасної медицини. Здоров'я дівчаток пубертатного віку - одна з головних складових репродуктивного потенціалу. Негативне значення для демографічної ситуації має зниження числа підлітків, пов'язане з падінням народжуваності в 90-і роки, а також триваюче погіршення їх здоров'я. Менструальна функція є індикатором і одним із найбільш важливих показників стану репродуктивного здоров'я дівчаток-підлітків. В останні роки в Україні, як і в більшості розвинутих країн світу, відмічається поступове збільшення поширеності розладів менструальної функції серед дівчаток-підлітків. Частота порушень менструальної функції, як одного з основних клінічних проявів патології пубертатного періоду, у пацієнток неухильно зростає.

Благополучний розвиток і становлення функції репродуктивної системи дівчинки безпосередньо пов'язано із фізичним розвитком дитини. Рівень фізичного розвитку, адекватний віку, є важливою ознакою здоров'я та одним із критеріїв оцінки якості заходів, що направлені на зниження розповсюдженості порушень менструальної функції та перинатальних втрат в подальшому. Чим суттєвіші відхилення у фізичному розвитку має дівчина, тим вища вірогідність у неї різних порушень менструального циклу.

Мета та задачі роботи. Оцінка фізичного та статевого розвитку дівчат-підлітків із різними порушеннями менструальної функції.

Матеріали та методи. Обстежено 142 дівчинки з різними порушеннями менструальної функції (першу групу склали 71 дівчина із аномальними матковими кровотечами (АМК), другу — 71 дівчинка із олігоменореєю (ОМ)) віком 10–18 років, які знаходились на лікуванні в умовах відділення дитячої гінекології та збереження

репродуктивного потенціалу дівчат інституту. Характер статевого та фізичного розвитку оцінювали відповідно до вікових нормативів і згідно із протоколами надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія». Порівняння якісних ознак виконували за допомогою кутового перетворення Фішера (ϕ) та із застосуванням критерію χ^2 Пірсона (Pearson Chisquare).

Результати дослідження. Під час вивчення фізичного розвитку встановлено, що середні показники росту у підлітків обох груп знаходяться у межах вікових норм. Достовірної різниці за довжиною тіла серед обстежених груп не спостерігалось. При співставленні результатів фізичного розвитку за індексом маси тіла двох груп встановлено, що відхилення від нормативних показників частіше мали дівчата із ОМ. Так, дефіцит маси тіла серед них зустрічався достовірно частіше в порівнянні з дівчатками із АМК (29,1% та 19,4% відповідно, $p < 0,05$). Надлишкова маса тіла та ожиріння також достовірно частіше реєструвались серед дівчат другої групи в порівнянні з першою (29,2% та 13,9% відповідно, $p < 0,01$). Дівчата з АМК достовірно частіше мали нормативні значення ІМТ (66,7% в порівнянні з 41,7% серед дівчат із ГМС, $p < 0,05$). Статевий та фізичний розвиток це два невід'ємних процеси в організмі дівчинки. Вивчення рівня статевого розвитку виявило, що нормативні значення балу розвитку вторинних статевих ознак частіше зустрічався серед дівчат із олігоменореєю (73,3% проти 46,5% серед дівчат із АМК, $p < 0,001$). Проте випередження на 2 та більше років у 10–13 річних реєструвалось частіше серед дівчат із АМК (32,4% проти 7% у дівчат із ОМ, $p < 0,001$). Відставання серед 14–17 річних обох груп зустрічалось з приблизно з однаковою частотою (21,1% дівчат першої групи проти 19,7% дівчат із другої групи).

Під час вивчення становлення менструальної функції визначено, що середній вік менархе не відрізнявся у дівчаток обох груп і склав $12,09 \pm 0,2$ років. На раннє менархе (до 11 років) частіше вказували дівчата з АМК, ніж з ОМ (16,1% проти 2,4 %, $p < 0,001$), пізній початок менструацій (після 15 років) зареєстрований лише у чотирьох дівчат із другої групи (5,6%). Середній вік менархе у дівчат з надлишковою масою тіла або ожирінні склав $12,52 \pm 0,2$ років, з дефіцитом маси тіла менархе наступало приблизно на рік пізніше – $13,5 \pm 0,2$ років, що підтверджує загальноновизнану закономірність залежності часу настання менархе від маси тіла.

Висновки. Таким чином, з'ясовано, що на тлі дисгармонійності фізичного розвитку у дівчаток частіше формується порушення менструального циклу за типом ОМ, а на тлі випередження статевого розвитку — АМК. Тому важливо особливу увагу приділити дівчатам-підліткам, які мають відхилення в фізичному та статевому розвитку, з метою своєчасної діагностики та призначення лікувально-профілактичних заходів при формуванні порушень менструальної функції.

ЧАСТОТА ТА СТРУКТУРА УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ У ДІТЕЙ

Осадчук Н. Д.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Уроджені вади розвитку (УВР), у структурі яких чільне місце займають пошкодження серцево-судинної системи [18], є однією з основних причин смерті дітей. Не зважаючи на це, до цих пір немає чіткої уяви про кількість дітей, хворих на уроджені вади серця (УВС), хоча народжуваність дітей із вадами розвитку постійно зростає.

Мета – вивчити частоту та структуру уроджених вад розвитку в дітей Чернівецької області.

Методи. Проведено проспективне клініко-епідеміологічне дослідження УВС у дітей методом випадок-контроль за період 2021–2023 рр. на базі медико-генетичного відділу Чернівецького обласного медичного діагностичного центру. Програма дослідження частоти УВС здійснювалася у пологових будинках м. Чернівці (№№ 1, 2) та в ЦРЛ Чернівецької області. Реєстрація УВС у дітей проводилася в перші години або добу після народження.

Результати. Як показали наші дослідження всього по Чернівецькій області впродовж 2021-2023 рр. народилося 782 дитини з УВР. Частота УВР становила 28,8‰ Отримані дані наближаються до структури уродженої патології по інших областях. Кількість уроджених вад серед дітей періоду новонародженості зростає в основному за рахунок УВР статевих органів, кістково-м'язової системи та УВС. Частота УВС в середньому становила 3,9‰. Таким чином, УВС посідають друге - третє місце у структурі УВР серед інших уроджених аномалій Чернівецької області.

Як показав аналіз отриманих даних, всього виявлено 146 випадків УВР у плода, що відображає динаміку УВР в популяції. Коливання частот УВР у плодів в окремі роки знаходилися в межах 7,0‰ –10,3‰, складаючи в середньому 5,2‰ серед обстеженої когорти вагітних жінок. Сумарна частота відхилень, тобто непрямих ознак, які вказують на УВС, склала 79,5%, найчастішою з яких була фетоплацентарна недостатність (87,2%).

Проведено зіставлення отриманих даних про частоту УВС на основі пренатальної ехографії плоду з частотою вад серця у новонароджених дітей Чернівецької області. При порівнянні означених показників у плодів і новонароджених дітей відзначається істотна розбіжність частот УВС у даних періодах: показник частоти УВС значно нижче в антенатальному періоді порівнянно з аналогічним показником у постнатальному періоді (відповідно, 0,03‰ і 0,4‰, $p < 0,05$).

Висновок. Загальний показник поширеності уроджених вад серця серед дітей Чернівецької області становить 3,9‰. У структурі уроджених вад розвитку вади серця займають друге-третє місце.

ПРОГНОЗ РИЗИКУ ПІДВИЩЕНОГО АНГІОГЕНЕЗУ ПРИ ЮВЕНІЛЬНОМУ ІДІОПАТИЧНОМУ АРТРИТІ НА ТЛІ СУЧАСНОГО ЛІКУВАННЯ

Павлова О. С.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Кафедра педіатрії

Актуальність. Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) залишається найпоширенішим ревматичним захворюванням дитячого віку, терапія якого продовжує вдосконалюватись, включаючи появу нових молекул для цільового лікування. На сучасному етапі метою лікування ЮІА є досягання ремісії відповідно до запальної та імунологічної активності захворювання. Недостатня ефективність терапії хворих призводить до тривалої персистенції субклінічного запалення, що призводить до негативних наслідків.

Відомо, що синовіальне запалення супроводжується підвищеною продукцією васкулярного ендотеліального фактора росту (VEGF) в синовіальній рідині, що корелює із синовіальним ангіогенезом та прогресуванням деструктивних змін в суглобах.

Метою дослідження стало вивчення рівня VEGF з урахуванням особливостей маніфестації ЮІА за умов сучасних підходів до його лікування.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано історії хвороби 104 дитини із ЮІА, які перебували на лікуванні в Державній установі «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». Діагноз і лікування проводились відповідно до протоколу лікування ЮІА (2012 р.). Проаналізовано клінічні прояви, рентгенологічні та ультразвукові характеристики суглобового синдрому. Вивчено рівень VEGF у сироватці крові методом ІФА. Статистичні методи включали аналіз відмінностей отриманих показників параметричними та непараметричними методами. Для кількісного визначення прогностичної значущості було застосовано неоднорідну послідовну процедуру Вальда з визначенням інформативності ознак через критерій Кульбака.

Результати. До групи досліджуваних дітей увійшли діти від 10 до 18 років (середній вік $13,3 \pm 0,3$), більшість склали дівчата (59,62%). Перебіг ЮІА характеризувався поліартикулярним (59,61%) та олігоартикулярним (40,38%) перебігом, 1 (57,69%), 2 (34,62%), 3 (3,85%) ступенем активності за JADAS-27. Лікування включало метотрексат та адалімумаб. Рівень VEGF у сироватці крові (min: 23.68 pg/ml; Me:244.75 pg/ml; max: 2158.91 pg/ml), найвищим (понад 75 квантилю) його вміст був у хворих з високою активністю захворювання.

Визначення прогностичної значущості клініко-лабораторних ознак ЮІА щодо високого рівня VEGF, як негативного показника перебігу запального процесу, показало, що найнесприятливішими були наступні ознаки: зберігання активності захворювання: як високого ступеня (ПК: -9,54, I: 0,93), так і середнього (ПК: -3,01, I: 0,43) і низького ступеня за JADAS-27 (ПК: 3,42, I: 1,48); рівень аланінтрансферази (ПК: 1,60, I: 0,85), вміст β -ліпопротеїдів (ПК: 5,23, I: 0,47), а також дозування МТХ в межах 12,6–15 мг/м²/тиждень (ПК: -2,55, I: 0,33).

Висновки. Визначення прогностичних факторів ризику підвищеного ангиогенезу показав значення зберігання активності будь-якого ступеня, дозування метотрексату менше 15 мг/м²/тиждень, а також окремих показників функціонального стану печінки, для негативного перебігу ЮІА і подальшої деструкції суглобів.

ВПЛИВ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ НА ШКОЛЯРІВ

Ращупкіна З. Е., Ащеулов О. М.

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики педіатрії

Актуальність. Дистанційне навчання є основною складовою освітнього процесу на теперішній час. Втім, актуальним є гігієнічна оцінка фактичних дистанційних форм організації навчального процесу для школярів з часів карантину в умова воєнного стану та визначення найбільш здоров'язбережувальних варіантів навчання, що є важливим завданням профілактичної медицини на сьогодні. Ці зміни обумовлені тим, що наслідки пролонгованого дистанційного навчання значною мірою впливають на здоров'я дітей. Через тривалий час перебування у такому режимі як батьки так і діти не можуть достовірно відслідкувати погіршення стану здоров'я дітей.

Мета дослідження: дослідити та проаналізувати зміни, які впливають на здоров'я у дітей, за період дистанційного навчання.

Матеріали та методи. Для точної оцінки змін у здоров'ї дітей були відібрані певні критерії, так як: час дистанційного навчання, кількість годин проведених за комп'ютером, зміни гостроти зору, частота відвідування окуліста, кількість прийомів їжі, повноцінність

раціону харчування, кількість споживання води, фізична активність протягом доби. Для реалізації поставленої мети ми використали різні методи дослідження, зокрема: аналітичний, описовий, зіставний та соціологічне опитування у форматі Google Forms. Було опитано 30 школярів (16 навчаються у м. Київ та 14 у м. Дніпро), віком від 13 до 17 років.

Результати. З воєнними діями в Україні, більшість навчальних закладів впровадили дистанційний режим навчання, що безумовно змінило кількість годин проведених за моніторами. Проте, у деяких навчальних закладах дистанційне навчання продовжується з часів пандемії. Результати опитування показали, що 30% школярів навчаються дистанційно близько 3 років, 50% займаються дистанційно 2 роки, і 20% учнів мають змішану форму навчання. Досліджено зміни у часі проведеному за комп'ютером на період дистанційного навчання, на це питання 60% дітей відповіли що час за гаджетами збільшилися і перевищують 8 годин, 40% зазначили що в цілому час за комп'ютером не змінився і не перевищує 8 годин. У 60% учнів наявні короткотривалі погіршення зору після перебування за комп'ютером; 10% мають погіршення гостроти зору, яке не проходить; і 30% не мають помітних змін у гостроті зору. З опитуваних 20% учнів відвідують лікаря-окуліста 2 рази на рік; 40% звертаються за консультацією лише у тому випадку коли мають скарги; і 40% школярів не пам'ятають коли останній раз відвідували лікаря. Також досліджено зміни у харчуванні дітей за період дистанційного навчання. Спочатку розглянено чи були зміни у режимі харчування за період дистанційного навчання. На це питання 40% учнів відповіли, що за останні два роки мають зміни в режимі харчування; 50% школярів зазначили, що мають стабільний режим харчування, до якого вони підлаштувалися за три і більше років дистанційного навчання; і лише 10% відповіли, що з дистанційним навчанням їх режим харчування не змінився. Досліджено кількість прийомів їжі, на це питання 50% школярів відповіли, що мають 3 прийоми їжі; 30% дітей відповіли, що харчуються 2 рази на день; і 20% відповіли, що мають не постійну кількість прийомів їжі. На питання з приводу повноцінного харчування 40% учнів відповіли, що харчуються повноцінно, а 60% зазначили, що їх раціон не завжди є повноцінним. Досліджено водний баланс та його стабільність. Результати показали, що 30% учнів випивають 2 літри води; 60% дітей випивають приблизно 1 літр води на добу; 10% зазначили, що не можуть точно сказати скільки води вони випивають впродовж доби. Результати дослідження фізичної активності за час дистанційного навчання показали, що у 40% відсотків дітей зменшилась фізична активність; 50% фізична активність не змінилась; і лише у 10% учнів фізична активність збільшилась.

Висновки. Підбиваючи підсумки, можна сказати, що 80% школярів більше ніж 2 роки навчаються дистанційно та мають суттєві зміни здоров'я. Значне збільшення часу за комп'ютером (60% більше 8 годин поспіль) призвело до погіршення зору в 70% школярів, проте тільки 20% з них отримували профільну допомогу. Спостерігається зниження кількості прийомів їжі та зменшення фізичної активності, що негативно впливає на стан здоров'я та працездатність. У зв'язку з цим перспективним є посилити увагу населення через вчителів шкіл щодо правил гігієни здоров'я у дистанційному форматі навчання та звернення до лікаря-педіатра у разі виникнення порушень.

ЦИТОГЕНЕТИЧНА ДІАГНОСТИКА КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19 У ДІТЕЙ

Романчук Л. І., Колоскова О. К.

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

Вступ. Актуальність коронавірусної хвороби COVID-19 була і залишається надзвичайно високою. Мутації вірусу SARS-CoV-2 у постпандемічний період призвели до формування клінічної подібності до інших гострих респіраторних захворювань, а варіації від безсимптомної до тяжкої клінічної форми створюють значні труднощі для оцінки ефективності тестування з метою діагностики або скринінгу на SARS-CoV-2.

Мета: дослідити цитогенетичні зміни букального епітелію мазків-відбитків для скринінгу SARS-CoV-2.

Матеріали і методи. Дослідження проведене на базі інфекційних відділень ОКНМ «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» (м. Чернівці). Обстежено 55 дітей (середній вік – $10,9 \pm 0,55$ років, хлопчики 60%), у яких коронавірусну інфекцію COVID-19 верифікували методом полімеразної ланцюгової реакції, а також 36 пацієнтів (середній вік – $10,5 \pm 0,76$ року, 50% хлопчики), в яких вірус SARS-CoV-2 виділено не було.

Результати дослідження. Проведення цитогенетичного дослідження дало змогу виявити у мазках-відбитках слизової рота хворих на COVID-19 дітей у 89% випадків протрузії типу «пухирця» ($2,1 \pm 0,1$ на мазок-відбиток), ядра атипової форми – у 81,8 % ($2,7 \pm 0,2$ на мазок-відбиток), двоядерні клітини у 70,9 % ($2,07 \pm 0,16$ на мазок-відбиток), протрузію типу «розбитого яйця» – у 23,6% ($1,2 \pm 0,1$ на мазок-відбиток), каріопікноз – у 21,8% ($1,6 \pm 0,2$ на мазок-відбиток), клітини з конденсацією хроматину – у 15,5 % ($1,3 \pm 0,1,18$ на мазок-відбиток). Наведені зміни характеризувались наступними показниками діагностичної цінності у наявності інфекції SARS-CoV2: найвищою чутливістю володіла наявність ядер атипової форми (чутливість 81,1%) та двоядерних клітин (чутливість 70,9%, а найбільшою специфічністю – каріопікноз (специфічність 86,2%) і наявність клітин з конденсацією хроматину (специфічність 94,5%).

Висновок. Таким чином, цитогенетичні зміни букального епітелію у вигляді патологічних змін у мазках-відбитках – є недорогим, доступним і неінвазивним методом діагностики вірусемії SARS-CoV2 за неможливості проведення тестування, або сумнівних його результатах. Цитогенетичні маркери при окремому застосуванні демонструють достатню чутливість або специфічність, що в комбінації дозволяє отримати достовірні діагностичні результати.

РЕАЛІЇ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ВЕДЕННЯ ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІОЛІТОМ. ЧИ ВІДБУЛИСЬ ЗМІНИ В ПІСЛЯПАНДЕМІЧНИЙ ПЕРІОД?

Рудан К. В., Богуцька Н. К.

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

У сучасній педіатричній практиці покращення ведення пацієнтів із бронхіолітом є одним із пріоритетних завдань. Незважаючи на існування міжнародних рекомендацій щодо ведення бронхіоліту, зміни, пов'язані з пандемією COVID-19, зумовили необхідність перегляду цих підходів для оптимізації їх впровадження в клініці.

З огляду на це, метою дослідження було проаналізувати підходи до ведення, зокрема частоту та ефективність використання методів лабораторної та інструментальної діагностики, пацієнтів із бронхіолітом, госпіталізованих до пандемії COVID-19 (січень-лютий 2020 року), з врахуванням чинних на той час клінічних настанов та рекомендацій, а також порівняти такий менеджмент з оновленими рекомендаціями 2023 р. У основну групу дослідження було включено 28 дітей із заключним діагнозом «бронхіоліт», госпіталізованих до ОКНП «ЧОДКЛ», вік пацієнтів коливався від 0,5 до 24 місяців, всі діти були доношеними. До другої групи порівняння ввійшли 106 дітей, госпіталізованих з приводу позагоспітальної пневмонії (вік дітей 0,5–48 місяців).

При обстеженні на час поступлення дітей основної групи їх частота дихання становила $47,7 \pm 5,8$ на хв (min-max: 38–68) проти $39,9 \pm 8,1$ на хв (min-max: 22–61) у групі з діагнозом «пневмонія», ($p < 0,001$), сатурація, виміряна черезшкірно, становила $91,2 \pm 8,1$ (min-max: 74–98) у дітей основної групи проти $94,4 \pm 2,5$ (min-max: 88–98) ($p < 0,07$) у групі порівняння. У Bronchiolitis guideline (Starship Child Health, 2019) застерігають від безперервного моніторингу сатурації у випадку бронхіоліту, якщо тільки захворювання не є важким, ті ж рекомендації наявні у Clinical Practice Guideline (AAP, 2014) та Clinical Practice Guideline Bronchiolitis (AAFP, 2019). Гіпертермія при поступленні відмічена у 25% дітей основної та 46,2% пацієнтів другої групи ($p < 0,05$), однак фебрилітет спостерігали з однаковою частотою – у 10,7% і 9,4% випадків відповідно ($p > 0,05$). Усім дітям з підтвердженим діагнозом «бронхіоліт» було проведено дослідження загального аналізу крові. Суттєвих відмінностей у лабораторних показниках у дітей груп порівняння не було виявлено: абсолютна кількість лейкоцитів $10,3 \pm 4,13$ проти $10,6 \pm 4,8$ Г/л, абсолютна кількість нейтрофілів $4,7 \pm 2,3$ проти $5,6 \pm 3,9$ Г/л ($p > 0,05$), швидкість осідання еритроцитів $4,4 \pm 2,1$ проти $5,2 \pm 2,0$ мм/год ($p = 0,09$) в пацієнтів основної та групи порівняння. Лейкоцитоз спостерігали у 46,4% та 54,7% випадків, нейтрофіліоз – у 39,3% проти 44,3%, зсув лейкоцитарної формули вліво – у 57,1% проти 52,8% випадків в першій та другій групах відповідно ($p > 0,05$). За рекомендаціями Clinical Practice Guideline (AAP, 2014), Clinical Practice Guideline Bronchiolitis (AAFP, 2019), Bronchiolitis guideline (Starship Child Health, 2019) та Bronchiolitis Outpatient Phase Clinical Pathway (Arkansas Children's Hospital, 2018) призначення лабораторних методів дослідження не є обґрунтованим у випадку бронхіоліту, окрім мікроскопії та посіву сечі за температури тіла вище 38°C у дітей молодше двох місяців; вірусологічне тестування також не входить до переліку обґрунтованих стандартних процедур для дітей з бронхіолітом. У нашому дослідженні наявність втягнень грудної клітки (75% проти 51,5%, $p < 0,03$); та шумного дихання, зокрема візінгу, свистячого або стогнучого дихання, (35,7% проти 15,1%, $p < 0,03$, у першій та другій групах відповідно), частіше були притаманними дітям за діагнозу «бронхіоліт». Підставою для діагностики бронхіоліту була відсутність асиметрії аускультативних або перкуторних даних над легенями та локальних хрипів, що спостерігали лише у випадку діагностики пневмонії у 37,7 та 60,4% випадків ($p < 0,001$). У 43% дітей з підтвердженим діагнозом «бронхіоліт» було здійснено рентгенологічне дослідження грудної клітки, з них у 16,7% випадків виявляли лише посилення легеневого малюнку, у 75% випадків – ще й рентгенологічні ознаки бронхообструкції, і лише у 8,3% – дифузні перибронхіальні інфільтративні зміни. В усіх дітей з діагнозом «пневмонія» при рентгенообстеженні виявляли типові консолідацію, асиметричні інфільтративні зміни тощо. У сукупності, ці дані дають підставу вважати, що у госпіталізованих дітей всупереч клінічних проявів бронхіоліту ймовірна гіпердіагностика «пневмонії», оскільки лише у 1 випадку серед дітей з «бронхіолітом» виявлено дифузні інфільтративні зміни, хоча за даними літератури, це трапляється частіше. Рентгенологічне

дослідження грудної клітки у випадку типового бронхіоліту не рекомендоване, оскільки підвищує частоту неправильної діагностики бактеріальної пневмонії та непотрібного застосування антибіотиків. У всіх попередніх та чинних настановах використання рентгенологічного дослідження як рутинного втручання для підтвердження діагнозу «бронхіоліт» не рекомендоване. Згідно Bronchiolitis guideline (Starship Child Health, 2019), Clinical Practice Guideline (AAP, 2014) пропонується розглядати питання про використання рентгенографії грудної клітки лише при підозрі на ускладнення, наприклад, плевральний випіт або пневмоторакс, у важких випадках або при невизначеності діагнозу, що дозволить зменшити витрати на медичне обслуговування, скоротити час очікування у відділенні невідкладної допомоги, уникнути зайвого впливу іонізуючого випромінювання та нераціональної антибіотерапії. Рекомендації чинного Стандарту медичної допомоги «Бронхіоліти у дітей» (Україна, 2023) не відрізняються щодо додаткових методів обстеження від раніше перерахованих закордонних документів.

Отже, сучасні протоколи ведення і/та маршрутизація пацієнтів з бронхіолітом повинні бути спрямовані на мінімізацію медичних втручань. Однак, за нашими даними, у допандемічний період у значної частини госпіталізованих пацієнтів із бронхіолітом нерекomenдовані згідно «Стандарту» додаткові лабораторно-інструментальні обстеження без індивідуального обґрунтування здійснювали в 43-100% випадків, причому в аспекті диференційного діагнозу з пневмонією діагностичного значення вони не мали і могли спонукати до призначення нераціональної антибіотикотерапії.

ОЦІНКА РУХЛИВОСТІ СУГЛОБІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Сивогривова К. Б.

**Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Кафедра госпітальної педіатрії**

Актуальність теми. Формування діабетичної остеоартропатії (ДОАП) пов'язано з особливостями скелету в дитячому віці, набором кісткової маси та ростовим стрибком. Зазвичай у дітей для оцінки стану суглобової системи більше уваги приділяється функції променевоzap'ясних суглобів. Нажаль поза увагою залишаються інші суглоби дитячого організму, які також потрапляють під вплив гіперглікемії та абсолютної недостатності інсуліну.

Мета роботи: оцінка рухливості суглобів у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, в залежності від стану глікемічного контролю.

Матеріали і методи: під спостереженням знаходилось 50 дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, віком від 11 років до 17 років. В залежності від стану глікемічного контролю діти були розподілені на три групи. Перша група – 8 дітей з ідеальним та оптимальним рівнем глікемічного контролю, друга група - 12 дітей з субоптимальним рівнем глікемічного контролю, третя група - 30 дітей з глікемічним контролем з високим ризиком для життя. Групи були репрезентативні за віком, статтю та тривалістю перебігу цукрового діабету Групу контролю склали 20 умовно здорових однолітків. Всім пацієнтам з цукровим діабетом та дітям групи контролю була проведена оцінка функції суглобів з використанням гоніометричних методів діагностики з визначенням об'єму активної та пасивної рухливості суглобів.

Отримані результати дослідження. Проведені дослідження показали, що в групі контролю відхилень в функції суглобів в жодному випадку не спостерігалось. В той же час було встановлено, що у 32 (64%) дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, спостерігалися обмеження рухливості в різних групах суглобів. Частота обмеження рухливості суглобів у дітей, хворих на цукровий діабет, зростала при погіршенні глікемічного контролю. Якщо серед дітей першої групи обмеження рухливості суглобів було зареєстровано лише в 1 (12,5%) випадку, то в другій групі – у 4 (33%) дітей, а у дітей третьої групи практично у всіх дітей відмічалось зменшення амплітуди рухів у суглобах - 27 (90%) випадків. Слід відмітити, що як активні, так і пасивні рухи у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, не супроводжувалися вираженим болем під час руху або в спокої, а лише незначними дискомфорними відчуттями під час фізичних навантажень. У всіх випадках обмеження рухливості суглобів мало двобічний характер. При погіршенні стану глікемічного контролю кількість суглобів, в яких відмічалось зменшення амплітуди рухів, збільшувалася. Якщо у пацієнтів першої та другої груп обмеження рухливості спостерігалися в 1–2 суглобах, то в групі з глікемічним контролем з високим ризиком для життя – в 3–5 суглобах. Найчастіше у дітей другої групи страждала розгинальна функція променево-зап'ясткових суглобів та підшовне згинання гомілково-ступневих суглобів – по 33% випадків. В групі пацієнтів з глікемічним контролем з високим ризиком для життя переважали обмеження підшовного та тильного згинання в гомілково-ступневих суглобах – 57% та розгинальної та згинальної функція променево-зап'ясткових суглобів – 50%, які в 17% випадках поєднувалися з обмеження рухливості в ліктьових суглобах, в 10% випадків – з порушенням згинальної функції колінних суглобів та в 10% – з обмеженням амплітуди згинання та приведення в кульшових суглобах.

Висновок. Таким чином, у дітей, хворих на цукровий діабет, має місце висока частота формування синдрому обмеження рухливості суглобів, серед клінічних проявів якого переважають обмеження рухливості в гомілково-ступневих та променево-зап'ясткових суглобах. Встановлено, що розвиток та клінічні прояви даного ускладнення залежать від стану глікемічного контролю.

ХРОНІЧНА КРОПИВ'ЯНКА ЧИ УРТИКАРНИЙ ВАСКУЛІТ

– ДІАГНОСТИЧНА ДІЛЕМА?

Скрябіна К. В., Самсоненко С. В.

Дніпровський державний медичний університет

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб та педіатрії 2

Уртикарний васкуліт (УВ) це рідкісне захворювання, що має дві складові: клінічні прояви кропив'янки та гістопатологічні ознаки шкірного лейкоцитокластичного васкуліту дрібних судин, переважно з залученням посткапілярних венул. На даний момент не існує єдиних клінічних рекомендацій, а підходи до діагностики та лікування УВ відрізняються. Це обумовлено, в першу чергу, різноманіттям шкірних, системних та серологічних ознак, які утруднюють встановлення діагнозу.

Мета роботи – навести власний клінічний випадок УВ, розкрити ключові моменти патогенетичних механізмів, диференційної діагностики та лікувальної тактики УВ.

Клінічний випадок. Хлопчик 17 років звернувся до алерголога зі скаргами на тривалий висип (більше трьох тижнів), що супроводжувався свербіжем. З анамнезу захворювання відомо, що провокаційними факторами початку захворювання були: укуси

комахи, початок прийому нового препарату, а саме вітаміну К (за два дні до дебюту хвороби) та перенесення COVID-19 (за декілька місяців до висипу). Протягом трьох тижнів дитина проходила обстеження у різних спеціалістів та отримувала лікування, серед яких були антигістамінні препарати, системні глюкокортикостероїди, сорбенти. Альтернативні діагнози: бактеріальний фолікуліт, вірусна екзантема, кропив'янка неуточнена. Від отриманого лікування ефекту не було.

Об'єктивний статус: загальний стан хлопчика відносно задовільний. Температура тіла – 36,6°C, ЧСС- 100/хвилину, ЧД- 16/хвилину, АТ – 135/80 мм.рт.ст. (що відповідало АГ 1 ст). Вага - 90 кг, зріст - 180 см, ІМТ = 27,8 кг/м² (надлишкова вага). Верхні та нижні кінцівки на дотик холодні, вологі, червоно-синього кольору за типом перчаток та носків (феномен Рейно). На шкірі живота та кінцівках – уртикарний висип, без тенденції до злиття, стрії на нижній частині живота, спині, верхніх кінцівках. З боку серцево-судинної, дихальної та травної систем без патології. За результатами додаткових методів обстежень виявлено: зміни у загальному аналізі крові (еритроцитоз, лімфоцитоз). Біохімічний аналіз крові: альбумін 47,3 г/л, АЛТ (60 Од/л), білірубін прямий (5,25 мкмоль/л), АСЛЮ (156 МО/мл). Рівень комплементу С3 та С4, загального ІgЕ, еозинофільного катіонного білку, діаміноксидази -у межах норми, тест ALEX-2- сенсibiliзації не виявлено. АНА- 1:100 (позитивний). Коагулограма відповідала нормативним значенням. Ультразвукове дослідження нирок виявило пієлоектазію лівої нирки.

Зважаючи на відсутність позитивної динаміки від лікування, на шостому тижні хвороби призначено пантч-біопсію шкіри, за результатами якої встановлено, що гістологічна картина була більш характерна для УВ. Регрес шкіряного синдрому було досягнуто за допомогою комбінації антигістамінних та антилейкотрієнових препаратів.

Висновки. Діагностична дилема: «уртикарний васкуліт чи хронічна кропив'янка» вирішується проведенням пантч-біопсії шкіри, яка на сьогодні є золотим стандартом діагностики. Своєчасна діагностика допомагає уникнути помилкових діагнозів та як результат – неправильного лікування УВ. Опис даного клінічного випадку є внеском у розкриття цієї складної у всьому світі проблеми.

ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ГІПЕРРЕАКТИВНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ БРОНХОЛЕГЕНЕВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Скрябіна К. В., Ільченко С. І.

Дніпровський державний медичний університет
Кафедра пропедевтики дитячих хвороб та педіатрії 2

У сучасній педіатричній практиці часто використовуються інгаляції гіпертонічних розчинів хлориду натрію (ГРХН) різних концентрацій з лікувальною та діагностичною метою у хворих з хронічними бронхолегеневими захворюваннями. Результати наукових досліджень свідчать, що однією з причин неефективної інгаляційної терапії є гіперреактивність бронхів (ГРБ). ГРБ — це надмірне звуження бронхів у відповідь на різноманітні інгаляційні подразники, як хімічні, так і фізичні. ГРБ це стан бронхіальних рецепторів, у якому вони стають надчутливими. У зв'язку з тим, що ГРХН істотно відрізняються осмолярністю від бронхіального секрету ризик виникнення ГРБ при їх використанні високий.

Метою дослідження було покращення ефективності інгаляційної терапії ГРХН у хворих з хронічними бронхолегеневими захворюваннями (ХБЛЗ).

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети обстежено 54 дитини з ХБЛЗ серед яких 40 дітей з муковісцидозом (МВ) та 14 дітей з хронічним бронхітом (ХБ), які знаходились на лікуванні у міському дитячому пульмонологічному центрі м. Дніпра. До групи контролю увійшли 21 дитина без ХБЛЗ. Для діагностики ГРБ використовували протокол дослідження, запропонований E.P. Dellon et al. На початку дослідження пацієнтам проводили вихідну спірометрію за загальноприйнятою методикою з визначенням загальновідомих швидкісних та об'ємних показників за допомогою сучасного спірографа MicroLab. Потім проводили послідовні інгаляції ГРХН: для першої інгаляції-0,9% розчин NaCl, для другої та третьої 3% розчин NaCl та 7% розчин NaCl відповідно. Після кожної інгаляції оцінювали клінічні зміни та зміни показників функції зовнішнього дихання. При появі таких побічних явищ, як утруднення дихання, спастичний кашель, аускультативні симптоми бронхоспазму та зниження ОФВ1 на $\geq 20\%$, інгаляції припиняли. Для усунення побічних явищ та відновлення бронхіальної прохідності проводили бронходилатаційний тест з β 2-агоністами короткої дії згідно з чинними рекомендаціями, ГРБ діагностували при збільшенні ОФВ1 $\geq 12\%$.

Статистична обробка отриманих результатів здійснювалася за допомогою пакета прикладних програм Statistica 6.1

Результати. Відповідно результатам протоколу дослідження, ГРБ до ГРХН у хворих на МВ спостерігалася у 17 (42,5%): 9 хлопців (52,9%) та 8 дівчат (47,1%); ($p > 0,05$). У групі пацієнтів з ХБ ГРБ на ГРХН зафіксовано у 3 дітей (21,4%), а у групі здорових осіб – у 2 дітей (9,5%). Клінічними ознаками ГРБ у дітей були спастичний кашель під час інгаляцій ГРХН, утруднення дихання та аускультативні симптоми бронхоспазму. При проведенні протоколу дослідження клінічні ознаки ГРБ фіксували лише під час інгаляції ГРХН (3% та 7% NaCl), оскільки на 0,9% NaCl клінічних ознак ГРБ не було зафіксовано в жодній з груп.

Порівняльним аналізом показників ФЗД після інгаляцій 0,9% розчину NaCl встановлено, що їх значення достовірно не змінювались порівняно з вихідними параметрами у всіх групах.

Скарги на спастичний кашель та аускультативні симптоми бронхоспазму під час інгаляції 3% розчином NaCl достовірно частіше фіксували у дітей з МВ, тоді як першіння в горлі зазвичай виникало у дітей з ХБ. Крім того, спостерігалася тенденція до частішого розвитку утрудненого дихання під час інгаляції 3% розчином NaCl серед дітей з МВ в порівнянні з дітьми з ХБ та здоровими дітьми.

Під час проведення інгаляції 7% розчином NaCl спастичний кашель достовірно частіше виникав у дітей з МВ та ХБ (27,5% та 28,6% відповідно) у порівнянні зі здоровими дітьми (9,5%; $p < 0,01$). Аускультативні симптоми бронхоспазму частіше реєструвалися у дітей після інгаляцій 7% розчину NaCl в порівнянні з використанням 3% розчину хлориду натрію.

Висновки. Доведено, що ГРБ на ГРХН зустрічається навіть у здорових дітей (9,5%), але частіше – у пацієнтів з хронічною бронхолегеновими захворюваннями (діти з ХБ – 21,4%, діти з МВ – від 25% до 42,5% в залежності від періоду захворювання). Вищезазначене підтверджує той факт, що ГРБ виникає як наслідок хронічного запалення. Клінічними ознаками гіперреактивності бронхів у дітей з муковісцидозом є спастичний кашель під час інгаляцій ГРХН, утруднення дихання, аускультативні симптоми бронхоспазму, частота яких вища при використанні 7% розчину NaCl.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

Сокольник І. С.

Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та медичної генетики

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) є гетерогенним розладом невизначеної етіології, але є вагомими докази того, що його в значній мірі можна класифікувати як генетичне захворювання. Полікістоз яєчників розвивається через надмірну стимуляцію лютеїнізуючим гормоном яєчників і вироблення надмірної кількості чоловічих гормонів (андрогенів), особливо тестостерону, високого рівня інсуліну в жінок, у яких яєчники чутливі до цього стимулу, або зниження рівня глобуліну, що зв'язує статеві гормони, що призводить до збільшення рівня вільних андрогенів. Згідно з Роттердамськими критеріями розрізняють 4 СПКЯ: тип А (класичний): гіперандрогенія + нерегулярний менструальний цикл + полікістозна морфологія яєчників (ПМЯ), тип В (класичний): гіперандрогенія нерегулярний менструальний цикл, тип С (некласичний, овуляторний): гіперандрогенія + ПМЯ, тип D (нормоандрогенний): нерегулярний менструальний цикл + ПМЯ.

Мета: вивчити особливості клінічного перебігу СПКЯ у дівчат-підлітків.

Методи. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 17 дівчат-підлітків та проведено їх анкетування за спеціально розробленими анкетами-опитувальниками.

Результати. Частота гіперандрогенних станів у дівчаток-підлітків становить 4–7,5%. Вік дівчат-підлітків коливався від 13 до 18 років (середній $16,7 \pm 0,11$ роки). Менструальний вік становив $16,7 \pm 0,11$ роки, середній індекс маси тіла дівчат із СПКЯ становив $21,12 \pm 0,56$. У групі дівчат із СПКЯ надлишкова маса тіла виявлена у 13%. Найбільш частими симптомами СПКЯ у дівчат були: гіпоменструальний синдром (86,9%), дермопатія (82,6%) та гірсутизм (60,8%).

У дівчат підлітків із фенотипом А у клінічній картині переважали наступні ознаки: порушення циклу (100%), кістозні зміни яєчників при ультразвуковому дослідженні (100%), акне (89,9%), стрії (86,4%), гірсутизм (56,7%), надлишкова маса тіла (45,7%), підвищена пітливість (40,8%). Фенотип В характеризувався порушенням циклу (100%), гіпертрихозом (55,3%), себореєю (40,2%), акантозом (36,8%), інсулінорезистентність (5,6%).

До клінічних ознак, які траплялися у дівчат із фенотипом С, відносилися ультразвукові ознаки СПКЯ (100%), акне (89,8%), себорея (76,4%), акантоз (56,9%), надлишкова маса тіла (45,5%). Клінічні ознаки фенотипу Д включали порушення циклу (100%) та ультразвукові ознаки СПКЯ (100%).

Висновок. Синдром полікістозних яєчників характеризується гетерогенною клінічною симптоматикою, що необхідно враховувати при проведенні первинного скринінгу.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕЙРОПАТІЇ У ДІТЕЙ

Спільник М. С., Савченко Д. С.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кафедра госпітальної педіатрії

Актуальність. Згідно даних, приведених Міжнародною діабетичною федерацією, на сьогодні в світі налічують біля 425 мільйонів людей, що хворіють на цукровий діабет, що дозволяє говорити про розвиток його глобальної епідемії. Серед ускладнень цукрового діабету, що призводять до важкого його перебігу та ранньої інвалідизації є периферична діабетична нейропатія, яка діагностується за різними даними у 30–80% хворих.

Мета роботи. Дослідити частоту, з якою зустрічається периферична діабетична нейропатія у дітей та особливості її клініко-параклінічних проявів

Матеріали та методи дослідження. Для реалізації поставленої мети нами було обстежено 60 дітей, хворих на цукровий діабет, у віці від 10 до 16 років, що перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні обласної клінічної дитячої лікарні міста Запоріжжя. Наявність периферичної діабетичної полінейропатії (ДПН) встановлювалася з урахуванням скарг, даних клінічного огляду хворих та оцінки результатів зв шкалою CNE та модифікованої педіатричної оцінки загальної нейропатії. Вираженість ДПН оцінювали за ступенем проявів симптомів з використанням шкали нейропатичного симптоматичного підрахунку (НСП) та модифікованого нейропатичного дисфункціонального підрахунку (НДП) з оцінкою чутливості (тактильної, больової, температурної, вібраційної).

Результати дослідження. За результатами проведеного обстеження було встановлено, що клінічні прояви периферичної діабетичної полінейропатії (ПДН) мали 22 пацієнти (36,6%). Основними скаргами, що надавали хворі з групи спостереження, виступали - слабкість з підгострим початком, часто з сильним болем (синдром горіння ніг) (27%), поколювання (13,3%), оніміння кінцівок (11,7%), судоми (8,3%), гіперестезії (6,7%). Тактильна, больова, температурна чутливості були зниженими у 26% хворих.

В процесі обстеження нами було виявлено, що домінуючою формою ПДН у дітей з групи спостереження виступала гіпералгічна форма, яка була діагностована в 37 хворих (61,6%). Псевдотабесдіабетична форма була діагностована у 23 пацієнтів (38,4%). Відмічено пряму кореляційну залежність наявності та вираженості симптомів ПДН з тривалістю захворювання та рівнем глікемічного контролю ($r=+0,72$, $p<0,01$, $r=+0,65$, $p<0,05$).

Висновки. Таким чином, периферична діабетична полінейропатія є розповсюдженим ускладненням цукрового діабету у дітей, що зустрічається в 36,6% випадків. Відмічено зростання частоти, з якою зустрічається означене ускладнення, зі збільшенням тривалості захворювання та погіршенням рівня глікемічного контролю.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ

Стець В. Р., Пацера М. В.

Запорізьський державний медико-фармацевтичний університет

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Відомо, що дитячий організм надто чутливий до стресових ситуацій. Безсумнівно, таким чинником є воєнні дії в Україні впродовж майже двох останніх років. Тривалий за часом емоційний стрес викликає перенапруження нервової, ендокринної систем дитини. Цей «токсичний» стрес впливає на поведінку дітей, на відсутність бажання вчитися, апатію і депресію, а також відбивається на спілкуванні в родині.

Мета дослідження. Виявити психологічні порушення у стані здоров'я дітей з використанням методу інтерв'ю.

Задачами даної роботи було виявити психологічні порушення у дітей різного віку, і розробити індивідуальні рекомендації щодо покращення їх психологічного стану.

Матеріали та методи дослідження. Діти віком від 10 до 17 років обох статей, які проходили фізіотерапевтичний курс в дитячій лікарні міста Запоріжжя.

Результати та обговорення. Діти з хронічними соматичними захворюваннями, функціональними порушеннями, з перенесеними травмуваннями мали різні скарги стосовно стану здоров'я соматичного, а також зміну настрою, процесу навчання в школі. Ці скарги виникали як результат перенесених уражень різних органів та систем, і потребували подальшого спостереження, консультацій психолога і розробки індивідуальних програм допомоги дітям. Пацієнти з будь-яким соматичним захворюванням в процесі бесіди з фахівцями покращували не лише свій психологічний стан, а також демонстрували прихильність до занять відновлювальної терапії, охоче спілкувалися з однолітками, що прискорювало процеси одужання.

Важливим в бесіді з дітьми було те, що майже усі діти відчували труднощі дистанційного навчання в школі, скаржилися на великий об'єм і насиченість домашніх завдань, а також відсутність доступного пояснення нової теми учителем під час занять. І вважали ці факти суттєвими в погіршенні настрою і загальному психологічному стані. Звісно, ситуація з перериванням уроків під час «повітряних тривог», відсутність мережі Інтернет, як результат відключення електроенергії, також викликали у дітей роздратованість і формування стану набутої беспорядності. Тому проблеми одержання базисних знань в загальноосвітній школі впливають на поглиблення низки психосоматичних реакцій у дитини. Для покращення загального психологічного стану дітей доречно розробити індивідуальні підходи щодо подолання недоліків у стані дитини, з урахуванням її віку і статі, темпераменту, особливостей спілкування в родині тощо. Для заохочення у навчанні корисно відзначати незначні досягнення дитини, тобто використовувати позитивне підкріплення. Використовувати рольові і навчальні ігри, експерименти і інтерактивні програми, що допоможуть зробити для дитини навчання цікавим. На будь-які дитячі питання відшукуйте відповіді удвох з подальшим їх обговоренням, це буде корисною дискусією, обміном думок дорослого і дитини. Також це навчить дитину діалогу і навикам аргументації. Потрібно намагатися відповідати на будь-які питання дитини, це допоможе дізнатися про її інтереси, погляди і поступово сформує світогляд дитини. Не забувайте про сприятливе навчальне середовище, допоможіть учневі створити режим занять під час відсутності Інтернету: можна читати, займатися творчістю, допомагати дорослим. Важливим джерелом навчання є відвідування музеїв, бібліотек та інших цікавих місць. Подолати перевантаженість у дитини,

бути більш вмотивованим до навчання допоможуть послідовність батьків і організація навчального середовища, впорядкування домашнього завдання. Під час навчання допомагайте дитині залишатися спокійним, щоб вона не відчувала напругу і нестачу часу на виконання завдання. Дитину потрібно підбадьорювати на кожному етапі навчання. Консультація психолога підвищить обізнаність батьків щодо особливостей психоемоційного стану їх дитини, навчить технікам покращення настрою, зменшенню тривоги і подолання стресу.

Висновки. Діти з різними соматичними, функціональними захворюваннями і наслідками травмувань також демонстрували психологічні зміни в стані здоров'я, спричинені реаліями військових дій. Використання індивідуальних підходів до навчання допоможуть подолати перенавантаження у школі, покращити успішність у навчанні, подолати стресові стани у дітей різних вікових груп під час військових дій в Україні.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ АНЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З БУЛЬОЗНИМ ЕПІДЕРМОЛІЗОМ

Сінх О. О.¹, Лютянська Н. А.², Федорець Є. А.³

^{1,2}Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

¹Кафедра педіатрії №1

²Кафедра внутрішньої медицини №1

³Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ» МОЗ України

Бульозний епідермоліз (БЕ) – це група рідкісних генетичних захворювань шкіри і слизових оболонок зі схильністю до хворобливого утворення пухирів, які виникають при незначній травмі або терті. Виділяють чотири основні типи БЕ: простий БЕ, межовий БЕ, дистрофічний БЕ та Кіндлер БЕ. Пацієнти з тяжким перебігом БЕ, в основному з межовим та дистрофічним типом БЕ, часто мають таке ускладнення, як хронічна анемія запалення. Анемія має багатофакторне походження у пацієнтів з БЕ з наступними початковими факторами, такими як хронічне запалення та втрата заліза. Чим більше у пацієнта пухирів, тим вірогідніше може виникати кровотеча через рани та втрата заліза. В свою чергу, залізо необхідне для заміщення слизової оболонки кишечника, тому сам по собі важкий дефіцит заліза пов'язаний з ентеропатією втрати білка і порушенням всмоктування поживних речовин, включаючи залізо, створюючи порочне коло.

Мета дослідження. Оцінити частоту анемії при БЕ у дітей різного віку та вивчити чинники її розвитку.

Матеріали та методи дослідження. Було проведено обсерваційне дослідження серед 55 пацієнтів (28 хлопців та 27 дівчат) віком від 0 до 18 років, з простим та дистрофічним типами БЕ. Всі пацієнти були поділені на три вікові групи: 0-6 років (n=15), 6–12 років (n=18), 12–18 років (n=22). Для оцінки впливу факторів на розвиток анемії були застосовані методи множинної лінійної регресії та попарної кореляції наступних показників: швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), рівня заліза, гемоглобіну та ступінь тяжкості білково-енергетичної недостатності (БЕН).

Результати дослідження. Наші дослідження показали, що у групі пацієнтів віком 0-6 років виявлений сильний прямий показник множинної кореляції між рівнем гемоглобіну та ШОЕ, БЕН та рівнем заліза ($R=0,8$, $p<0,01$). За результатами визначення коефіцієнта регресії ($b = -0,66$) рівень гемоглобіну зменшиться в середньому на 0,66 од. при збільшенні рівня ШОЕ в крові на 1 од. Був виявлений сильний зворотній зв'язок між показником ШОЕ та

рівнем гемоглобіну ($r=-0,72$, $p<0,01$). У віковій групі від 6-12 років виявлений прямий сильний показник множинної кореляції між рівнем гемоглобіну та усіма факторами ($R=0,86$, $p<0,001$). Згідно визначеному коефіцієнту регресії в цій віковій групі рівень гемоглобіну зменшується в середньому на 0,78 од. при збільшенні рівня ШОЕ на 1 од. ($b = -0,78$). Виявлено домінуючий вплив запалення на розвиток анемії, про що свідчить сильний зворотний кореляційний зв'язок між ШОЕ та рівнем гемоглобіну ($r=-0,82$, $p<0,01$). У пацієнтів старше 12 років підтверджено множинний вплив усіх факторів на розвиток анемії ($R=0,68$, $p<0,001$), коефіцієнт регресії b є статистично значущим для рівня ШОЕ, оскільки рівень гемоглобіну зменшується в середньому на 0,46 од. при збільшенні рівня ШОЕ на 1 од. ($b = -0,46$). Визначається прямий кореляційний зв'язок між рівнем ШОЕ та рівнем гемоглобіну ($r=-0,57$, $p<0,05$).

Висновок. Таким чином, у дітей до 12 річного віку було виявлено сильний прямий показник множинної кореляції між рівнем гемоглобіну та таких показників, як ШОЕ, БЕН та залізо ($R=0,8$, $p<0,01$ та $R=0,86$, $p<0,01$ відповідно) та у дітей старше 12 років також підтверджений прямий показник множинної кореляції ($R=0,68$, $p<0,001$). У двох вікових групах 0–6 років та 6–12 років був виявлений сильний зворотній кореляційний зв'язок між показником ШОЕ та рівнем гемоглобіну, що свідчить про домінуючий вплив запалення на розвиток анемії.

ОЦІНКА ТЕСТОВОЇ ТРИВОЖНОСТІ НА ДО- ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПАХ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ПЕДІАТРІЇ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ COVID-19 В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Тарнавська С. І., Буринюк-Глов'як Х. П.

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

Загальновідомо, що пандемія COVID-19 внесла чисельні корективи в роботу вищих медичних навчальних закладів. Неконтрольований страх – одна із найбільш поширених реакцій на пандемію. Окремі дослідження свідчать, що ті люди, хто переніс коронавірусну хворобу, можуть мати постійний страх за своє здоров'я, страх інфікувати інших, зокрема членів родини. Ті, хто вже перехворів, більш вразливі до прояву страху та занепокоєння навіть через кілька місяців після хвороби.

Підвищена тривожність, розчарування, нудьга, соціальна ізоляція через карантину спричинили відчуття невпевненості у майбутньому, страх перед іншими інфекціями, подальшу депресію та посттравматичний стрес.

Враховуючи вищенаведене, та, з врахуванням дистанційної форми навчання під час пандемії COVID-19 для підготовки високоспеціалізованих фахівців з медичної освіти необхідно оволодіти не тільки ґрунтовними теоретичними знаннями, але й здобути компетенції, які необхідні майбутньому лікарю. Водночас в умовах дистанційного навчання використання манекенів, тренажерів неможливе, що вимагає пошуку інших інструментів для ефективною підготовки студентів.

Таким чином, пошук нових форм та інноваційних методів навчання з врахуванням потужного психо-емоційного навантаження на студентів та лікарів-інтернів під час дистанційного навчання, особливо в умовах пандемії COVID-19, є доволі актуальним та потребує подальшого вивчення.

Основна частина. **Метою дослідження** було провести порівняльну оцінку тестової тривожності на додипломному та післядипломному етапах викладання у закладах вищої медичної освіти під час впровадження симуляційних технологій в умовах дистанційного навчання в період пандемії COVID-19.

Нами проведено анонімне анкетування 103 осіб, які проходили додипломне та післядипломне навчання на базі кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб Буковинського державного медичного університету. В межах дисципліни «педіатрія, дитячі інфекції» були імплементовані заняття за методикою проблемно-орієнтованого навчання із використанням віртуальних пацієнтів та/або стандартизованих пацієнтів. Всім студентам та лікарям-інтернам проводили оцінку тестової тривожності проводили за анкетною Сарасона І.Г., 1980.

Сформовано 2 групи спостереження: I група – 63 студенти 6 курсу (середній вік – 22,8 роки, частка жінок – 70,6%), II група – 35 лікарів-інтернів (середній вік – 24,4 роки ($p > 0,05$), частка жінок – 94,3% ($p > 0,05$)). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставлюваними.

Проводячи оцінку тестової тривожності нами встановлено, що серед опитаних респондентів пітливість під час іспиту відзначається з однаковою частотою як у студентів 6 курсу, так і в лікарів-інтернів: 42,6 % та 45,7 % ($p_{\phi} > 0,05$) випадків відповідно. Відчуття паніки реєстрували близько 73% опитаних обох груп. Думки про можливість нескладання іспиту/тестування відзначали 67,6% студентів 6 курсу та 77,1% ($p_{\phi} > 0,05$) лікарів-інтернів. «Розлад шлунку» під час тестування був притаманний близько третині респондентів II групи (34,3%) та 42,6% ($p_{\phi} > 0,05$) опитаних I групи. Критерій панічної думки: «Решта розумніші» реєстрували з майже однаковою частотою половина респондентів обох груп. Відчуття завмирання під час іспиту відмітилось у п'ятій частині опитаних I (19,1%) та II груп (25,8%, $p_{\phi} > 0,05$) відповідно. Хвилювання перед початком тестування спостерігалось у більшій частині опитаних (88,2% та 82,8%, $p_{\phi} > 0,05$ випадків I та II груп відповідно). Сторонні думки під час іспиту/тестування навідували 60,3% студентів 6 курсу та лише п'яту частину (20%, $p_{\phi} < 0,05$) лікарів-інтернів, що свідчило про більш акцентовану увагу та відповідальне ставлення до вирішення завдань майбутніх лікарів.

Критерій «під час іспиту забуваю те, що знав» реєстрували понад 2/3 опитаних обох груп (72,1 % та 74,3%, $p_{\phi} > 0,05$ відповідно). Впевненість перед іспитом у власних силах відчували лише третина опитаних респондентів (32,4% та 31,4%, $p_{\phi} > 0,05$ I та II груп відповідно). «Емоційні переживання не вплинули на успішність» вважали 45,7% студентів 6 курсу та лише 37,1% ($p_{\phi} > 0,05$) лікарів-інтернів. Думка «Хороший результат на одному іспиті – не збільшує впевненості у наступному» навідувала 44,2% студентів та 48,6% ($p_{\phi} > 0,05$) лікарів-інтернів. Відчуття, що здав би краще, було присутнє у 13,2% опитаних I групи та 28,6% ($p_{\phi} < 0,05$) II групи відповідно, що свідчило про виразнішу критичну самооцінку лікарів-інтернів. Відчуття серцебиття під час іспитів відмічалось у майже 82% респондентів обох груп.

Висновки. За опитувальником тестової тривожності (Сарасон І.Г., 1980) не виявлено суттєвих відмінностей на до- та післядипломному етапах підготовки лікарів. Лікарі-інтерни, за результатами самооцінки, були більш зосереджені на іспиті, відкидаючи сторонні думки, відповідальніші та самокритичні.

МАРКЕРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ

Тарнавська С. І., Котенко О. О.

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

За даними ВООЗ щорічно в світі діагностується близько 151,8 мільйонів випадків захворювання на позалікарняних пневмоній (ПП) серед дитячого населення, з них у 13,1 млн. осіб (8,7%) реєструють тяжкий перебіг захворювання із високим ризиком летальності. Вкрай важливим є пошук доступних об'єктивних маркерів активності запалення у дітей, хворих на ПП, які дозволили б прогнозувати тяжкість перебігу захворювання, проводити моніторинг стану пацієнта, оцінити ризики та наслідки пневмонії. Найбільш доступним методом оцінки стану запалення, ендогенної інтоксикації та реактивності організму – це дослідження лейкоцитарного складу периферичної крові.

Ідея моніторингу не тільки початку запального процесу за показниками лейкоцитарних індексів крові, але й прогнозування летальності пневмонії, є актуальною та потребує подальших досліджень.

Мета дослідження. Покращити результати лікування дітей, хворих на ПП, шляхом вивчення діагностичної цінності лейкоцитарних індексів крові як маркерів ризику несприятливого перебігу захворювання.

Матеріали та методи дослідження. Проведено комплексне обстеження 72 дітей, хворих на ПП. З урахуванням середнього показника індексу зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК) діти розподілені на 2 клінічні групи. І групу склали 28 дітей, які хворіють на ПП та в яких ІЗЛК дорівнював $\geq 2,0$ ум.од. (середній вік – $7,8 \pm 1,6$ року, частка хлопчиків – $57,2 \pm 3,6\%$), до II групи увійшли 44 дитини, хворих на ПП із показниками ІЗЛК $< 2,0$ ум.од. (середній вік – $6,8 \pm 1,1$ року ($p > 0,05$), частка хлопчиків – $59,1 \pm 2,2\%$, ($p > 0,05$). За основними клінічними характеристиками групи порівняння були зіставлюваними.

Результати дослідження. Встановлено, що перебіг ПП у дітей із виразним зсувом вліво лейкоцитарної форми (ІЗЛК > 2 ум.од.) частіше асоціював із наявністю вогнищезливної та сегментарної пневмонії, при цьому шанси вірогідно тяжкого перебігу хвороби зростали у 2,5 разу. Наявність виразних показників ендогенної інтоксикації крові підвищувала шанси розвитку ускладнень у вигляді ексудативного плевриту в 3,4 разу, що в цілому співпадає з даними літератури. Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити, що показники індексу тяжкості пневмонії в пацієнтів I клінічної групи вірогідно корелював із віком пацієнтів ($r = 0,8$, $p < 0,05$) та тривалістю лихоманки ($r = 0,9$, $p < 0,05$), що співпадає з даними епідеміологічних досліджень щодо зростання частки ПП, в тому числі тяжкий випадків захворювання, у дітей старшого шкільного віку.

Водночас саме в цієї категорії пацієнтів незважаючи на відносно меншу частку розвитку фебрильної лихоманки, яка має триваліший перебіг (відносний ризик – 1,5 [95%ДІ: 1,1–2,1] при співвідношенні шансів – 2,3 [95%ДІ: 1,3–4,1]), реєстрували прояви бронхообструктивного синдрому та виразної дихальної недостатності, шанси розвитку яких зростали у 6,4 та 4,0 разу відповідно.

Встановлено, що перебіг ПП у дітей I групи частіше асоціював із наявністю вогнищезливної та сегментарної пневмонії, при цьому шанси вірогідно тяжкого перебігу хвороби зростали у 2,5 разу, а шанси розвитку ексудативного плевриту в 3,4 разу. В пацієнтів I групи частіше реєстрували прояви бронхообструктивного синдрому та виразної дихальної недостатності, шанси розвитку яких зростали у 6,4 та 4,0 разу відповідно.

Висновки. У дітей, хворих на позалікарняну пневмонію наявність індексу зсуву лейкоцитів крові понад 2 ум.од. підвищує шанси несприятливого перебігу захворювання.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ-СПОРТСМЕНІВ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Тимошенко Є. О., Підкова В. Я.

**Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Кафедра пропедевтики дитячих хвороб**

Серцево-судинна система є однією з ключових систем організму, що забезпечує його життєдіяльність та функціонування. У дітей-спортсменів підліткового віку в сучасних умовах, під час війни, ця система відіграє особливо важливу роль, оскільки спорт є не тільки засобом фізичного виховання, складовою в формуванні особистих рис характеру, витривалості, але й сприяє формуванню та подальшому розвитку серцево-судинної системи. Дані функціональних досліджень дозволяють оцінити рівень функціональної спроможності серцево-судинної системи.

Метою нашої роботи стало: проаналізувати стан серцево-судинної системи в дітей-спортсменів підліткового віку під час проходження профілактичного медичного обстеження на базі університетської клініки ЗДМФУ м. Запоріжжя.

Матеріали та методи. Проведено медичне обстеження дітей-спортсменів підліткового віку від 15 до 17 років (25 юнаків і 17 дівчат), що включало опитування, об'єктивне обстеження, запис ЕКГ в 12-ти відведеннях і проведення проби Руф'є (30 присідань за 45 секунд) для оцінки працездатності. Визначення результатів проби проводили за індексом Руф'є (IR).

Результати дослідження. Попередньо, всі обстежені були опитані. Скарги на будь-які зміни в стані здоров'я чи гостре захворювання – відхилені. Об'єктивні дані – без патологічних змін. Після аналізу ЕКГ встановлено, що у юнаків в 96% був синусовий ритм, в 4% – синусова (дихальна) аритмія. У 100 % виявлено достатній вольтаж ЕКГ. У 92% електрична вісь серця не була відхилена, лівограма зафіксована у 8%. Схильність до брадикардії була у 28%, ЧСС в межах від 61 до 80 уд/хв в 68%, більше 80 уд/хв у 4%. Без відхилень від норми ЕКГ спостерігалась у 80% підлітків. Неповна блокада правої ніжки пучка Гіса (НБПНПГ) була виявлена в одного юнака (4%), синдром ранньої реполяризації шлуночків (СРРШ) у 2-х (8%), правопередсердний ритм і міграція ритму – по одному підлітку (по 4%). У дівчат в 70,5% виявлено синусовий правильний ритм, в 29,4% – синусова (дихальна) аритмія. У всіх дівчат на ЕКГ було виявлено достатній вольтаж без відхилення електричної вісі серця. Дівчат з брадикардією не спостерігали, з ЧСС в межах 61-80 уд/хв – 12 (70,6%), більше 80 уд/хв – 5 (29,4%). Без відхилень від норми ЕКГ зафіксована у 88,2% дівчат, НБПНПГ виявлена в однієї (5,9%) і СРРШ також в однієї дівчини (5,9%).

Щодо проби Руф'є. У юнаків IR на рівні 6,0 визначений у 8 (32%), на рівні 5,0 – у 7 (28%), на рівні 4,0 – у 8 (32%), на рівні 3,0 та 2,0 – по 1 (4%). Тобто, більшість юнаків, що займаються спортом (96%), мають добрий рівень працездатності серцево-судинної системи. У дівчат IR становив на рівні 6,0 – у 8 (47%), на рівні 5,0 – у 4 (23,5%), на рівні 4,0 – у 4 (23,5%), на рівні 2 – у 1 (6%). Тобто, в обстежених дівчат (94%), як і в юнаків, добрий рівень працездатності має значна більшість спортсменок.

Висновки. Проведене обстеження дітей-спортсменів підліткового віку в сучасних умовах, під час війни довело, що функціональний стан серцево-судинної системи за даними ЕКГ та проби Руф'є знаходиться на достатньому рівні. Заняття спортом тільки поліпшує працездатність за будь яких умов.

ПРОФІЛЬ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ОРАЛЬНИМ АЛЕРГІЧНИМ СИНДРОМОМ ХВОРИХ НА СЕЗОННИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ

Ткаченко О. Я., Щербак В. В.

Полтавський державний медичний університет
Кафедра педіатрії №2

Актуальність. Оральний алергічний синдром (ОАС) рідко вивчається як окрема нозологічна одиниця, оскільки він часто поєднується з іншими хронічними алергічними захворюваннями. За даними зарубіжних експертів його поширеність у США серед дітей становить 5,0%, тоді як Австралії майже 17%, в той час як серед європейських країн ОАС перевищував 20%. Основний алерген пилку берези, Bet v 1, являє собою прототип всіх алергенів PR-10 і є основним сенсibilізатором. Наявність білку-гомолога PR-10 в пилку дерев букоцвітних пояснює перехресну реактивність IgE між пишком ліщини, вільхи, бука, дуба та граба. Відомо, що білок PR-10 в сирих плодах, овочах, бобових та горіхах може викликати синдром оральної алергії й навіть в деяких випадках серйозні алергічні реакції.

Метою нашого дослідження було вивчення спектру профілю сенсibilізації до алергокомпонента PR-10 з чутливістю до пилку букоцвітних у дітей із сезонним алергічним ринітом.

Матеріали та методи. Було проаналізовано рівні sIgE та рівні білків-гомологів PR-10 в сироватці крові 28-ми дітей шкільного віку із сезонним алергічним ринітом, які перебували на алергологічних ліжках ЦСПД КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» у період із вересня 2023 року по січень 2024 року. Для статистичного аналізу результатів дослідження використовували описову статистику та критерій Манна-Уїтні для порівняння показників, при значенні $p < 0,05$, результати вважали статистично значущими.

Результати. При ретельному зборі алергологічного анамнезу встановлено, що прояви орального алергічного синдрому у 92,86% хворих проявлялися свербіжем у ротовій порожнині, майже у половини (46,13%) свербіжем губ та у 82,14% проявами печіння в ділянці ясен та язика. За результатами багатокомпонентної молекулярної алергодіагностики був визначений профіль сенсibilізації у дітей з сезонним алергічним ринітом та виявлено перехресно-реактивну сенсibilізацію до алергенів яблука (Mal d 1) 82,14%, моркви (Dau s 1) 64,29%, сої (Gly m 4) 46,42%, арахісу (Ara h 8) 39,29%, полуниці (Fra a 1+3) 35,71% та селери (Ari g 1) 10,71%. Рівень медіани титру sIgE до алергокомпонента яблука становив 19,84 (16,54-25,03) кОд/л, що статистично перевищував показники медіани алергокомпонентів полуниці та сої – 8,03 (3,44-10,54) кОд/л та 6,34 (4,0-9,14) кОд/л відповідно ($p < 0,001$). Також медіанний рівень алергокомпонента яблука був достовірно вищими за значення медіани титру sIgE арахісу (19,84 (16,54-25,03) кОд/л проти 14,42 (10,92-17,71) кОд/л, $p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, можна зробити висновок, що білок PR-10 має високу перехресну реактивність між пилок-пилок та пилок-рослинна їжа. Ретельний аналіз спектру харчових алергенів, особливо мажорних алергокомпонентів, є необхідною складовою успішного підбору елімінаційних дієт при веденні пацієнтів із сезонним алергічним ринітом, оскільки здебільшого білки сімейства PR-10 розпадаються при нагріванні та під впливом травних ферментів. Завдяки цьому більшість пацієнтів з даною гіперчутливістю добре переносяться приготовлену їжу.

ЗМІНИ БАГАТОПАРАМЕТРИЧНОЇ ПОЛЯРИЗАЦІЙНО-ФАЗОВОЇ МІКРОСКОПІЇ ПОЛІКРИСТАЛІЧНИХ ПЛІВОК ЛЕГЕНЕВОГО ЕКСПІРАТУ В ДІАГНОСТИЦІ ПОЗАГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Ткачук Р. В., Білоус Т. М., Гарас М. Н., Антонійчук В. І.

Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Мета та задачі роботи. Підвищити ефективність діагностики позагоспітальної пневмонії у дітей на підставі аналізу діагностичної цінності методу багатопараметричної поляризаційно-фазової мікроскопії полікристалічних плівок легеневого експірату.

Матеріали і методи. В Чернівецькій обласній дитячій клінічній лікарні обстежено 98 дітей, хворих на інфекційно-запальні захворювання респіраторного тракту, зокрема, 64 пацієнти, хворих на пневмонію, та 34 дитини, що страждали на інфекційно-запальні захворювання верхніх дихальних шляхів. Забір біологічного матеріалу у хворих проводився в перший день госпіталізації. Дослідження структури лазерно-поляриметричних зображень легеневого експірату проводилося у традиційному розташуванні Стокс-поляриметра. Для кожного двовірного розподілу значень азимута поляризації зображення полікристалічних плівок легеневого експірату використовувався універсальний аналітичний статистичний підхід – визначення набору статистичних моментів 1-го – 4-го порядків (середнє, дисперсія, асиметрія та ексцес). Отримані результати аналізувалися з використанням методів клінічної епідеміології.

Результати. Забір біологічного матеріалу у хворих проводився у перший день госпіталізації до педіатричної клініки, що, в середньому, відповідало 3–4-му дню захворювання.

Отримані мапи поляризаційно-неоднорідних зображень полікристалічних плівок легеневого експірату оцінено за допомогою обчислення набору статистичних моментів 1–4-го порядків, які характеризують координатні розподіли поляризаційних параметрів.

Порівняльний аналіз одержаних даних підтвердив наявність виразних поляризаційних проявів полікристалічної оптично-анізотропної складової. Усі поляризаційно-фазові мапи мікроскопічних зображень полікристалічних плівок легеневого експірату обох груп пацієнтів характеризуються складною та індивідуальною топографічною структурою. Представленні полікристалічні плівки легеневого експірату груп-порівняння характеризуються оптичною неоднорідністю, що виражено у вигляді зростання чутливості поляризаційного картографування полікристалічних плівок легеневого експірату шляхом виділення оптичних проявів великомасштабних двопротенезаломлюючих кристалічних утворень, як складових легеневого експірату. Також, у порівняльному аналізі отриманих даних виявлено зростання оптичної анізотропії полікристалічних плівок легеневого експірату пацієнтів, хворих на пневмонію. На даний факт вказує діапазон зміни значень азимута поляризації у гістограмах розподілу цього параметру. Відповідно можна припустити, що із прогресуванням активності запального процесу оптична активність хіральної молекули, які обертають площину поляризації лазерного випромінювання зростає.

Кількісно виявлені закономірності патологічної трансформації поляризаційно-фазової структури мікроскопічних зображень репрезентативних вибірок полікристалічних плівок легеневого експірату характеризують результати статистичного аналізу мап азимута (таблиця 1).

Статистичні моменти 1-4-го порядків, що характеризують розподіли азимута поляризації мікроскопічного зображення полікристалічних плівок легеневого експірату

Параметр	Мапа азимута поляризації		
	I клінічна група	II клінічна група	p
Середнє, SM_1	0,475±0,008	0,366261±0,005	≤0,05
Дисперсія, SM_2	0,393786±0,004	0,249826±0,003	≤0,05
Асиметрія, SM_3	0,954393±0,013	1,545435±0,021	≤0,001
Ексцес, SM_4	1,162750±0,020	2,118261±0,020	≤0,001

Як видно з представлених результатів у таблиці 1, кількісно оптичні прояви полікристалічних плівок легеневого експірату виявляються у зменшенні середнього та дисперсії розподілу випадкових значень азимута поляризації. Водночас, статистичні моменти вищих порядків (асиметрія та ексцес) вагомо зростають. Проведений статистичний аналіз відображає середньостатистичні достовірні відмінності між структурами мап азимута поляризації. Причому високий рівень ($p \leq 0,001$) статистичної відмінності між алгоритмічно відтвореними топографічними мапами азимута поляризації полікристалічних плівок легеневого експірату пацієнтів з контрольної та дослідної груп виявився для значень асиметрії (SM_3) та ексцес (SM_4), що можна вважати найбільш чутливими і, такими, що найбільш інформативні, які характеризують статистичні моменти 3-го та 4-го порядків розподілу випадкових значень азимута поляризації.

Висновок: Встановлено достатню діагностичну цінність методу багатопараметричної поляризаційно-фазової мікроскопії легеневого експірату, що може використовуватися у верифікації запалення пухлянональної паренхіми в дітей відносно пацієнтів, хворих на інфекційні запальні ураження верхніх відділів респіраторного тракту.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ, СПРИЧИНЕНОЇ КОРОНАВІРУСОМ SARS-COV-2, У ДІТЕЙ ІЗ ЗАПАЛЕННЯМ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Ткачук Р. В., Білоус Т. М., Гарас М. Н., Антонійчук В. І.

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

Мета та завдання роботи. Оптимізувати ідентифікацію вірусу SARS-CoV-2 шляхом стандартного ПЛР дослідження конденсату видихуваного повітря у дітей, хворих на COVID-19.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі інфекційних відділень обласного комунального некомерційного підприємства «Чернівецька дитяча обласна клінічна лікарня» у грудні 2021 року. Дослідну групу сформували 25 дітей (середній вік пацієнтів становив 9,6 років (min=3, max=17), госпіталізованих з клінічною картиною, підозрілою на COVID-19. Питома частка хлопчиків склала 56%, дівчаток – 44%.

Верифікація коронавірусної інфекції SARS-CoV-2 проводилася методом зворотної транскриптазно-полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) для виявлення РНК вірусу у ленегевому експіраті у відповідності до Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)» №762 від 02.02.2020 р. зі змінами та доповненнями.

Результати. У 14 із 25 залучених пацієнтів, за результатами ПЛР дослідження мазків з носоглотки, підтверджено COVID-19. Позитивні результати отримано у 78,6% досліджуваних дітей, яким проведено ПЛР у день госпіталізації, у 57,1% інфікованих виявлено РНК вірусу SARS-CoV-2 на $6,4 \pm 0,69$ день хвороби. Позитивний результат ПЛР конденсату отримано у 42,9% пацієнтів.

Всупереч наявності негативного результату мазка з носоглотки у день госпіталізації позитивний результат конденсату видихуваного повітря отримано у всіх дітей із пневмонією у середньому на $3,8 \pm 0,39$ день хвороби, а на $6,4 \pm 0,69$ день у 66,7% досліджуваних пацієнтів, в яких при поступленні до стаціонару COVID-19 виключено.

Висновки: Таким чином, проведене дослідження дозволяє розширити діагностичну панель верифікації коронавірусної хвороби COVID-19 шляхом використання конденсату видихуваного повітря, як біоматеріалу для виявлення вірусу SARS-CoV-2, у першу чергу, в симптоматичних пацієнтів із від'ємним результатом ПЛР у мазках з носоглотки.

РОЛЬ ПІЛОРОСТЕНОЗУ У СТРУКТУРІ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Фокшанська Н. В.

Івано-Франківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики педіатрії

Станом на сьогоднішній день вроджений гіпертрофічний пілоростеноз (ГПС) вважається однією із найчастіших причин виникнення блювоти у новонароджених і є предметом дослідження науковців у різних куточках світу. Не в рідкісних випадках вроджений ГПС поєднаний з іншими вродженими мальформаціями шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Частота виникнення даної патології має певні відмінності в залежності від регіону і, відповідно до даних різних авторів, вона становить від 0,86-3,96 до 1,0-8,0 на 1 000 живих новонароджених європеїдної раси.

Зважаючи на наявність певних регіональних особливостей у поширеності пілоростенозу, а також на той факт, що протягом останніх десятиріч у країнах Європи відмічається зростання рівня захворюваності на вроджений ГПС, актуальною є оцінка захворюваності на дану патологію у новонароджених в Україні.

Метою нашого дослідження було оцінити роль пілоростенозу у структурі вроджених патологій розвитку ШКТ.

Для досягнення поставленої мети було виконано ключове **завдання**, яке полягало у проведенні аналізу історій хвороби новонароджених та їх статистичному опрацюванні.

Матеріали і методи. У рамках даного дослідження було здійснено аналіз медичної документації, а саме – 74 історій хвороб дітей з вродженими вадами ШКТ, включаючи пілоростеноз, які проходили терапію у КНП «Обласна клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради» в період 2019-2022 років.

Результати дослідження. Проаналізувавши історії хвороби, нами було підтверджено, що пілоростеноз належить до однієї із найбільш поширених вроджених патологій ШКТ, яка була наявна у 23 дітей (31,08%) в аналізованій групі, серед яких переважна більшість дітей були доношеними новонародженими (21 дитина або 91,3%). У рамках нашого дослідження не прослідковується наявність зв'язку між терміном вагітності, на якому було народжено дитину, та вродженим ГПС.

Незважаючи на існування медикаментозної терапії, оперативне втручання є основним методом лікування ГПС. Для даної патології характерним є проведення пілороміотомії у порівняно пізні терміни, тому що симптоми ГПС в переважній більшості випадків з'являються в період від 3 до 6 тижнів після народження дитини. Згідно з даними медичної документації, пілороміотомію було проведено успішно і жодна дитина не померла в післяопераційному періоді.

Для кожного випадку було ретельно описано результати проведеної пілороміотомії, проте важливим моментом є подальше постійне спостереження за пацієнтами, яким було проведено пілороміотомію, адже пізні ускладнення та віддалені наслідки хірургічного лікування ГПС можуть виникати пізніше одного місяця та потребувати призначення відповідної терапії або навіть повторної госпіталізації. Віддалені наслідки пілороміотомії залежать напряму від методу корекції (відкрита або лапароскопічна пілороміотомія), але станом на сьогодні вони є не до кінця висвітленими у літературі та доволі часто стають предметом дискусії.

Висновки. Завданням сучасної педіатрії є проведення об'єктивного аналізу та оцінки захворюваності новонароджених, вирішення якого дозволить забезпечити стандартизацію надання медичної допомоги та підвищення її якості. Предметом подальших досліджень може стати проведення більш ретельного аналізу історій хвороб із систематизацією усіх нозологій, що є вродженими патологіями ШКТ, та виявлення статистичних закономірностей у аналізованій групі.

СТУПІНЬ ДЕПРЕСІЇ В ДІТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Філіп І. В.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Діти військовослужбовців, що постійно перебувають в напруженому стані, з відчуттям тривоги за своїх рідних, сім'ї та діти що постійно перебувають у стресовій ситуації, мають ознаки посттравматичного стресового розладу, потребують особливої уваги. З метою попередження або мінімізації негативних наслідків конфліктних подій важливо формувати знання про ситуацію, що склалася у дітей, батьків та педагогічних працівників. Своєчасне донесення такої інформації до дітей, батьків та педагогічних працівників сприятиме зверненню по допомогу від осіб, які її потребують, водночас запобігаючи більш складним наслідкам перенесених подій.

Мета: оцінити ступінь тяжкості депресії і тривоги в дітей, батьки яких є учасниками бойових дій.

Методи. Проведено анкетування 36 дітей підліткового віку, батьки яких приймають участь у бойових діях (середній вік $13,9 \pm 2,4$ роки), із них хлопчиків 22 (61,1%).

Результати. За результатами анкетування у всіх опитаних підлітків виявлені ознаки депресії, зокрема порушення сну встановлено у 69,4% дітей, порушення апетиту – у 66,6%, відчуття провини – 52,7%, відчуття приниження та зниження самооцінки – у 47,2%, невпевненість у собі – у 44,4%; похмурість і песимістичне бачення майбутнього – у 41,6%. Депресія у дітей часто супроводжується втратою інтересів (38,8%), плаксивістю (27,7%), почуттям безнадії (25%). До факторів, що підсилюють травматичний стрес можна віднести: сприйняття того, що сталося як крайньої несправедливості (94,4%), нездатність і/або неможливість хоч якось протистояти ситуації (69,4%), пасивність у поведінці (66,6%), фізична перевтома (41,6%). відсутність соціальної підтримки (38,8%). Фактори, що послаблюють травматичний стрес включають: сприйняття того, що сталося як можливого

(27,7%), часткове прийняття відповідальності за ситуацію (25%), поведінкова активність (22,2%), наявність позитивного досвіду самостійного вирішення складних життєвих ситуацій (13,8%), сприятливе фізичне самопочуття (13,8%). Окрім того, частина дітей мали ознаки фізичного дискомфорту (22,2%) спазми в горлі, 13,8% прискорене дихання, 8,3% удушення, 5,5% зниження м'язового тону, 25% головний біль, 27,7% біль у шлунку тощо) та суб'єктивного страждання (душевний біль).

Висновок. У дітей, батьки яких приймають участь у бойових діях, присутні ознаки депресії, як наслідки сильного емоційного переживання. Ці діти потребують соціально-психологічного супроводу у кризових ситуаціях.

СЕСТРИНСЬКА МОДЕЛЬ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ДІТЕЙ

Чаглей Ю. Г.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Хронічні захворювання шлунку і дванадцятипалої кишки часто розпочинаються в дошкільному і шкільному віці. Спостереження в дитячій гастроентерологічній клініці свідчать про те, що за останні 10 років у дітей реєструється збільшення частоти тяжких форм гастритів та гастродуоденітів, які призводять до розвитку багаточисельних ерозій та виразкової хвороби.

Це диктує необхідність активації наукових досліджень щодо ефективних методів профілактики патології дигестивного тракту в дитячому віці із залученням медичної сестри до командної роботи.

Мета. Визначити основні проблеми пацієнтів дитячого віку із патологією шлунково-кишкового тракту.

Методи. Проаналізовано анамнез та дані медичної документації 35 дітей шкільного віку, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в дитячому гастроентерологічному відділенні КНП «Чернівецька міська дитяча клінічна лікарня».

Результати. Аналіз нозологічної структури захворювань органів травлення серед дітей Чернівецької області за останні 5 років показав, що виразкова (ВХ) займає 4 місце після гастродуоденітів, функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту та холециститів. Поширеність ВХ серед дітей Чернівецької області коливається від 0,23 до 0,79%. Отже, за останні роки відмічається зростання поширеності ВХ серед дитячого населення. Із фізіологічних проблем у пацієнтів найбільш часто мали місце: біль (100%); печія (90%); нудота (50%); блювота (20%); закріп 80%). Із психологічних проблем у пацієнтів найбільш часто траплялися: дефіцит знань про особливості харчування і способу життя, при своєму захворюванні (80%); пригніченість, апатія пацієнтів, пов'язана з дефіцитом знань про захворювання (65%); занепокоєння з приводу результату захворювання (70%); страх перед діагностичними дослідженнями (50%). У пацієнтів із патологією шлунково-кишкового тракту відзначаються порушення задоволення потреб: в адекватному харчуванні; у фізіологічних відправленнях; у нормальному сні; у підтримці особистої гігієни; у безпеці.

Висновок. У пацієнтів із патологією шлунково-кишкового тракту є низка фізіологічних і психологічних проблем, які самостійно вирішує медична сестра-бакалавр. Роль медичної сестри-бакалавра в профілактиці цих захворювань заключається в системному підході до організації сестринської профілактики з індивідуальним підходом і врахуванням всіх особистісних особливостей пацієнта.

ОЦІНКА КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ГІПЕРРЕАКТИВНОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Шахова О. О., Безерко Т. М.

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

Бронхіальну астму (БА) розглядають як мультифакторне захворювання, що проявляється повторними епізодами зворотної варіабельної обструкції бронхів, у основі яких лежить їх підвищена гіперсприйнятливості до різних стимулів і ремоделювання, зумовлені хронічним запаленням дихальних шляхів. Неспецифічна гіперсприйнятливості бронхів являє собою ключовий механізм БА, що визначає перебіг, тяжкість і контроль захворювання, і, таким чином, – тактику лікування. Стійка ремісія у підлітковому віці трапляється у 16-52% випадків, а легший перебіг захворювання визначається у кожній другій дитині, що дає підстави говорити про спонтанне видужання або повну ремісію. Більш легкий та інтермітуючий перебіг астми у підлітків створює ряд проблем, які знижують ефективність лікування у даному віці та зменшують вірогідність встановлення стійкої ремісії у подальшому. З практичної точки зору, представляється надзвичайно важливим визначити у підлітковому віці ризик переходу БА у дорослий період життя, коли формуються хронічне обструктивне захворювання легень.

Мета дослідження. Оцінити прогноз утримання контролю та ризик його втрати у підлітків із різним ступенем гіперсприйнятливості бронхів.

Матеріали і методи. Обстежено 49 дитини, підліткового віку що хворіють на бронхіальну астму. Сформовані дві клінічні групи порівняння: перша – 26 підлітків, у яких відмічали виражену гіперчутливість бронхів (ГЧБ) до гістаміну (ПК20Г менше 1,0 мг/мл), а другу – 23 хворих, із менш вираженою чутливістю бронхів до даного прямого бронхоспазмозгенного стимулу (ПК20Г більше 1,0 мг/мл). Для оцінки контролю БА використовували два опитувальники, які, в цілому, дозволяють оцінити ефективність менеджменту захворювання. Зокрема АСТ-тест (астма контроль тест) дозволяв за наявності у дитини 25 балів верифікувати повний контроль БА, при сумі балів у межах 20–24 – частковий, та у випадку наявності менше 20 балів констатувати відсутність контролю над захворюванням. Також GINA-тест відображав наведені вище рівні контролю за наявності у підлітків 6 і менше балів, 7–9 та 10 і більше балів відповідно.

Результати дослідження. У першій клінічній групі середня оцінка контролю за АСТ-тестом становила $20,96 \pm 0,39$ (95%ДІ 20,17–21,76) балів, а за GINA-тестом $8,50 \pm 0,19$ (95%ДІ 8,1–8,9) балів. У групі порівняння наведена оцінка контролю відповідно становила $22,91 \pm 0,44$ (95%ДІ 22,0–23,8) та $7,0 \pm 0,22$ (95%ДІ 6,5–7,4) ($P < 0,05$) балів. Слід відмітити, що у дітей з менш виразною неспецифічною ГЧБ до гістаміну має місце кращий контроль захворювання. На противагу цьому, у представників I клінічної групи частіше траплялися випадки клінічного благополуччя на тлі збереження ознак гіперсприйнятливості бронхів, та недостатнього рівня контролю БА.

Висновки. Таким чином, в підлітків із меншою гіперчутливістю бронхів до гістаміну трапляється вірогідно вищий відносний ризик утримання контролю астми відносно підлітків групи порівняння, що становив – 2,1 (за АСТ опитувальником) та 3,4 - за опитувальником GINA.

ПОКАЗНИКИ КОНТРОЛЮ АСТМИ В ПІДЛІТКІВ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ЗАПАЛЕННЯ БРОНХІВ У ПЕРІОДІ КЛІНІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ

Шахова О. О., Дмитрієва Д. В.

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

Бронхіальна астма (БА) – це гетерогенне захворювання, в основі якого лежить хронічне запалення бронхів та зумовлена ним гіперсприйнятливість дихальних шляхів із їх структурною перебудовою. Визначення контролю, що є метою лікування БА, передбачає відсутність проявів захворювання, які, у свою чергу, можуть бути клінічними, фізіологічними, імунологічними і навіть молекулярними. Тому контроль, як багаторівнева категорія, у руках різних дослідників матиме різне значення.

Мета дослідження. Оцінити показники контролю бронхіальної астми у підлітків у періоді клінічної ремісії залежно від тяжкості перебігу захворювання.

Матеріали і методи. В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці, було обстежено 43 дітей підліткового віку, що хворіють на БА та знаходяться у стані клінічного благополуччя, проаналізовано показники контролю астми та ризик його втрати у періоді ремісії за різного ступеня тяжкості БА. Для оцінки контролю БА використовували два опитувальника: АСТ-тест (астма-контроль-тест) – дозволяв за наявності в дитини 25 балів верифікувати повний контроль БА, 20–24 – частковий, менше 20 балів – відсутність контролю над захворюванням; і GINA-тест, що відображав наведені рівні контролю за наявності в підлітків 6 балів, 7–9 та 10 балів і більше відповідно.

Результати дослідження. Якісний аналіз рівня контролю астми показав, що у підлітків із ознаками запалення бронхів значно частіше траплявся недостатній його рівень стосовно однолітків, у яких ознаки запалення бронхів були відсутніми. Виявлено, вірогідне зростання відносного ризику втрати контролю БА у дітей із тяжкою БА у періоді клінічної ремісії (за результатами використання АСТ-тесту) дозволяє розглядати дану групу підлітків як групу ризику, що підтверджується додатково показниками зниження ризику втримання контролю у періоді ремісії у підлітків із тяжкою БА. Так, підвищення абсолютного ризику втрати контролю над захворюванням, порівняно з хворими на середньотяжку БА дорівнювало 13,8%, відносного – 51,5% (95%ДІ 41,8–61,5) при мінімальній кількості хворих, яких слід пролікувати, – 1,8. В дітей із тяжкою БА у періоді клінічної ремісії частіше трапляється ризик втрати контролю по відношенню до підлітків із середньотяжким захворюванням.

Висновки. У підлітків, які страждають на тяжку персистувальну бронхіальну астму, у періоді клінічного благополуччя у тричі зростає ризик втрати контролю над захворюванням (за результатами АСТ-тесту) порівняно з однолітками, хворими на середньотяжку форму захворювання. За наявності ознак субклінічного запального процесу в бронхах та їх гіперсприйнятливості у підлітків, хворих на тяжку бронхіальну астму проте з ознаками клінічного благополуччя, слід розглянути питання про призначення базисного лікування.

СЕРОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ЕБВ-ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Шпак В. А., Басараба Т. А., Гарас М. Н.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Вступ. Діагноз інфекційного мононуклеозу здебільшого є клінічним та базується на підставі класичної тріади у вигляді лихоманки, фаринготонзиліту та лімфопроліферативного синдрому. Етіологічними чинниками захворювання, поряд з найбільш частим вірусом Епштейна-Барра, можуть виступати цитомегаловірус, вірус герпесу 6 типу, аденовіруси та ВІЛ. Верифікація чи спростування ЕБВ-інфекції як етіологічного чинника інфекційного мононуклеозу видається виправданою не тільки стосовно актуального захворювання, а й щодо віддалених наслідків у вигляді синдрому хронічної втоми, хронічно-активна ЕБВ-інфекції чи лімфопроліферативних неоплазм.

Метою роботи було провести аналіз серологічного профілю ЕБВ-інфекції у дітей, хворих на інфекційний мононуклеоз.

Матеріал та методи. З дотриманням принципів біоетики проведений ретроспективний аналіз 43 карт стаціонарного хворого, що перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» з клінічним діагнозом «інфекційний мононуклеоз». Серологічний профіль ЕБВ-інфекції включав визначення антитіл IgM та IgG до капсидного антигену (VCA), а також IgG до ядерного антигену (EBNA). Результати аналізувалися з використанням методів описової статистики.

Результати дослідження. Згідно з отриманими результатами встановлено, що у більшості дітей (60,5%) серологічний профіль відповідав первинній гострій ЕБВ-інфекції у вигляді значень, що відповідали позитивному результату IgM VCA та/або позитивному результату IgG VCA за умови негативного результату IgG EBNA. Водночас звертає увагу на себе когорта дітей (16,2%), хворих на інфекційний мононуклеоз, з неповним встановленим серологічним профілем ЕБВ-інфекції у вигляді визначення антитіл IgM та IgG лише до капсидного антигену та, відповідно, наявністю значень, що відповідали негативному результату IgM VCA та позитивним результатам IgG VCA, у зв'язку з чим спростувати чи підтвердити роль ЕБВ як етіологічного чинника актуального захворювання не видається можливим. У 23,3% випадків етіологічна роль ЕБВ не була підтверджена, оскільки серологічний профіль свідчив на користь попереднього інфікування без лабораторних ознак активної ЕБВ-інфекції, зокрема, встановлено значення, що відповідали негативному результату IgM VCA та позитивним результатам IgG VCA та IgG EBNA, що свідчило, скоріше за все, на користь етіологічної ролі іншого вірусу.

Висновки. На підставі отриманих результатів встановлено провідну етіологічну роль ЕБВ-інфекції у розвитку інфекційного мононуклеозу, що верифікується на підставі позитивних результатів визначення IgM VCA та/або позитивному результату IgG VCA, водночас, у чверті пацієнтів серологічний профіль ЕБВ-інфекції спростовував етіологічну роль вірусу.

ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN OF KHARKIV CITY

Karpushenko Yu. V., Kozhyna O. S.
Kharkiv National Medical University
Department of Propaedeutics of Pediatrics

In recent years the frequency of chronic diseases that occur in childhood has increased significantly; among them, allergic diseases, including atopic dermatitis (AD), the prevalence of which has increased 2-3 times in the last 30 years, comes first. According to epidemiological studies, the prevalence of AD in the world ranges from 1% to 46%, and in Ukraine it is 3.9%. At the same time, the disease manifests itself at an earlier age, has a chronic, relapsing, sometimes continuous course, resulting in disability, is an economic burden for the family and reduces the quality of life of patients. Early diagnosis will prevent the development of severe forms, disability and improve the quality of life of patients with AD.

Aim of the study: to improve the quality of diagnosis of atopic dermatitis in children based on standardized methodology.

Materials and methods: 99 patients with AD were interviewed according to the standards of the international ISAAC program using additional questions. The results were processed using variation statistics methods.

Results and discussion: AD was diagnosed in 32 children with allergic pathology (30%). Children aged 6-7 years make up 61%, 12-13 years old – 39%. The disease mainly affects young children (61%) and males (53%). Heredity is important in the occurrence of AD, which was burdened by allergic pathology in 26%. Sensitization to food allergens, which can develop in utero, has a significant impact. Thus, the majority of mothers of patients ate without restrictions (52%), 12% had food addictions. In 70% of respondents, natural feeding predominated in infancy, mixed and artificial feeding were equally common - in 15%. For the majority of children surveyed, the first complementary foods were introduced at 5-6 months (42%), after 6 months. – in 32%, up to 4 months. – in 26%, which can also act as a trigger factor in the development of AD. At an early age, 19% of patients had food intolerance: dairy and vegetables. Other possible trigger factors are household allergens: pets (48%), down products (24%), and dust collectors (9%). There was a decrease in the quality of life of patients due to restrictions on sports and participation in social events - in 19%. When assessing the economic aspect of AD treatment in these children, 77% receive therapy 2-3 times a year, 17% monthly, 6% weekly. The majority of children are vaccinated (74%), indicating periods of remission, 23% have some vaccinations and 3% are not vaccinated.

Conclusions:

1. Questionnaires are effective tools for diagnostic of atopic dermatitis in children.
2. 64% of patients with AD are likely to have intrauterine sensitization, which indicates the need for a hypoallergenic diet in pregnant women at risk.
3. Early introduction of complementary foods (before 4 months of age) and later (after 6 months) are important factors in the development of AD (in 58%).
4. The presence of household allergens is a trigger factor in the development of AD (81%) and predictors of the development of atopic march.
5. The quality of life of patients with hypertension is reduced due to restrictions in sports, participation in social events and frequent courses of therapy.

INVESTIGATION OF INFLAMMATORY IMMUNE RESPONSE AND CHANGES IN THE COMPOSITION OF THE INTESTINAL MICROBIOME IN NEWBORNS WITH BIRTH ASPHYXIA

Profatylo A. O., Popov S. V.

**Sumy State University
Department of Pediatrics**

Introduction. The development of inflammatory immune response and changes in the functional state of intestine due to birth asphyxia remain an unsolved, acute and urgent problem in the practice of pediatrics and neonatal intensive care, both in Ukraine and around the world.

Purpose and tasks. Investigation of intestinal inflammatory immune response and changes in the composition of the intestinal microbiome in newborns with birth asphyxia by means of a laboratory study of the microbial composition of the intestine and determining the level of fecal calprotectin.

Materials and methods. Feces were collected three times at 2, 3 and 5 weeks of life. Laboratory study of composition of the intestinal microbiome was carried out by the cultural method, the inflammatory immune response was investigated by determining fecal calprotectin. statistical calculations were carried out using excel.

Results. Bifidobacterium levels were gradually increased at 5 weeks of life compared to 2 and 3 weeks of life. Lactobacilli levels were greatly increased at 5 weeks of life compared to 2 and 3 weeks of life. The E.coli levels were almost uniformly elevated throughout the study period. The E.coli with weakly expressed enzymatic properties levels were decreased at 2 weeks of life, but increased at 3 and 5 weeks of life. Opportunistic flora levels were statistically the same indicators during the entire period of the study. Fecal calprotectin levels were elevated at 2 week of life and gradually stabilized during 3 and 5 weeks of life.

Conclusions. Determined changes in the composition of the intestinal microbiome and the level of fecal calprotectin in newborns with birth asphyxia may be related to the successively formation of the gastrointestinal tract and the gradual colonization of the intestine.

COVID-19 INFECTED MOTHER AND NEWBORN

Shkolna I., Redko O., Zaitsev I., Petrashenko V., Obzor T.

**Academic and Research Medical Institute, Sumy State University
Department of Pediatrics**

Introduction. According to the available literature, there are no clear ideas about the frequency of vertical transmission of Covid-19 to a newborn. In some countries, conservative recommendations have been adapted regarding the isolation of a mother and child with Covid-19. Most authors agree that SARS-CoV-2 in newborns is asymptomatic, and the incubation period is usually 3-7 days. During the Covid-19 pandemic, the incidence of newborns increased. Literary data on the state of adaptation of newborns born to women who had Covid-19 before delivery, or born against the background of Covid-19 in the mother, are very few.

Aim: to study the peculiarities of the state of adaptation of the neonatal period in children born to mothers with SARS-CoV-2.

Only cases in which SARS-CoV-2 in a pregnant woman was laboratory confirmed were studied. None of the women had other serious pathologies during pregnancy.

Materials and methods. A retrospective analysis of 52 charts of the newborn's development was carried out. The mothers of these newborns at the time of delivery had clinical signs of Covid-19 of varying degrees of severity: 2 women (3.8%) needed respiratory support through a mask, an increase in body temperature above 39°C was noted in 3 women in labor (5.7%). All newborns underwent a PCR test within 24 hours after birth. A total of 51 maternal and 52 neonatal stories were studied. The age of the mothers is from 19 to 36 years. Childbirth at a gestational age of 39±0.4 weeks. In 2 cases, delivery was performed by caesarean section (fetal distress). In 1 case, dichorionic twins were born.

Results. Only 4 newborns (7.6%) had positive results of PCR tests for Covid-19. The children were assessed for Apgar 7-9 points, immediately after birth they were with their mothers, they were attached to their breasts in the delivery room, they were discharged home for 3-4 days in a satisfactory condition. In these cases, the mothers had Covid-19 without signs of respiratory failure. The maximum body temperature was 38.0°C, and during childbirth it was normal. In 48 (92.4%) newborns, the results of PCR tests for Covid-19 were negative. 44 (84.6%) children were discharged home in a satisfactory condition for 3-5 days.

Four newborns (7.6%) were transferred to the intensive care unit in the first hours of life: 1 - in a state of severe asphyxia (Apgar score 2-4), delivered by caesarean section; 1 - with a diagnosis of hemolytic disease of newborns due to rhesus incompatibility, jaundiced form, the child underwent an exchange blood transfusion operation; 1 - transient tachypnea of a newborn. 1 - intrauterine pneumonia. The last case deserves special attention. Pregnancy 2, the course of pregnancy without features. Childbirth - 2. The course of pregnancy was uneventful. Childbirth - 2. Signs of covid infection in a pregnant woman appeared 6 days before the start of labor. Subfebrile body temperature and lack of smell were observed for 4 days. The PCR test is positive. Childbirth at a gestation period of 38 weeks and 3 days. The child (girl) was born with an Apgar score of 5-6 points with signs of RDS, intrauterine pneumonia, mechanical ventilation from the first minutes of birth. At the age of 25 hours, the newborn died. Pathological-anatomical diagnosis: intrauterine pneumonia, the causative agent is not specified. The PCR test for Covid-19 is negative.

Conclusions. In our study, vertical transmission of Covid-19 was registered in 4 infants (7.6% of cases). Newborns with a positive result of the PCR test were born without pathologies and were discharged home in a satisfactory condition.

PCR tests were negative in the majority of infants (92.4%) born to women with confirmed Covid-19 infection. In one case (1.9%), the child had severe intrauterine pneumonia (the causative agent was not established) with a fatal outcome. The rest of the babies did not have any symptoms that could indicate a Covid-19 infection.

The issue of postnatal infection from mothers also remains debatable. Retrospective data indicate that skin-to-skin contact, breastfeeding, and sharing with infected mothers did not increase the incidence of disease among newborns.

It cannot be ruled out that in cases of severe course of Covid-19, hypoxia and fever, as well as anticoagulant therapy of pregnant women, may be the causes of an increase in the overall morbidity of newborns (asphyxia, IVH).

Our aggregated data were not reliable. Perhaps conducting and detailing more qualitative studies will be able to show some kind of dependence.

DISSEASES OF THE NERVOUS SYSTEM IN CHILDREN WITH DIGESTIVE TRACT PATHOLOGIES

Shlieienkova H. O., Voloshyn K. V., Tsiura O. M.

V. N. Karazin Kharkiv National University

Department of Pediatrics

The incidence of diseases of the digestive system gradually increases in the structure of somatic pathology. Nowadays, diseases of the gastrointestinal tract (GIT) have come out on the second place among diseases both the adult population and children and adolescents. Often, patients with pathology of the gastrointestinal tract have comorbid or concomitant diseases. For example, nervous system (NS) diseases are more common than other diseases in children with gastrointestinal tract pathology. A large number of children with GERD have symptoms of vegetative dysfunction and a tendency to neuroses. There is a need to analyze the structure of diseases of the nervous system in children with various diseases of the gastrointestinal tract.

Purpose of the research. Analysis of the structure of diseases of the nervous system in children with diseases of the gastrointestinal tract.

Material and methods of the research. The performance indicators of the municipal non-profit company «City children's clinical hospital №19» of the Kharkiv City Council (MNC «CCKH №19» of the KCC) for the period from 01.01.2019 to 31.12.2019 were studied. During 2019, 2633 children aged 5 to 18 years (average age: $10,6 \pm 2,9$ years) with diseases of the digestive system were hospitalized. Diagnoses of diseases were established in accordance with the existing unified clinical protocols of medical care for children with diseases of the digestive system (Order of the Ministry of Health № 59 of 29.01.2013).

Mathematical data processing was carried out by the method of variation statistics. The data are verified against the Gaussian normal distribution law data. When comparing two quantities, the difference between them was considered reliable at the achieved level $p < 0,05$.

Results. The analysis involved the case history of 2633 persons, of which $51,7 \pm 0,9\%$ (1362) are boys, $48,3 \pm 0,9\%$ (1271) are girls. Manifestations of diseases of the NS were observed in 837/2633 ($31,8 \pm 0,9\%$) children. In the structure of diseases of NS $11,3 \pm 0,6\%$ (298/2633) had syndrome of autonomic dysfunction, cerebral angiodystonia was in $9,6 \pm 0,6\%$ (252/2633), intracranial hypertension was in $10,4 \pm 0,6\%$ (274/2633), syncope was in $0,5 \pm 0,2$ (13/2633). In children with the gastroduodenal zone's pathology diseases of the nervous system 628/1781 ($35,3 \pm 1,1\%$) were significantly more common than in patients with other gastrointestinal lesions. Thus, the chances of stratification of neurological disorders in children from this group are almost 5 times higher than in children with intestinal diseases 14/139 ($10,1 \pm 2,5\%$) (OR=4,86; CI 2,78-8,52, $p_{\chi^2}=0,000$). In children with diseases of the biliary tract and liver, the chances of having disorders of the nervous system were almost three times higher than in patients with intestinal diseases 14/139 ($10,1 \pm 2,5\%$) (OR = 2.84; CI 1.59 -5.05, $p_{\chi^2} = 0.000$). Considering the above, it can be assumed that diseases of the biliary tract are often caused by a violation of neurohumoral regulation, which is a consequence of diseases of the nervous systems. Numerous studies have confirmed that primary biliary dysfunction is associated with somatovegetative disorders and stress factors, which lead to a weakening of the regulation of higher autonomic centers and neurohumoral mechanisms. The leading role of the nervous system in the formation of motor disorders of the biliary tract can be explained by the features of the innervation of the hepatobiliary system.

Conclusions. Disorders of the functioning of the nervous system occur in $31,8 \pm 0,9\%$ of children with diseases of the gastrointestinal tract. They are found more often in children with the gastroduodenal zone's pathology and diseases of the biliary tract.

CHANGES IN ESOPHAGEAL MUCOSA IN CHILDREN WITH GASTRODUODENAL MOTILITY DISORDERS

Voloshyn K. V., Shlieienkova H. O., Tsiura O. M., Slobodyanuk O. L.

V. N. Karazin Kharkiv National University

Department of Pediatrics

Diseases of the digestive tract in children are prevalent and takes the second place after respiratory diseases. Among digestive diseases the main place has gastroduodenal pathology. But during last years esophageal pathology increased. At that endoscopic changes of esophageal mucose membrane vary from visually unaltered, with only gastroesophageal reflux (GER) signs, to destructive changes in GERD. One of the main reasons of such esophageal changes development are progressive duodenal reflux, long ulcerative disease anamnes, frequent and prolonged PPI courses.

The aim of this work is to analyse features of esophageal mucose membrane changes in children with different types of gastroduodenal motor disorders by the gastroscopy and endoscopy pH results.

Design of research. 57 children in 7-18 years age were observed. All the patients had complaints and clinical presentations of gastroduodenal pathology. Gastroscopy was made to all children to verify esophageal, stomach and duodenal pathology. In all cases attention was payed to esophagus mucose membrane state and GER and/or duodenal reflux presence in different states of gastric and duodenal mucose membrane. Also pH indexes in esophagus, stomach body and antrum were determined.

Received results shows that esophageal mucosa was unaltered in most of cases with normal stomach and duodenal mucose membrane. Catarrhal esophagitis was reliable more often in children with erythematous gastropathy and destructive changes of gastric and duodenal mucose membrane. Destructive esophagitis was only in children with gastric and duodenal mucose membrane alterations (more often it were destructive alterations).

Degree of GER and duodenal reflux manifestation in different types of gastric and duodenal mucose membrane state shows that GER I-II degree was in about 50% of patients with all kinds of gastric mucosa state. At the same time GER III was only in patients with destructive alterations. Degree of GER and duodenal reflux increased in cases of catarrhal and destructive alterations of gastric and duodenal mucose membrane. Combination of GER and duodenal reflux was in 30% of patients.

Results of endoscopic pH shows that in patients with only motor disorders of esophagus (GER) pH in esophagus was <4 it became lower with with GER progressing. In cases of catarrhal esophagitis pH was <4 in esophagus, $<1,5$ in stomach body and $<2,6$ in antrum. In patients with destructive esophagitis – esophagus $<2,5$, in stomach body $<1,2$ and in antrum $<1,6$. These characteristics achieve about acute decreasing of pH level and presence of aggressive acid content in stomach and it reflux to esophagus with insufficient alkalize function. Probably it is the factor of development of hard changes in esophagus mucosa (up to destructive).

Conclusions:

1. Endoscopy determined changes of esophagus are in 38% of children with gastroduodenal pathology. It's level and type depend on nosology of gastroduodenal pathology and they are secondary.

2. Motility disorders of esophagus (GER I-II) were significantly more often in children with normal esophagus and gastric mucosa or catarrhal changes and combined with DGR in 34% of patients.

3. More severe disorders of motility (GER I-II) with mixed gastric reflux fluid (with bile) were in cases with esophagus and gastric mucosa inflammation with formation of reflux-esophagitis (42% of patients) and are combined with severe DGR.

4. Cases of strong esophagitis up to destructive forms (severe GERD with ulcerative esophagitis) were presented together with hard motor disorders (GER up to III, prolapse of gastric mucosa to esophagus etc.) and gastric and duodenum destruction.

5. Esophagus pH in different levels of GER vary from 4 to 1,5 in spite of mixed reflux fluid. This is the evidence of hard acid aggression. Gastric pH are superacid (corpus < 1,0) and alkalize function is decompensated (antrum < 1,5).

ЗМІСТ

<i>Андрікевич І.І., Шаламай М.О., Пасік В.Ю.</i> ПРЕДВІСНИКИ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ДІТЕЙ	2
<i>Беженар Р.В.</i> ОЦІНКА СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ЗА УМОВ ОРГАНІЗАЦІЇ ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ	3
<i>Богущька Н.К.</i> ОЦІНКА ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ ІЗ ПИТАНЬ НАВИЧОК ПЕДІАТРИЧНОЇ БАЗОВОЇ ТА РОЗШИРЕНОЇ ПІДТРИМКИ ЖИТТЯ	4
<i>Białoszycka M. M., Пачевська А. В., Попов М. В., Попова О. І.</i> ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ КАФЕДРИ СТОМАТОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ ВАРШАВСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	5
<i>Вакуленко А.І., Ащеулов О.М.</i> ЗНАЧЕННЯ СКРИНІНГУ НОВОНАРОДЖЕНОГО	8
<i>Вакуленко Л.І., Самсоненко С.В., Різник А.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ КАВАСАКІ	9
<i>Василенко С.Г.</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШКІВНИКА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	10
<i>Водолажський М.Л., Кошман Т.В., Фоміна Т.В., Сидоренко Т.П.</i> ІННОВАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРІВ ЩОДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ: ВИКЛИКИ ЧАСУ	12
<i>Волошин К.В., Музика О.О., Слободіна Д.М., Слободянюк О.Л.</i> АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВАРІАНТІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ	13
<i>Гарас М.Н.</i> КЛІНІЧНЕ МИСЛЕННЯ ЯК ОСНОВНА КОМПЕТЕНЦІЯ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ПЕДІАТРИЧНИХ ДИСЦИПЛІН	14
<i>Горбатюк І.Б., Крецу Н.М.</i> ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ, ЯК АЛЬТЕРНАТИВА НАВЧАННЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА НА ПОЧАТКУ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ В УКРАЇНІ	15
<i>Горбатюк І.Б., Крецу Н.М.</i> ОЦІНКА СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ»	17
<i>Дзісяк В.О., Буратинська А.А.</i> ПРОФІЛЬ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ПОЄДНАНОЮ З ПЕРСИСТУЮЧИМ ТА СЕЗОННИМ АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У МІСТІ КИЄВІ ТА КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	18
<i>Дяченко Н.М., Муквіч О.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ	19
<i>Захарченко Н.А.</i> ВІТАМІН Д ТА ІНФЕКЦІЯ СЕЧОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ	20
<i>Клоченко Я.І., Крецу Н.М.</i> ЛЕЙЦИНОЗ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-НЕОНАТОЛОГА	21

Скрябіна К.В., Льченко С.І. ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ГІПЕРРЕАКТИВНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ БРОНХОЛЕГЕНЕВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	45
Сокольник І.С. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ПОЛКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ	47
Спільник М.С., Савченко Д.С. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕЙРОПАТІЇ У ДІТЕЙ	48
Стець В.Р., Пацера М.В. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ	49
Сінгх О.О., Лютянська Н.А., Федорець Є.А. ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ АНЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З БУЛЬОЗНИМ ЕПІДЕРМОЛІЗОМ	50
Тарнавська С.І., Буринюк-Глов'як Х.П. ОЦІНКА ТЕСТОВОЇ ТРИВОЖНОСТІ НА ДО- ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПАХ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ПЕДІАТРІЇ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ COVID-19 В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ	51
Тарнавська С.І., Котенко О.О. МАРКЕРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ	53
Тимошенко Є.О., Підкова В.Я. СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ-СПОРТСМЕНІВ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	54
Ткаченко О.Я., Щербак В.В. ПРОФІЛЬ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ОРАЛЬНИМ АЛЕРГІЧНИМ СИНДРОМОМ ХВОРИХ НА СЕЗОННИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ	55
Ткачук Р.В., Білоус Т.М., Гарас М.Н., Антонійчук В.І. ЗМІНИ БАГАТОПАРАМЕТРИЧНОЇ ПОЛЯРИЗАЦІЙНО-ФАЗОВОЇ МІКРОСКОПІЇ ПОЛКРИСТАЛІЧНИХ ПЛІВОК ЛЕГЕНЕВОГО ЕКСПІРАТУ В ДІАГНОСТИЦІ ПОЗАГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ	56
Ткачук Р.В., Білоус Т.М., Гарас М.Н., Антонійчук В.І. ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ, СПРИЧИНЕНОЇ КОРОНАВІРУСОМ SARS-COV-2, У ДІТЕЙ ІЗ ЗАПАЛЕННЯМ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ	57
Фокшанська Н.В. РОЛЬ ПІЛОРОСТЕНОЗУ У СТРУКТУРІ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	58
Філіп І.В. СТУПІНЬ ДЕПРЕСІЇ В ДІТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	59
Чазлей Ю.Г. СЕСТРИНСЬКА МОДЕЛЬ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ДІТЕЙ	60
Шахова О.О., Безерко Т.М. ОЦІНКА КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ГІПЕРРЕАКТИВНОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ	61

Шахова О.О., Дмитрієва Д.В. ПОКАЗНИКИ КОНТРОЛЮ АСТМИ В ПІДЛІТКІВ ІЗ РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ЗАПАЛЕННЯ БРОНХІВ У ПЕРІОДІ КЛІНІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ	62
Шнак В.А., Басараба Т.А., Гарас М.Н. СЕРОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ЕБВ-ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНИЙ МОНОНУКЛЕОЗ	63
Karpushenko Yu.V. ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN OF KHARKIV CITY	64
Profatylo A.O., Popov S.V. INVESTIGATION OF INFLAMMATORY IMMUNE RESPONSE AND CHANGES IN THE COMPOSITION OF THE INTESTINAL MICROBIOME IN NEWBORNS WITH BIRTH ASPHYXIA	65
Shkolna I., Redko O., Zaitsev I., Petrashenko V., Obzor T. COVID-19 INFECTED MOTHER AND NEWBORN	65
Shlieienkova H.O., Voloshyn K.V., Tsiura O.M. DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM IN CHILDREN WITH DIGESTIVE TRACT PATHOLOGIES	67
Voloshyn K. V., Shlieienkova H. O., Tsiura O. M., Slobodyanuk O. L. CHANGES IN ESOPHAGEAL MUCOSA IN CHILDREN WITH GASTRODUODENAL MOTILITY DISORDERS	68

Відповідальність за зміст повідомлень несуть автори

Наукове видання

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

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

29 лютого 2024 року, м. Харків

Автор ідеї: Волошин К.В.

Відповідальний за випуск: Волошин К.В.

Фото на обкладинці: Кожина Варвара

Фото надане: Кожина О.С.

Дизайн та макет обкладинки: Карпушенко А.М.

Електронне видання
