

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 ювілейної X науково-практичної конференції молодих вчених
та студентів з міжнародною участю



Харків 2025

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 ювілейної X щорічної науково-практичної
конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю**

27 лютого 2025 року – Харків, 2025. – 75 с.

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

Харків 2025

ФЕОХРОМОЦИТОМА У ДІТЕЙ. КЛІНІЧНИЙ КЕЙС

Андрікевич І.І., Жмурчук В.М., Пасік В.Ю., Мантак Г.І.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Кафедра педіатрії №2

Актуальність. Феохромоцитома – це рідкісна нейроендокринна пухлина, яка розвивається з хромафінних клітин мозкової речовини надниркових залоз і продукує катехоламіни (адреналін, норадреналін, дофамін). Вона є причиною 0,1% випадків артеріальної гіпертензії у загальній популяції та 10% серед дитячого населення із резистентною гіпертензією. Феохромоцитома може бути спорадичною або мати спадковий характер, зокрема при синдромах множинної ендокринної неоплазії типу 2 (МЕН2), нейрофіброматозі I типу (NF1) та синдромі Гіппеля-Ліндау (VHL). У дитячому віці ця патологія зустрічається рідко, складаючи лише 10% випадків феохромоцитом загалом. Клінічний перебіг у дітей може значно відрізнятися від дорослих, наприклад за рахунок двобічного ураження, мультифокального росту та можливості гормонально неактивних форм, що ускладнює діагностику.

Мета. Проаналізувати клінічний випадок феохромоцитом у дитини з нейрофіброматозом.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз клінічного випадку 15-річної пацієнтки з нейрофіброматозом. Були використані наступні методи дослідження: лабораторні тести (рівні кортизолу, адренкортикотропного гормону (АКТГ), метанефринів у добовій сечі, електролітів); інструментальні методи: холтерівське моніторування артеріального тиску, УЗД, СКТ, МРТ органів малого тазу та головного мозку; а також консультації суміжних спеціалістів.

Результати. У пацієнтки, яка звернулася до хірурга з неспецифічними скаргами (нудота, блювання, загальна слабкість), проведено СКТ та виявлено утворення правого наднирника (38×33×38 мм). Попередньо було виставлено діагноз феохромоцитома правого наднирника, але у пацієнтки були відсутні класичні симптоми даної патології (артеріальна гіпертензія, головний біль, тахікардія). Під час дообстеження виявлено нормальні рівні метанефринів, кортизолу у добовій сечі, АКТГ та електролітів в крові, що свідчило про гормонально неактивну феохромоцитому. Сімейний анамнез обтяжений нейрофіброматозом у батька та дідуся, що вказувало на можливий спадковий характер пухлини (мутація NF1). Проведено оперативне лікування: лапароскопічна туморадреналектомія з подальшим гістологічним дослідженням пухлини. Результати гістологічного аналізу підтвердили діагноз феохромоцитом.

Висновки. Феохромоцитома у дітей може мати атипичний перебіг, зокрема без гіпертензії, що ускладнює її діагностику, зокрема в даному клінічному випадку. Виявлення феохромоцитом у молодому віці потребує генетичного тестування через високий ризик спадкових форм. У цьому випадку захворювання асоціювалося з нейрофіброматозом I типу, що вимагає подальшого генетичного дослідження пацієнтки та її родини. Відсутність класичних симптомів феохромоцитом потребує ретельного аналізу суміжних ендокринних патологій та мультидисциплінарного підходу. Даний клінічний випадок підкреслює необхідність індивідуального підходу до діагностики та лікування феохромоцитом у дітей, особливо в контексті спадкових синдромів.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Андрущенко В.В., Дяченко М.С., Головачова В.О.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії № 2

Актуальність. Згідно даним Всесвітньої організації охорони здоров'я на бронхіальну астму (БА) страждають більш ніж 330 мільйонів людей у світі. Серед дітей поширеність цієї патології сягає 8-12%. Дебют БА припадає на дитячий вік. Майже у 50% пацієнтів хвороба дебютує до 6-ти річного віку. За світовими показниками БА входить до списку найпоширеніших хронічних станів у дітей віком від 5 до 14 років. Вона є причиною інвалідизації, як у дитячому віці, так і у дорослому.

Метою нашого дослідження було удосконалення діагностики та прогнозу прогресування тяжкості бронхіальної астми у дітей на підставі вивчення клінічних особливостей бронхіальної астми на сучасному етапі.

Матеріали та методи. До дослідження була залучена 81 дитина віком від 5 до 17 років (48 хлопчиків та 33 дівчинки), зі вже встановленим діагнозом персистуюча БА, частково контрольована, в періоді загострення. Хворих з БА було розділено на 3 групи, в залежності від тяжкості захворювання. Перша група – легкий персистуючий перебіг БА (n=59), друга група – з середньотяжким перебігом (n=10), третя група – з тяжким перебігом захворювання (n=12).

Результати. Було встановлено, що серед усіх пацієнтів з БА, які приймали участь у дослідженні, переважають пацієнти середнього та старшого шкільного віку (85,2%, $p=0,0000$). У загальній кількості досліджуваних виявлена достовірна різниця за статтю, кількісно переважала чоловіча стать ($p=0,0403$). Серед обстежених першої групи статистично переважали хлопчики ($p < 0,05$), у той же самий час в 2-ій та 3-ій групах статистично значущих відмінностей за статтю не виявлено ($p > 0,05$).

Проводячи аналіз антенатальний період життя дітей, особлива увага була приділена перебігу першого триместру вагітності у матерів. Було виявлено, що 35,8 % мали патологію трахіобронхіального дерева (гостра респіраторна інфекція, гострий бронхіт простий, пневмонії, бронхіальна астма). У всіх матерів, у яких в анамнезі була бронхіальна астма, під час вагітності мали симптоми її загострення. У 67,9% матерів відзначався патологічний перебіг вагітності та/або пологів. Виявлено, що в 61,9% матерів з обтяженим акушерським анамнезом несприятливі чинники впливали на плод в першій половині вагітності: преєклампсія 5%, гестоз 21%, загроза переривання вагітності 27,1%, анемії 12,3%. Важливим чинником ризику формування БА вважається вплив тютюнового диму на вагітну жінку, не тільки в аспекті шкідливої звички майбутньої матері, але й пасивний вплив тютюнового диму на неї: 21% матерів, продовжували курити під час вагітності, на 31% тютюновий дим мав пасивний вплив.

У результаті аналізу анамнестичних даних виявлено, що 12,3% дітей народилися з низькою масою і 6,2% - із вагою, яка перевищує 4000 кг.

Важливим чинником, що впливає на здоров'я новонародженої дитини є природне вигодовування. Було виявлено, що лише 34,6% обстежених дітей отримувала грудне молоко до 1 року, переважна більшість дітей 65,4% ($p= 0,0037$) знаходилась на ранньому штучному вигодовуванні.

Важливу роль у формуванні респіраторних алергозів відводять порушенню мікробіоти кишківника, одним із клінічних проявів якого є схильність новонароджених до закрепів. Серед досліджуваних 28,4% мали проблеми з дефекацією у віці до 1 року, а частота

скарг на закріп у дітей з тяжкою астмою статистично значуще відрізнялася від таких ($p_{1-3}=0,0211$, $p_{2-3}=0,293$, $p_{1-2}=0,2722$) із легкою та астмою середньої тяжкості.

Особливу увагу було приділено дебюту БОС. Нами виявлено, що у дітей з тяжким перебігом БА частіше виявляються епізоди БОС до року ($p_{1-2}=0,439$; $p_{1-3}=0,031$; $p_{2-3}=0,131$).

У ході дослідження було виявлено, що 90,1% дітей мають супутню алергопатологію: атопічний дерматит (АД) - 72,0%, алергічний риніт (АР) - 51,8%.

Ретельно аналізуючи алергологічний сімейний анамнез виявлено, що 58,0% дітей мали близьких родичів з алергічними захворюваннями: від 50% у дітей 1-ої та 2-ї групи, до 91,7% - у 3-ій групі.

Майже 1/3 дітей має родичів 1 та 2 лінії з діагнозом бронхіальна астма. При попарному статистичному обчисленні кількості випадків бронхіальної астми в сім'ї було виявлено достовірну різницю між групою дітей з тяжкою БА по відношенню до легкої ($p_{1-3}=0,0385$).

Статистична обробка дала змогу виявити зв'язок між ступенем тяжкості захворювання та наявністю обтяженого сімейного анамнезу ($C'=0,368$, $p=0,004$); сильний зв'язок з дебютом бронхообструктивного синдрому на першому році життя ($C'=0,713$, $p<0,001$), з наявністю супутньої алергопатології у дитини ($C'=0,607$, $p=0,002$), відносно сильний зв'язок з наявністю у близьких родичів БА ($C'=0,489$, $p=0,001$), з порушенням мікробіоти кишківника ($C'=0,432$, $p=0,002$), середньої сили зв'язків з обтяженим сімейним алергологічним анамнезом ($C'=0,345$, $p=0,005$).

Висновки.

1. Групові вікові закономірності серед дітей з БА I, II, III ступенів тяжкості демонструють статистично значуще зростання питомої ваги дітей шкільного віку (пре- і пубертатного) серед усіх ступенів бронхіальної астми.

2. Виявлено достовірну різницю за чоловічою статтю.

3. Міжгруповий аналіз факторів преморбідного фону дітей з БА всіх ступенів тяжкості продемонстрував наявність серед цих пацієнтів різноманітні чинники ризику: вплив несприятливих перинатальних чинників протягом першої половини вагітності, що сприяло порушенню формування та дозрівання бронхолегеневої системи; обтяжений сімейний анамнез за рахунок алергічних захворювань; вплив тютюнового диму. Також важливу роль у формуванні респіраторного алергозу відіграли постнатальні несприятливі чинники, серед яких раннє штучне вигодовування, порушення мікробіоти кишківника, ранній дебют бронхообструктивного синдрому та наявність у дітей атопічного дерматиту та алергічного риніту.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ: ВІКОВІ АСПЕКТИ

Безерко Т.М., Іванова Л.А.

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

Актуальність. Нетифоїдна сальмонела є однією з основних бактеріальних причин гастроентериту та зумовлює значну частку захворюваності та смертності від діареї дітей віком до 5 років. Сальмонельоз у дітей зазвичай викликається бактеріями *Salmonella* через забруднену їжу або воду та має самообмежуваний характер і не потребує антибіотикотерапії.

Однак, немовлята, діти з ослабленим імунітетом або пацієнти з важкими інвазивними формами хвороби, такими як бактеріємія, менінгіт чи остеомієліт потребують негайного призначення антибактеріальної терапії. Немовлята мають підвищений ризик інвазивного сальмонельозу, тому потребують антибіотикотерапії навіть при легкому перебігу хвороби.

Мета дослідження. вивчити окремі клінічні особливості перебігу та проаналізувати лікувальну тактику сальмонельозу у дітей різних вікових груп.

Задачі дослідження: дослідити особливості перебігу сальмонельозу у дітей різного віку, оцінити тривалість та ефективність антибіотикотерапії та визначити найчастіше застосовувані антибіотики та методи їх введення.

Матеріали та методи. На кафедрі педіатрії та дитячих інфекційних хвороб нами було проведено ретроспективний аналіз історій хвороб дітей, що лікувались в інфекційному відділенні №2 ОДКЛ м. Чернівці з приводу сальмонельозу. Діагноз сальмонельозу у всіх пацієнтів був встановлений на основі епідеміологічних даних, клінічних ознак захворювання та був підтверджений результатами бактеріологічного дослідження випорожнень. Було проведено статистичний аналіз, що включав вік (до 3 років та старші), стать пацієнтів, тип збудника захворювання, тривалість госпіталізації й антибіотикотерапії, а також потребу у зміні препарату та методи його введення.

Отримані результати дослідження. У дослідженні було залучено 50 дітей з підтвердженим діагнозом сальмонельозу, які проходили лікування в стаціонарі протягом 2024 року, серед яких 17 дітей віком до 3 років, 33 – старші. Середній вік пацієнтів становив $4,6 \pm 0,5$ років, частка хлопчиків – 52%. Усі пацієнти пройшли клінічне та бактеріологічне обстеження та отримали комплексне лікування, включно з антибіотиками, регідратацією та симптоматичною терапією.

Найбільша частка випадків була викликана збудником *S. Enteritidis* (70%), в той час як *S. Typhimurium* виявлялась у 30% хворих. Середня тривалість госпіталізації дітей склала $11,2 \pm 1,0$ днів. Аналіз клінічної картини захворювання показав, що у молодшій віковій групі (до 3-х років) сальмонельоз мав тяжчий перебіг із вираженою інтоксикацією, блюванням і зневодненням, тоді як у старших дітей захворювання протікало легше з менш вираженими загальними симптомами та коротшою тривалістю.

Найбільш часто для лікування сальмонельозу використовуються цефалоспорини III покоління (цефтріаксон, цефотаксим), які ефективні та безпечні для дітей. Азитроміцин застосовується при непереносимості цефалоспоринів або стійких штамів *Salmonella*. Комбінація триметоприму з сульфаметоксазолом та ампіцилін використовуються рідше через високу резистентність збудників сальмонельозу. Фторхінолони, зокрема ципрофлоксацин, призначаються лише у тяжких випадках.

Важливим є тестування чутливості збудника перед лікуванням. Окрім антибіотикотерапії необхідна підтримуюча терапія, зокрема регідратація та корекція електролітного балансу.

Серед обстежених нами хворих антибіотикотерапію отримували 76,0% пацієнтів. Середня тривалість застосування антибіотиків склала $5,6 \pm 0,3$ днів. У 22,0% випадків проводилась зміна антибіотика у зв'язку із тяжким перебігом хвороби та недостатньою ефективністю раніше призначеного препарату. Середня тривалість застосування другого антибіотика становила $4,9 \pm 0,6$ днів. Загалом антибактеріальна терапія наших пацієнтів включала використання таких препаратів: цефотаксим (60,5%), азімед (15,8%), цефімед (13,2%), цефіксим (5,3%) випадків, а також ципрофлоксацин та цефікс, які призначалися у 2,6% випадків.

Серед дітей віком до 3-х років антибіотикотерапію отримували 70,5% пацієнтів та середня тривалість лікування антибіотиком була $6,3 \pm 0,6$ днів. Серед старших дітей тривалість антибіотикотерапії була дещо коротшою – $5,3 \pm 0,3$ днів, а отримували її 78,8% пацієнтів. В обох вікових групах найчастіше застосовувався цефотаксим, а у разі необхідності зміни препарату перевага надавалася азитроміцину. За потреби призначення цефотаксиму діти отримували цей препарат внутрішньовенно.

Після початку антибіотикотерапії у всіх пацієнтів спостерігалось покращення загального стану. Кількість епізодів діареї на добу поступово зменшувалась, а також спостерігалось зниження температури тіла та нормалізація інших клінічних показників. Усі пацієнти переносили антибіотикотерапію добре, не було зареєстровано жодних побічних ефектів чи ускладнень.

Висновки. Діти молодшого віку схильні до більш тяжкого перебігу захворювання, з вираженими клінічними проявами інтоксикації, у той час як у старших дітей захворювання протікає легше. Антибіотикотерапія, за умови її раціонального призначення, є ефективним методом лікування сальмонельозу у дітей з покращенням загального стану пацієнтів після початку терапії. Переважна більшість дітей мала хороший клінічний відгук на лікування, без розвитку побічних ефектів чи ускладнень. Різниця в тривалості лікування та ефективності антибіотикотерапії підтверджує необхідність індивідуального підходу до вибору лікування залежно від вікової категорії пацієнта. Врахування цих факторів дозволяє оптимізувати лікувальний процес та покращити результати лікування сальмонельозу в дітей.

ПРОЯВИ ПЕРВИННОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ ПІД МАСКОЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Вакуленко А.І.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №2

Актуальність. Первинний імунодефіцит (ПІД) — вроджене непоширене захворювання, яке призводить до розладів імунної системи. При даному стані організм дитини не може справлятися зі збудниками інфекцій, що призводить до зниження захисної функції організму. ПІД призводить до порушення гуморальної та клітинної ланок імунітету через розлади функціонування В-Т-лімфоцитів та їх комбінацію. Діагностика вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ-інфекції) при сприятливому епідеміологічному анамнезі часто ускладнена у зв'язку з варіабельністю клінічних проявів цієї патології.

Мета дослідження. Виявлення діагностичних критеріїв ВІЛ-інфекції у дітей на фоні симптомів первинного імунодефіциту.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне дослідження історії хвороби пацієнта Д., 11 років, який надійшов зі скаргами на інтермітуючі епізоди фебрильної лихоманки, висипання за типом кропив'янки з локалізацією на обличчі, тулубі та кінцівках, зменшення ваги тіла на 3 кг за місяць, 2 епізоди тоніко-клонічних судом, не пов'язаних з підвищенням температури тіла, періодичний кашель, рецидивуюча везикулярна висипка на верхніх та нижніх кінцівках. Із анамнезу відомо: дитина хворіє протягом 1,5 року. Навесні переніс гостре респіраторне захворювання, влітку відмічався епізод тонічних судом, поява везикулярної висипки на кінцівках. Виявлено — високі титри Ig G до COVID-19, вірус Епштейна-Барра (ВЕБ) методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Лікувався валацикловіром. Влітку-лівобічна вогнищева пневмонія, позагоспітальна, неускладнена (ПЛР до COVID-19 — позитивна), анемія легкого ступеню. Спостерігалася лихоманка понад

5 діб, алергічний плямисто-папульозний висип. Отримував антибактеріальну терапію, препарати заліза, дексаметазон 4 мг протягом 5 днів. Згодом відмічалось покращення стану та нормалізація температури тіла. Після нормалізації температури тіла - епізод тоніко-клонічних судом із ознаками порушення мозкового кровообігу, лівобічний геміпарез. За допомогою магнітно-резонансної томографії головного мозку виявлені ознаки гаймориту, лівобічного етмоїдиту. Повторні епізоди лихоманки, осалгії, кашель (антибіотикотерапія без позитивного ефекту).

Результати. В клінічному аналізі крові виявлено анемію легкого ступеню, лейкопенія з гранулоцитозом, тромбоцитопенія, прискорення ШОЕ до 50 мм/год. Імунологічне дослідження: кількість Т- і В-лімфоцитів знижена, вміст Т-хелперів значно знижена, Т-цитотоксичних лімфоцитів збільшена, НК-клітин значно підвищена. Послідує імунологічне обстеження показало нормалізацію рівнів Т- і В-лімфоцитів у межах вікової норми, зниження вмісту Т-хелперів, співвідношення CD4+/CD8+ до 0,03, субпопуляції натуральних кілерів та збільшення Т-цитотоксичних лімфоцитів, підвищення вмісту дубль-негативних Т-лімфоцитів, вміст Т-НК-лімфоцитів активованих і активованих моноцитів в межах референтних інтервалів. Аналіз крові на ВІЛ — позитивний. Це свідчить про те, що ВІЛ-інфекція може розвиватися під виглядом інших захворювань. Дитина консультована педіатром Обласного клінічного центру профілактики та боротьби зі СНІДом, призначена антиретровірусна терапія.

Висновок. ВІЛ-інфекція може мати різний перебіг з різноманітною кількістю симптомів, тому діагностувати її набагато складніше. Залежність між CD4 та симптомами ВІЛ-інфекції може змінюватися. Рівень клітин може залишатися незмінною, але клінічні прояви інфекції характерні або кількість CD4 може бути зниженою без проявів захворювання. Симптоми ВІЛ-інфекції можуть бути схожі на лімфопроліферативні, ревматичні, запальні захворювання, тому лікарю потрібно враховувати всі анамнестичні дані захворювання при постановці даного діагнозу. При раціональній антиретровірусній терапії CD4-клітини можуть відновитися, забезпечити відновлення імунної системи та захистити організм від інших інфекцій.

ГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ СИНДРОМУ ПРАДЕРА-ВІЛЛІ

Гончаренко Д.В.

ПВНЗ “Київський медичний університет”

Кафедра педіатрії

Актуальність. Синдром Прадера-Віллі (СПВ) - рідкісне генетичне захворювання, яке має аутосомно-рецесивний тип успадкування. Характеризується великою варіабельністю клінічних ознак, що змінюються протягом життя пацієнта. Для нього характерна виражена м'язова слабкість, когнітивні та поведінкові порушеннями, загальна затримка розвитку. Цей синдром є найчастішою генетичною причиною ожиріння. Зустрічається по всьому світі незалежно від раси, народності чи статі з частотою 1:10 000–30 000 новонароджених.

Мета роботи. Дослідити та охарактеризувати генетичні аспекти розвитку синдрому Прадера-Віллі. А також описати клінічні прояви хвороби на різних її етапах.

Матеріали та методи. У ході роботи було опрацьовано наукові статті в фахових журналах, та інтернет-виданнях, де були описані та досліджені випадки синдрому Прадера-Віллі. Вивчено його етіологію, патогенез, а також особливості клінічних проявів на різних етапах розвитку дитини.

Результати. В основі захворювання Прадера-Віллі лежать зміни в гіпоталамусі, які призводять до таких клінічних проявів, як: ожиріння, гіпотонія та гіпогонадизм, гіпофізарний гормональний дефіцит (гормон росту, тиреотропний гормон), центральна надниркова недостатність, зміни насичення, розладів сну та тенденції до дистерморегуляції. Причиною розвитку генетичного синдрому у 70% випадків виступає мікрodelеція 15 хромосоми, у 28% випадків дитина успадковує дві копії 15-ї хромосоми від матері, у 2% випадків виникає через дефект батьківської 15 хромосоми. В її локусах закодовані білки, які безпосередньо або опосередковано впливають на розвиток ембріону. І тому, через помилку успадкування генів, відбуваються зміни і в білках. Наприклад такий білок як, МКРНЗ – білок, що відіграє роль саме у проявах фенотипових ознак СПВ (ожиріння і психічні розлади). Білок MAGEL2 - при його нестачі відбувається порушення росту аксонів і розвитку анорексигенних популяцій гіпоталамічних нейронів. У дітей грудного віку проявляється млявим смоктання. При порушенні білку нектін (NDN) виникають апное у пацієнтів з СПВ. Розрізняють чотири фази розвитку захворювання. Під час першої фази, яка відбувається від народження до 2 років, спостерігається гіпотонія та мляве ссаня материнського молока у новонародженого, але без ознак надлишку ваги. З 2,1 до 8 років у дитини проявляється ожиріння з поступовим наростанням гіперфагії, що характеризує другу фазу. У пубертатний період, із початком третьої фази, у дітей відмічається виражена поліфагія, оскільки центри насичення гіпоталамусу не працюють, і присутнє постійне відчуття голоду, яке проявляється поведінковими розладами, як постійний пошук їжі, крадіжка продуктів з магазинів та інше. Якість життя дорослих на четвертій фазі із СПВ значною мірою залежить від ступеня ожиріння, наявності його ускладнень, поведінкових проблем.

Одними із ускладнень захворювання є ендокринопатії. Серед них виділяють основні: дефіцит гормону росту (60-100%), без лікування спостерігається маленький зріст у дітей; гіпогонадизм (90%); гіпотиреоз (20-30%), може бути як вроджений так і набутий; надниркова недостатність (15%), що може бути компонентом множинної гормональної недостатності.

Висновки. Синдром Прадера-Віллі - це складне мультисистемне захворювання. Тому рання діагностика має важливе значення для забезпечення вчасного лікування. Кожен пацієнт повинен отримувати індивідуальне лікування від народження. Терапевтичні рішення та клінічне спостереження повинні бути направлені на покращення якості життя хворих на СПВ, запобігання раннього розвитку ускладнень та продовження тривалості життя.

УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ПЛЕВРАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ДЕСТРУКТИВНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Дігтяр В.А., Галаган А.А., Лук'яненко Д.М.

Дніпровський державний медичний університет

Кафедра дитячої хірургії, ортопедії, травматології та оториноларингології

Актуальність. Залишається актуальною проблема раннього виявлення профілактики ускладнень гострої деструктивної пневмонії, що супроводжуються піофібрінотораксом. Це пов'язано з несвоєчасною діагностикою ускладнень запальних захворювань бронхо-легеневої системи, труднощами діагностики на початкових етапах формування ускладнень у вигляді піофібріноторакса, тривалим і не завжди адекватним амбулаторним лікуванням.

Добре відомо, що в діагностиці плеврального випоту основне значення має комплексна діагностика: рентгенологічне і ультразвукове дослідження, мультиспіральна

комп'ютерна томографія. Рентгенологічний метод залишається провідним в діагностиці плевритів, але його можливості виявляються обмеженими, зумовленими межами діагностичних можливостей рентгенографії.

Мета. За допомогою УЗД на ранніх етапах виявити ускладнення та особливості формування піофібріноторакса у дітей з гострою деструктивною пневмонією.

Завдання дослідження – на ранніх стадіях гострої гнійної деструктивної пневмонії виявити ускладнення, уточнити діагноз і тактику лікування, що знизить можливість формування піофібріноторакса та інших ускладнень, дозволить прогнозувати перебіг запального процесу.

Матеріали та методи. Для комплексного аналізу та дослідження відібрано групу хворих – 50 дітей: з діагнозом пневмонія – 30 дітей, з гострою гнійною деструктивною пневмонією (ГГДП) ускладненою піофібрінотораксом – 20 дітей. Всім проводилася УЗД на етапах лікування. Особлива увага зверталася на особливості парієтальної і вісцеральної листів плеври на різних етапах діагностики і лікування. Дослідження проводилося в реальному часі без попередньої підготовки хворих.

При надходженні в стаціонар у хворих на перший план виступає боротьба з дихальною недостатністю, що залежить від форми ураження, віку дитини, фази перебігу патологічного процесу. Дітям призначали антибактеріальну і симптоматичну терапію.

УЗД органів грудної клітини у дітей дозволило уточнити показання до торакоцентезу або торакоскопії. З метою отримання інформації стану органів грудної клітини УЗД проводили в різних положеннях пацієнта: лежачи на спині, правому та лівому боці, сидячи. Органи грудної клітини досліджували конвексними датчиками частотою 3,5 – 12,0 МГц у залежності від віку дітей і особливостей статури, в режимі реального часу без попередньої підготовки хворого. Дослідження виконували з обох сторін грудної клітки за стандартними топографо-анатомічними лініями: навколохребцевим, лопатковим, пахвовим, середньоключичним та грудинним.

Результати дослідження. У досліджуваній групі хворих у віці 4-10 років проведено УЗД плевральних порожнин в реальному часі без попередньої підготовки по навколохребцевим, лопатковим, пахвовим, середньоключичним та грудинним лініям, на етапах госпіталізації і першої доби лікування. За допомогою УЗД проводилося визначення структури та обсягу вільної рідини, а також стан парієтального та вісцерального листків плеври, їх товщини та інших особливостей.

При проведенні УЗД у 30 дітей з неускладненою пневмонією, у всіх вікових групах, відзначалися зміни з боку листків парієтальної плеври. На «здоровій» стороні товщина листів парієтальної плеври становила – 0,7-0,9 мм, вісцеральної плеври – 0,7-0,9 мм. З боку пневмонії, відзначалося збільшення товщини листів парієтальної плеври і вона становила – 1,6-2,4 мм (+0,9-1,7 мм), вісцеральної плеври – 1,4-2,0 мм (+0,7-1,1 мм). Випіт в плевральній порожнині визначався в незначних кількостях, без включень, на листках плеври нашарувань не визначалася.

При гострій деструктивній пневмонії, ускладненій піофібрінотораксом у 20 дітей, дослідження проводилося без попередньої підготовки по навколохребцевим, лопатковим, пахвовим, середньоключичним та грудинним лініям. Ультразвуковий моніторинг виконувався на етапах госпіталізації і лікування в відділеннях лікарні. У всіх вікових групах відзначалося з боку «здорової» плевральної порожнини товщина листів парієтальної плеври становила – 1,0-1,1 мм, вісцеральної плеври – 0,9-1,0 мм. З боку запалення відзначалося значне потовщення листків парієтальної плеври – 3,6-5,4 мм (+2,6-4,4 мм), вісцеральної

плеври – 3,2-5,4 мм (+ 2,3-4, 4 мм). У всіх випадках в плевральній порожнині визначався випіт з гіперехогенними включеннями та значні фібринозні нашарування на плеврі.

УЗД, проведене дітям з ускладненими захворюваннями легень, дозволило поточнити показання до мініінвазивних методів лікування. розпишіть, як. Застосування УЗД при гострій деструктивній пневмонії зменшує променеве навантаження на організм дитини, підвищує ефективність лікування, що дозволяє скоротити термін перебування хворого в стаціонарі.

Висновки.

1. УЗД плевральних порожнин і легень – один з найдоступніших і простих методів дослідження на етапах лікування дітей з деструктивною пневмонією, що не має променевого навантаження на дитину і може застосовуватися на етапах діагностики і лікування.

2. Своєчасна діагностика плевральних ускладнень пневмонії і вибір оптимальної тактики лікування сприяє покращенню результатів лікування дітей з даною патологією.

3. Впровадження в клінічну практику ультразвукового моніторингу плевральних порожнин у дітей з гострою деструктивною пневмонією, а саме поява потовщення парієтальної та вісцеральної плеври на 2,3-4,4 мм, дозволяє на ранніх етапах виявити ускладнення уточнити діагноз і тактику лікування, що знизить можливість формування піофібріноторакса та інших ускладнень.

АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ, ІНФІКОВАНИХ ХЛАМІДІЯМИ

Дяченко М.С., Андрущенко В.В.

**Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №2**

Актуальність. Гострий обструктивний бронхіт (ГОБ) є однією з найпоширеніших причин захворюваності дітей раннього віку на гострі респіраторні інфекції. За даними численних досліджень, у структурі захворювань органів дихання у дітей перших років життя на ГОБ припадає від 30 до 50% випадків. При цьому близько 90% хворих дітей – це діти перших двох років життя. Особливе занепокоєння викликає той факт, що в ранньому віці перенесений гострий обструктивний бронхіт небезпечний можливістю рецидивуючого перебігу, а в 47-57% випадків – трансформації в бронхіальну астму. Актуальність вивчення гострого обструктивного бронхіту обумовлена зростанням частоти, тяжкості перебігу та несприятливим прогнозом захворювання, що загрожує життю дітей раннього віку. У зв'язку з цим, вивчення анамнестичних особливостей дітей з гострим обструктивним бронхітом, інфікованих хламідіями, є актуальним і важливим завданням сучасної педіатрії.

Мета дослідження. Проаналізувати анамнестичні дані перебігу ГОБ у дітей, інфікованих хламідіями.

Матеріали та методи. З метою вирішення поставленого завдання було досліджено анамнестичні дані у двох групах хворих на ГОБ: 32 дитини з хламідійною інфекцією та 41 без неї.

Результати дослідження. За рядом показників виявлено достовірні відмінності між групами. До таких показників відносяться характер перебігу вагітності, а також частота ГРВІ як на першому році, так і після першого року життя дитини. У хворих із внутрішньоклітинним інфікуванням в 1,6 разів частіше, ніж у групі порівняння, відмічалось ускладнення перебігу вагітності. Крім того, у 50,0% з них на першому році життя

визначалися часті ГРВІ, а в групі порівняння в 3,4 рази рідше. В групі порівняння достовірно частіше (в 1,8 рази) діти не хворіли ГРВІ на першому році життя. Крім того, в цій групі частіше (в 1,6 рази) знаходилися діти, які рідко хворіли, однак ці відмінності посідали характер тенденції і не досягали рівня достовірності ($p > 0,05$). Щодо захворюваності після першого року життя, то діти, які хворіють більше п'яти разів на рік в 2,2 рази частіше зустрічалися в основній групі. Кількість дітей, які не хворіли або хворіли рідко (2–3 рази на рік), частіше відмічались в контрольній групі. Проте, при об'єднанні цих градацій показника тенденція перетворюється у закономірність, згідно якої у контрольній групі (здорові діти) квота дітей, які не хворіли або рідко хворіли, склала 82,9%, а в основній групі вона виявилася суттєво меншою (62,5%). Щодо таких показників, як характер перебігу вагітності та пологів, маса тіла при народженні та тривалість грудного вигодовування достовірних відмінностей між групами не було встановлено ($p > 0,05$).

Висновки. Анамнестичні особливості дітей з гострим обструктивним бронхітом, інфікованих хламідіями, включають широкий спектр факторів, що свідчать про підвищену схильність до респіраторних захворювань та алергізацію організму. Отримані дані мають значення для ранньої діагностики: своєчасне виявлення факторів ризику дозволяє запідозрити хламідійну етіологію ГОБ та провести відповідне обстеження; профілактики: врахування анамнестичних особливостей сприяє розробці індивідуальних програм профілактики ГОБ у дітей з груп ризику та лікування: своєчасна діагностика та комплексна терапія, спрямована на ерадикацію хламідійної інфекції, сприяють більш ефективному лікуванню та запобіганню рецидивам захворювання.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ХЛАМІДІЯМИ

Дяченко М.С., Усенко С.Г.¹, Усенко С.А.²

Харківський національний медичний університет

¹Кафедра педіатрії №2

Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я

²Кафедра гігієни, епідеміології, дезінфектології та професійних хвороб

Актуальність. Гострий обструктивний бронхіт (ГОБ) є однією з найпоширеніших причин захворюваності дітей раннього віку. За даними численних досліджень, серед дітей, які потребують стаціонарного лікування з приводу захворювань органів дихання, кожен третій страждає на ГОБ. Незважаючи на значні успіхи у вивченні етіології та патогенезу ГОБ, питання своєчасної діагностики та ефективного лікування цієї патології залишаються актуальними.

Особливу увагу привертає до себе проблема розвитку гострого обструктивного бронхіту у дітей, інфікованих хламідіями. За різними даними, від 5 до 10% дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт, мають хламідійну інфекцію. Клінічний перебіг гострого обструктивного бронхіту у дітей, інфікованих хламідіями, має свої особливості. У таких дітей захворювання часто має затяжний характер, схильне до рецидивів та розвитку ускладнень.

Мета дослідження. Проаналізувати клінічні особливості перебігу ГОБ у дітей, інфікованих хламідіями.

Матеріали та методи. Для вирішення поставлено завдання було проведено зіставлення клінічних показників в альтернативних групах: хворих на ГОБ, інфікованих хламідіями, хворих на ГОБ, неінфіковані хламідійною інфекцією.

Результати. Нормальна температура тіла ($\leq 37,0^{\circ}\text{C}$) була характерною для контрольної групи, оскільки визначалась у 2,2 рази частіше, ніж в основній групі. Субфебрильна температура тіла ($37,1\text{--}37,9^{\circ}\text{C}$) виявлялась у приблизно однакових частках хворих обох груп, а саме: у 18,8% хворих основної і у 24,4% контрольної групи, а фебрильна температура достовірно частіше діагностувалась в основній групі спостереження. Стосовно тривалості лихоманки то її тривалість до 1-ї доби була характерною для хворих групи контролю і виявлялось у 39,0% з них і в 3,1 рази рідше ніж в основній групі, а більша тривалість її (≥ 4 -х діб) достовірно частіше визначалась серед пацієнтів основної групи спостереження. Тобто, вираженість і тривалість лихоманки була достовірно більш частіша у дітей з ГОБ на тлі інфікування хламідіями.

Інфікування хламідіями сприяє прояву інтоксикаційного синдрому (загальна слабкість, млявість, поганий апетит, вередливість, головний біль) який відмічався у 87,5% хворих основної групи та достовірно рідше в контрольній групі. З іншого боку, експіраторна задишка частіше виявлялась у контрольній групі, а саме: в 39% проти 15,5 в основній групі спостереження. Ці відмінності, мабуть, пояснюються віком хворих, оскільки в основній групі частка пацієнтів старших 3-х років була значно вища, ніж у контролі. Що стосується даних аускультатії легень, то в контрольній групі в порівнянні з основною групою достовірно частіше вислуховувались: свистячі хрипи (відповідно у 56,1% і 34,4%) і сухі хрипи (відповідно 14,6% і 3,1%) симетричні, з обох сторін. Специфічним симптомом для хворих основної групи спостереження виявилась наявність поодиноких сухих хрипів, котрі визначались у 37,5% з них і не зустрічались у групі контролю.

Висновки. Таким чином, проведене спостереження свідчить, що інфікування дитини хламідіями істотно впливає на клінічні характеристики гострого обструктивного бронхіту, які проявляються більш вираженою лихоманкою та її тривалістю. Вищезазначені відмінності мають загострювати увагу лікаря щодо наявності інфікування хламідіями у хворих на ГОБ.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ ДО 2 РОКІВ

Зайцев І.Е., Лона Я.С.

Навчально-науковий медичний інститут СумДУ

Кафедра педіатрії

Актуальність. Гострі респіраторні вірусні захворювання, зокрема і пневмонія, займають провідне місце у бронхолегеневої патології у дітей. Найбільша частота захворювань спостерігається у дітей раннього віку, у ряді випадків при лікуванні в стаціонарі у дітей відзначаються ознаки гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), надалі приєднуються ознаки запального процесу у легенях (через 48-72 години), тобто. ознаки внутрішньолікарняної пневмонії.

Мета. Вивчити особливості характеру перебігу та лікування внутрішньолікарняної пневмонії у дітей раннього віку.

Результати та обговорення. Проведено спостереження за 80 дітьми віком від 2 місяців до 2 років, які надійшли до стаціонару з попереднім діагнозом ГРВІ. У ході спостереження у 25 дітей (31%) – 1 група після перебуванні в стаціонарі спостерігалось

залучення до патологічного процесу легень, ставився діагноз: внутрішньолікарняна пневмонія з рентгенологічним підтвердженням. Під час обстеження 1 групи дітей виявлено фактори, що сприяли розвитку пневмонії. Перинатальна енцефалопатія виявлена у 15 дітей (60%), штучне вигодовування у 19 дітей (76%), наявність алергії у 14 дітей (56%), анемія у 19 дітей (76%), рахіт у 10 дітей (40%), TORCH інфекція у 12 дітей (48%), частота захворювання на першому році життя понад 3 рази на рік у 23 дітей (92%).

У дітей 2 групи - 55 дітей (69%), де не спостерігалось залучення до патологічного процесу легень, при наявності ГРВІ супутня патологія була виявлена: перинатальна енцефалопатія у 5 дітей (10%), штучне вигодовування у 11 дітей (20%), наявність алергії у 4 дітей (6%) анемія у 8 дітей (14%), рахіт у 7 дітей (13%), TORCH інфекція у 2 дітей (4%), частота захворювання на першому році життя більше 3 разів на рік у 8 дітей (14%).

Проведені спостереження показали, що у дітей з ГРВІ, що протікає на тлі множинних супутніх станів, частіше спостерігається внутрішньолікарняна пневмонія. У випадках розвитку бактеріальних ускладнень клініко-рентгенологічні дані дозволили встановити середньотяжку вогнищеву пневмонію. Процес частіше мав односторонній характер. Хворі були виписані через 14-18 днів у задовільному стані.

Висновки. Проведене спостереження підтвердило, що розвитку внутрішньолікарняної пневмонії у дітей раннього віку сприяє перинатальна патологія, вигодовування та наявність супутніх захворювань. Поєднання декількох супутніх захворювань сприяли збільшенню частоти пневмоній. Комплексна терапія із застосуванням ступінчастої антибактеріальної терапії та корекції супутньої патології сприяли одужанню. З метою профілактики повторних захворювань, такі діти мають отримувати повторні курси лікування супутньої патології.

ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПІД МІКРОСКОПОМ: ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЗБУДНИКА

Захарченко Н.А.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кафедра госпітальної педіатрії

Актуальність. Сечовивідні шляхи людини є одним із найпоширеніших місць бактеріальних інфекцій. Незважаючи на те, що бактерії регулярно проникають у сечовий міхур, інфекції сечовидільних шляхів (ІСШ) розвивається не завжди. Цьому сприяють місцеві механізми захисту стінок сечового міхура, такі як вироблення слизу та виділення антимікробних пептидів уроепітелієм, що у свою чергу обмежують чи унеможливають приєднання бактерій до уроепітеліальних клітин. Кателіцидин є компонентом вродженого імунітету сечовивідних шляхів, виконуючи антимікробну функцію шляхом руйнування мембранних патогенів і запобігання їх адгезії до уротелію. Незалежно від цього, він модулює запальну відповідь, регулюючи вироблення цитокінів і сприяючи активації імунних клітин. Дослідження рівня кателіцидину при різних формах ІСШ може сприяти розумінню механізмів імунної відповіді та пошуку нових підходів до лікування інфекційних сечовивідних шляхів.

Мета. Дослідити особливості вмісту кателіцидину у сироватці крові дітей у залежності від збудника та клінічної форми ІСШ.

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 кателіцидину проводилося методом імуноферментного аналізу (ІФА) за допомогою комерційного набору Hucult Biotech, LL37, Human, ELISA (Нідерланди).

Результати дослідження. Найвищий рівень кателіцидину в сироватці крові спостерігався у дітей з гострим пієлонефритом та гострим циститом ($p < 0,05$). У дітей з хронічним пієлонефритом та не уточненими ІСШ рівень кателіцидину також мав тенденцію до підвищення, але ця різниця не була статистично значущою ($p > 0,05$). Результати дослідження свідчать про те, що гострі запальні процеси в сечовидільних шляхах, особливо ті, що мають чітку локалізацію, призводять до значного підвищення рівня кателіцидину.

У дітей першої підгрупи, хворих на гострий пієлонефрит, статистично значуще підвищення рівня кателіцидину ($p < 0,05$) відбувалося за рахунок грампозитивної флори та становило 1,99 (1,44; 2,54) нг/мл проти 1,34 (1,18; 1,66) нг/мл у групі контролю та 1,54 (1,26; 1,7) нг/мл у дітей з грамнегативною флорою. У пацієнтів другої підгрупи, з хронічним пієлонефритом, так само, як і у першої підгрупи, спостерігався низький рівень сироваткового кателіцидину у дітей з грам-негативною флорою 1,6 (1,5; 1,8) нг/мл, у порівнянні з дітьми з грам-позитивною флорою 1,8 (1,5; 2,3) нг/мл. У дітей із гострим циститом рівень кателіцидину був найвищим у хворих з виявленою Гр- флорою та становив 2,03 (1,5; 2,7) нг/мл, що достовірно перевищував ($p < 0,01$) показник дітей з Гр+ флорою 1,34 (1,26; 1,76) нг/мл та 1,34 (1,18; 1,66) нг/мл у дітей контрольної групи. Цікавим виявився той факт, що рівень кателіцидину не мав достовірної різниці ($p > 0,05$) у дітей з Гр+ мікрофлорою та у дітей із групи контролю. У пацієнтів, хворих на не уточнені ІСШ, найвищий рівень сироваткового кателіцидину спостерігався при виявленні грамнегативної флори та становив 1,64 (1,22; 2,01) нг/мл, проте статистично значущої різниці не було виявлено ($p > 0,05$) в порівнянні як з дітьми з грампозитивною флорою (1,45 (1,27; 1,66) нг/мл), так і з дітьми контрольної групи (1,34 (1,18; 1,66) нг/мл).

Висновки. Вміст сироваткового кателіцидину залежить не тільки від клінічної форми захворювання сечовидільних шляхів, але й від етіологічного фактора, тобто від виду патогенної мікрофлори, що спричинила запальний процес. Це необхідно враховувати при визначенні тактики терапії.

ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Іванова Л.А., Паламарчук М.І., Друцун – Мельник Н.В.

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

Актуальність. Пандемія коронавірусної інфекції (COVID-19) стала викликом для медичної галузі в усьому світі. Медичні працівники є основною ланкою для подолання пандемії. Епідеміологічно небезпечним в ланцюзі надання медичної допомоги дітям є ризик зараження медичних працівників, а він, безумовно вищий, ніж у інших верств населення.

Цей ризик пов'язаний з тісним контактом з пацієнтами, особливо через кашель та використанням інгаляційних процедур. За оцінками ВООЗ медичні працівники становили 2-35% усіх зареєстрованих випадків COVID-19 залежно від країни та форми звітності.

Мета дослідження. Для удосконалення професійних компетентностей медичних сестер відділень педіатричного профілю в умовах пандемії COVID-19 проаналізувати результати анонімного анкетування медпрацівників щодо знань та дотримання основних положень інфекційного контролю коронавірусної інфекції.

Завдання роботи. На основі аналізу результатів анонімного анкетування медичних сестер педіатричних та інфекційних відділень оцінити рівень їхніх знань, ставлення та практики щодо інфекційного контролю COVID-19. Визначити основні джерела отримання інформації, рівень підтримки вакцинації, обізнаність щодо шляхів передачі вірусу та заходів профілактики. Виявити відмінності між групами медичних сестер та обґрунтувати необхідність впровадження додаткових навчальних програм для підвищення професійної компетентності в умовах пандемії.

Матеріал та методи. На базі обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці було проведено анонімне анкетування серед 135 середніх медичних працівників. Для опитування використана анкета щодо оцінки знань, ставлення та практики медичних сестер щодо COVID-19. Респонденти сформували 2 групи спостереження. I група - 83 медичні сестри педіатричних відділень (середній вік – 38,02±0,9 роки, стаж роботи 18,01±0,9 років), II група - 52 медичних сестри, які працюють у дитячих відділеннях інфекційного профілю (середній вік – 43,81±1,6 ($p>0,05$) роки, стаж роботи 22,09±1,4 ($p>0,05$) років).

Виходячи з цього, важливим є запровадження необхідних заходів для дотримання інфекційного контролю щодо запобігання поширення інфекції, визначаючи ризик та фактори зараження, а потім вживаючи відповідні прийоми для зменшення цих ризиків.

Результати дослідження. Проводячи аналіз анкетування нами встановлено, що переважна частка опитаних II групи отримували інформацію щодо COVID-19 на урядових порталах МОЗ України, під час семінарів, від колег та наукових журналів.

Повністю підтримують вакцинацію проти COVID-19 66,7% медсестер II групи та 58,5% ($p>0,05$) медичних працівників I групи.

Аналізуючи знання питань етіології, симптомів та ознак коронавірусної інфекції нами встановлено, що переважна більшість опитаних респондентів I та II груп (79,5% та 76,5% ($p>0,05$) відповідно) вважають, що перебіг COVID-19 не завжди важкий, а тяжкість стану асоціює з похилим віком пацієнтів та наявністю супутніх фонових хронічних захворювань, ожирінням, тощо.

Інформація щодо повітряно-краплинного шляху поширення коронавірусу та необхідності носіння медичних масок для запобігання зараження COVID-19 підтримує переважна більшість опитаних I та II груп (80,4% та 81,9% ($p>0,05$) відповідно).

Необхідність ізоляції осіб, які були в контакті з хворим на коронавірусну інфекцію та не були вакциновані, вважають за потрібне 65,1% медсестер I групи та 84,3% ($p<0,05$) представників II групи (СШ-2,8 (95%ДІ:1,4-5,5), ВР-1,8(95%ДІ:1,5-2,1), що також свідчить про високу поінформованість, знання та практику медичних сестер інфекційних відділень.

Виходячи з наведених даних, майже вдвічі більша частина представників II групи брали участь у навчальних програмах з метою покращення/оновлення своїх знань та вмій щодо інфекційного контролю та COVID-19 (СШ-3,8 (95%ДІ:2,1-6,9), ВР-2,0(95%ДІ:1,5-2,6) порівняно з медсестрами I групи.

Висновки:

1. Медичні сестри інфекційних відділень продемонстрували кращі знання та практику щодо інфекційного контролю при роботі з пацієнтами в умовах пандемії COVID-19.
2. Медичні працівники інфекційних відділень мають вищі шанси поінформованості щодо епідеміології коронавірусної інфекції (співвідношення шансів -2,5, відносний ризик -1,6), необхідності застосування карантинних заходів (співвідношення шансів -2,8, відносний ризик -1,8).
3. Робота медсестер в інфекційних педіатричних відділеннях підвищує шанси навчання з метою покращення/оновлення своїх знань та вмінь щодо інфекційного контролю та COVID-19 (співвідношення шансів-3,8, відносний ризик -2,0).

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ

Іванців О.Р., Федяк І.О., Ткачук З.В., Татарин Б.Б., Пронів В.В.

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність. Гострий апендицит – запальний процес у червоподібному відростку, що характеризується вираженою клінічною картиною гострого живота та наявністю позитивних симптомів подразнення очеревини, змінами ЗАК, ЗАС, УЗД, рентгенологічними та КТ ознаками за показами. Він у переважній більшості потребує оперативного втручання – апендектомії у правій клубовій ділянці через точку Мак-Бурнея косим перемінним відкритим оперативним доступом чи лапароскопічними методами з наступним пошировим ушиванням рани та накладанням швів.

Мета роботи: визначити особливості застосування антибіотиків у дітей після проведених апендектомій за медичними картами стаціонарних хворих, які лікувалися у хірургічному відділенні Івано-Франківської обласної дитячої лікарні, науково обґрунтувати їхню клініко-економічну ефективність.

Оцінка стану післяопераційного періоду проводилася на основі аналізу медичних карт стаціонарних хворих – дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу гострого апендициту (більшість із них госпіталізовані в ургентному порядку із діагнозом Гострий флегмонозний апендицит), при цьому дітям у післяопераційному веденні поряд з регідратаційною терапією призначалися антибіотики, пробіотики, знеболювальні та інші препарати.

Матеріал та методи. Для проведення дослідження нами застосовані наступні методи: системно-логічний метод, метод моніторингу, скринінгу, аналітичний, ретроспективний, статистичний та графічний методи, клініко-економічний, маркетинговий та метод узагальнення.

У контексті фармакотерапії були використані частотний, ABC та VEN аналіз. VEN-аналіз дає змогу диференціювати засоби фармакотерапії за рівнем їх важливості для результативності лікування: «V» –життєво необхідні; «E» – лікарські засоби, що чинять вагомий вплив на результати лікування; «N» – другорядні ліки.

Результати. В процесі дослідження ми опрацювали дані 56 медичних карток стаціонарних хворих. Дані були систематизовані, узагальнені. Усім дітям була проведена апендектомія (видалення червоподібного відростка) впродовж 2020-2024 рр. У післяопераційному веденні дітей застосування низки антибіотиків у дитячій хірургії обмежене чи заборонене, що пояснюється ймовірним ризиком тяжких побічних реакцій, що

часто є специфічними для даної вікової категорії. Окрім того, некоректний вибір лікарського препарату чи його дозування, відсутність належного моніторингу концентрацій антибіотика в плазмі крові дитини можуть спричинити низку тяжких ускладнень внаслідок антибіотикотерапії. Аналіз застосування лікарських препаратів у сучасній медичній практиці свідчить, що раціональна антибіотикотерапія нівелює клінічні ризики ускладнень у післяопераційному періоді, запобігає можливим рецидивам, ускладненому перебігу патологічних процесів, а також попереджує ймовірно подальше поширення інфекції.

Клініко-економічний аналіз, проведений на базі КЗ КНП «Івано-Франківська ОДКЛ ІФ ОР» та статистичний аналіз дітей під час післяопераційного ведення дав змогу визначити тенденції диференціації. Пацієнти вибірки за гендерною ознакою розділились наступним чином: 23% (13 осіб) становлять дівчатка та 77% (43 особи) – хлопчики. Більшість дітей, яким проведена апендектомія, були підліткового віку. Дітей з апендектомією у віці 4-8 та до 4 років – 9 та 1 відповідно. Більшість дітей проживає у містах (54 %). Водночас, у селах проживає 46 % пацієнтів вибірки. Проблема апендектомії у дітей залишається актуальною, незалежно від місця проживання. Середня тривалість перебування у стаціонарі склала, в цілому, до 10 днів.

Аналіз раціональності витрат на лікування досліджуваної групи пацієнтів за методом VEN- та ABC-аналізу дозволив виявити, що найбільша частка витрат на проведену фармакотерапію припадає на препарати групи А (80% вартості фармакотерапії), які є дороговартіснішими, у порівнянні з групами В і С. Даних лікарських препаратів ідентифіковано у кількості 7 (23%), до них віднесені, власне, антибіотики. Групу В сформували 11 лікарських препаратів (37%), групу С – 12 лікарських препаратів (40% загальної вартості). Під час VEN-аналізу до групи V було віднесено 7 лікарських препаратів (обов'язкові засоби для післяопераційного ведення дітей з апендектомією), до групи E – 15 (симптоматичне лікування), до групи N – 8 (для лікування ускладнень чи їх профілактики). Маркетинговий аналіз лікарських препаратів, що представлені на українському фармацевтичному ринку та рекомендовані до використання у клінічній практиці свідчить, що наразі репрезентовано достатній асортимент зареєстрованих лікарських засобів для антибіотикотерапії. Доступнішими є лікарські препарати вітчизняного виробництва. Аналіз доцільності призначення антибіотиків, що застосовувались визначеною категорією пацієнтів, репрезентує ефективність та економічну перевагу лікарських препаратів вітчизняного виробництва.

Висновки. Раціональна антибіотикотерапія успішно нівелює ризики ускладнень у післяопераційному періоді, запобігає рецидивам, зменшує перебіг захворювання. За ABC-аналізом антибіотики віднесені до групи А, за VEN-аналізом – до групи V. Аналіз доцільності застосування антибіотиків, що застосовувались визначеною категорією пацієнтів, репрезентує ефективність та економічну вигідність препаратів вітчизняного виробництва (Амоксиклав, Флемоксин, Азитроміцин, Цефтриаксон, Цефазолін та ін.).

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ТА СПЕЦИФІЧНІСТЬ РІВНЯ СИРОВАТКОВОЇ ОСТЕАЗИ У ВИЯВЛЕННІ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

Ільченко С.І., Маковійчук О.А.

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

Актуальність. Низька мінеральна щільність кісткової тканини (МЩКТ) є поширеною проблемою в дитячій ревматології, особливо у пацієнтів з ювенільним ідіопатичним

артритом (ЮІА). Втрата кісткової маси у таких дітей може бути спричинена як первинними, так і вторинними механізмами, включаючи хронічне запалення, дефіцит вітаміну D3 і кальцію, низьку фізичну активність та тривалу фармакотерапію.

Рентгенівська денситометрія залишається золотим стандартом оцінки МЩКТ, проте вона має вікові обмеження та недостатньо інформативна для динамічного контролю кісткового метаболізму у дітей. Ультразвукова денситометрія все частіше розглядається як альтернативний скринінговий метод, особливо у молодшому віці. Важливим доповненням до інструментальних методів є біохімічні маркери кісткового метаболізму (МКМ), які дозволяють оцінити інтенсивність ремоделювання кісткової тканини. Серед найбільш інформативних МКМ виділяють β -Cross Laps (маркер резорбції) та остеокальцин (індикатор остеосинтезу). Рутинні лабораторні методи, зокрема визначення рівня кальцію, фосфору та загальної лужної фосфатази (ЛФ), не є достатньо специфічними для ранньої діагностики остеопенічного синдрому. Особливий інтерес викликає кістковий ізофермент ЛФ – остеаза, який синтезується остеоцитами та є чутливим маркером активності кісткоутворення. Визначення його рівня може значно підвищити діагностичну точність оцінки порушень кісткового метаболізму у дітей з ЮІА.

Таким чином, вивчення ролі остеази у діагностиці остеопенічного синдрому у дітей з ЮІА є актуальним напрямом досліджень, що може сприяти вдосконаленню методів раннього виявлення кісткових порушень та оптимізації терапевтичних підходів

Мета: оцінити діагностичну цінність рівня сироваткової остеази для виявлення остеопенічного синдрому (ОС) у дітей з ЮІА.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 50 дітей із ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) віком від 5 до 18 років (середній вік – 13,0 [11,0; 16,0] років), які проходили обстеження на базі педіатричного відділення спеціалізованої дитячої лікарні м. Дніпра. Серед них було 18 хлопчиків (36,0 %) та 32 дівчинки (64,0 %). Дослідження передбачало комплексне обстеження, включаючи аналіз скарг, анамнез, фізикальне, лабораторне та інструментальне дослідження. Лабораторний блок містив визначення рівнів 25(OH)D, остеази, β -Cross Laps та остеокальцину методом імуноферментного аналізу, а також загальної лужної фосфатази колориметричним методом. Інструментальна оцінка включала ультразвукову денситометрію (Sunlight Omnisense 9000) з визначенням Z-критерію. За результатами денситометрії пацієнти були розподілені на дві групи: з ОС (n=21) та без ОС (n=29). Для статистичної обробки даних використовували «Statistica v.6.1» (AGAR909E415822FA).

Результати. ОС діагностовано у 42,0 % дітей із ЮІА. У пацієнтів із ОС рівень остеази в сироватці крові був достовірно нижчим порівняно з дітьми без ОС. Виявлено кореляцію рівня остеази з показниками 25(OH)D, остеокальцину, маркера кісткової резорбції β -Cross Laps, Z-критерієм ультразвукової денситометрії, активністю захворювання та дозою метотрексату.

Активність загальної лужної фосфатази (ЛФ) не відрізнялася між групами. Встановлено відсутність зв'язку між рівнем загальної ЛФ та остеазою, 25(OH)D, активністю захворювання і Z-критерієм.

ROC-аналіз показав, що оптимальним пороговим рівнем остеази для діагностики ОС у дітей із ЮІА є $>83,4$ мкг/л (AUC = 0,864; 95% ДІ: 0,737-0,944), що забезпечує чутливість 85,7 %, специфічність 93,1 % та загальну діагностичну ефективність 90,0 %.

Висновки. Підвищений рівень остеази в сироватці крові у дітей з ЮІА є високоспецифічним та інформативним біомаркером для ранньої діагностики та прогнозування перебігу ОС. Водночас загальна ЛФ не є достовірним показником кісткового

метаболізму, оскільки її нормальні значення не виключають можливих порушень ізоферментного складу.

ВПЛИВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНОЮ ЛІЙКОПОДІБНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Камінська М.О.

**Дніпровський державний медичний університет
Кафедра дитячої хірургії ортопедії та травматології**

Актуальність. Лійкоподібна деформація грудної клітки (ЛДГК), або "западення грудної клітки", є найпоширенішим вродженим порушенням грудної стінки, яка у хлопчиків зустрічається вчетверо частіше, ніж у дівчат. У цьому випадку грудина та прилеглі ділянки грудної стінки зміщуються назад у напрямку хребта, створюючи западину в передній частині грудної клітки. Занурена грудина здавлюють легені та серце в грудній порожнині, обмежуючи кардіореспіраторну функцію, знижуючи витривалість при фізичних навантаженнях та часто супроводжуючись болем у грудях і відчуттям тиску. Це обмежує фізичну активність пацієнтів та знижує якість їхнього життя. Зі слів пацієнтів, діти із тяжкою формою ЛДГК часто відчувають фізіологічні та психологічні обмеження, які значно покращуються після хірургічного втручання. Однак на сьогодні систематичні дослідження цих змін після хірургічної корекції ЛДГК відсутні.

Мета. Вивчити вплив модифікованої технології хірургічної корекції ВЛДГК у дітей на якість життя після операції за допомогою розроблених інструментів опитувальника.

Матеріали і методи. У дослідження залучено 40 пацієнт віком від 8 років до 17 років, яким виконано хірургічне втручання за модифікованою технологією на основі операції D.Nuss з 2017р. по червень 2024р. Роботу виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Інформовану згоду на обстеження та лікування отримана від усіх батьків пацієнтів.

Показник якості життя, пов'язаний зі здоров'ям (HRQOL), відображає суб'єктивну оцінку людиною різних аспектів здоров'я, включно з фізичною активністю, психічним здоров'ям, соціальною адаптацією, а також сприйняттям власного життя та здоров'я. Наразі HRQOL є важливим інструментом для оцінки медичних і громадських інтервенцій. Сприйняття власного тіла та самооцінка є важливими факторами при оцінці як загальної якості життя (QOL), так і якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (HRQOL). У рамках цієї роботи ми використовували опитувальник для оцінки лійкоподібної деформації грудної клітки (Pectus Excavatum Evaluation Questionnaire, PEEQ). Два опитувальники для оцінки впливу операції на якість життя, враховували фізичне та психосоціальне функціонування. Один із інструментів був спрямований на самооцінку дітей, а інший – на оцінку з боку їхніх батьків.

Результати. Опісники для дітей та для батьків проводились до операції та після через 1 рік. Жодних негативних післяопераційних змін, за словами дітей або їхніх батьків, не було виявлено. Діти зазначили у 95% значні покращення у частоті виникнення непереносимості фізичних навантажень, задишки та втоми. Батьки у 93% також повідомили про суттєве покращення витривалості дитини до фізичних навантажень і зменшення частоти болю в грудях, задишки та втоми. Усі показники психосоціального функціонування зазнали покращення, зокрема у 98% задоволеність образом тіла, відчуття роздратування, смутку, неспокою, ізоляції, а також зменшення випадків соціального осуду. З дев'яти

психосоціальних запитань, поставлених дітям, усі, окрім одного, показали значне покращення після операції. Аналогічно, батьки підтвердили суттєві покращення за всіма психосоціальними показниками, а також повідомили про значне зменшення власних занепокоєнь щодо впливу ЛДГК на життя їхньої дитини.

Висновки. РЕЕО опитувальник є перспективним для подальшого документування ефективності хірургічної корекції ЛДГК. Отримані дані підтверджують, що хірургічне лікування ЛДГК позитивно впливає на добробут дитини. Значне покращення якості життя, яке стосується як фізичного, так і психосоціального функціонування, має стимулювати лікарів підходити до корекції ЛДГК так само, як і до інших деформацій, які негативно впливають на фізичне та психологічне здоров'я людини.

АНКЕТУВАННЯ ШКОЛЯРІВ ЩОДО АЛЕРГОПАТОЛОГІЇ ЯК СРІНІНГ ДІАГНОСТИКА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Карпушенко Ю.В.^{1,2}, Кожина О.С.²

¹Харківський національний медичний університет

²КНП «МДКЛ №19» ХМР

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) — одне з найпоширеніших хронічних захворювань дихальної системи у дітей. За результатами найкрупнішого міжнародного епідеміологічного дослідження ISAAC (International Study of Asthma and Allergy in Childhood) в Україні розповсюдженість її серед дітей 13-14 років складає 0,561%. При цьому зростає частота тяжких форм та смертність. БА призводить до зниження "якості" життя пацієнтів, розвитку ранньої інвалідизації (інвалідність через БА в Харківському регіоні складає 2,92 на 10 000).

Одним з методів оцінки поширеності алергопатології є анкетування. Програма міжнародного дослідження астми та алергії у дітей ISAAC була створена для підвищення якості епідеміологічних досліджень алергічних захворювань шляхом створення стандартизованої методології та сприяння міжнародному співробітництву.

Мета: покращення діагностики бронхіальної астми у дітей м. Харкова на основі стандартизованої методології.

Матеріали та методи. За допомогою стандартизованих анкет опитано 1142 дітей 6-7 і 13-14 років м. Харкова. Результати оброблені методами варіаційної статистики.

Результати. Серед опитаних 64% - діти 6-7 років, 36% - 13-14 років. Ознаки БА визначені у 21% респондентів (з них у 18% діагноз підтверджений при обстеженні в лікарні, у 67% діагноз верифікований, у 12% діагноз не підтверджений). Серед пацієнтів з БА сімейний анамнез обтяжений: у 27% за алергопатологією (з боку 1 батька - у 18%, обох батьків - 24%). Харчування матері під час вагітності у 34% було гіпоалергенним, 17% відзначали різні уподобання в їжі; 49% не обмежували харчування. Більшість (65%) дітей з БА перебували на змішаному вигодовуванні, 27% - на природному і 8% - на штучному. При цьому ранні терміни введення прикорму (до 4х міс) відзначалися лише у 18%. Характер харчування у переважної більшості дітей (78%) - повноцінне, 23% - харчування «фаст фуд» та 9% - «сухоїдіння». При оцінці якості життя 18% і 21% дітей з БА вказували на обмеження в заняттях спортом та участі в громадських заходах. При оцінці щеплення 69% опитаних щеплені за календарем, 18% - за індивідуальним графіком, 13% - не щеплені.

Висновки.

1. Опитувальники є ефективним скринінговим методом виявлення алергопатології вже на ранніх етапах її розвитку.
2. Ознаки БА визначаються у 21% (240) дітей, з них фактично діагноз БА вперше встановлений у 146 дітей, що свідчить про пізню діагностику даної патології у дітей.
3. Частіше (27%) ознаки БА визначаються у дітей з обтяженою за алергічними захворюваннями спадковістю.
4. У 66% випадків матері не обмежували свій раціон або мали уподобання в їжі, що могло призвести до внутрішньоутробної сенсibiliзації.
5. Більшість дітей (65%) перебували на змішаному вигодовуванні.
6. Якість життя 31% дітей з ознаками БА знижена за рахунок обмежень в занятті спортом та участі в громадських заходах.

СТАН ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ДІТЕЙ-СПОРТСМЕНІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Катрич Ю.О.¹, Підкова В.Я.²

¹Запорізький Національний університет
Факультет психології

²Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Актуальність. Емоції – це велика складова життя людини, яка об'єднує в собі емоційний інтелект, емоційну грамотність, емоційну спритність, емоційну компетентність. Окрім психічного, інтелектуального розвитку дитини, розвиток емоційного інтелекту займає вагомі місця та являється важливим у всіх сферах. Дослідження науковців підтверджують, що особи з високим рівнем емоційного інтелекту мають краще психічне здоров'я та здатність краще справлятися зі стресом та негативними емоціями. Вони мають більш ефективні стратегії для вирішення конфліктів та міжособистісних проблем. Емоційний інтелект (EI) – це здатність розуміти, усвідомлювати і управляти власними емоціями, своєю мотивацією, думками і поведінкою, вміти управляти своїм емоційним станом та регулювати емоційні стани інших людей, помічати їхні актуальні потреби, співпереживати, допомагати розвивати їхні сильні сторони. Всі ці питання постають перед спільнотою особливо гостро після повномасштабного вторгнення в Україну: емоційний фон суспільства значно змінився, а діти в цих обставинах особливо вразливі. Поряд із загальним стресом, тривожністю, страхами, що вражають більшість українців, у дітей спостерігається зниження ініціативності, мотивації до навчання, замкнутість. Психологи стверджують, що рівень емоційного інтелекту зростає з отриманням життєвого досвіду та може зростати з віком. Проте вміння розвивати емоційний інтелект у дітей вже сьогодні додає впевненості в нашому майбутньому.

Мета: проаналізувати стан EI в дітей-спортсменів підліткового віку під час проходження профілактичного медичного обстеження на базі університетської клініки ЗДМФУ м. Запоріжжя.

Матеріали та методи. Після попередньої згоди, до загального медичного обстеження було залучено 52 дитини підліткового віку від 13 до 17 років (27 юнаків і 25 дівчат), які пройшли клінічне інтерв'ю, анкетування та тестування, що проводилось за допомогою та участю батьків і тренерів. Декілька дітей потребували консультації психолога.

Результати. Серед усіх опитаних скарг на будь-які зміни в стані здоров'я чи гостре захворювання не виявили. Об'єктивні та додаткові обстеження також патологічних змін не виявили. Під час опитування з'ясовано, що розпізнавання власних емоцій доступне більшості опитаних, особливо, що стосується страху, гніву, радості, суму, горя; але такі відчуття та емоції, як відраза, зневага, вина – більше розпізнаються старшими дітьми. Незважаючи на те, що опитувані – спортсмени, яким притаманне вміння концентруватись, тільки 36,5% оволоділи технікою зняття стресу, релаксації. Розвитку емпатії допомагає командна робота, гра, а взаємодія в команді надає можливості до конструктивної комунікації. Соціальні навички, щодо вміння встановлювати ефективну взаємодію, співпрацювати та вирішувати конфлікти, – розвинені тільки в 25% опитаних. За тестуванням, коефіцієнт EI розподілився таким чином: 59,6% мали низькі показники, 32,7%, - середні, а 7,7% - високі.

Висновки. Проведене обстеження дітей-спортсменів підліткового віку в сучасних умовах, під час війни в прифронтовому місті показало, що їх функціональний стан та працездатність знаходиться на достатньому рівні. Розвиток емоційного інтелекту є невід'ємною складовою комплексного розвитку особистості, що сприятиме успішній соціалізації та професійному зростанню. Впровадження системи розвитку емоційного інтелекту в освіту змогло би стати важливим чинником покращення психологічної готовності дітей до викликів сучасного світу.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МАТЕРИНСЬКИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСУ ІЗ ВМІСТОМ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Колоскова О.К., Кисельова А.А.

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

Актуальність. Непоодинокі клінічні ситуації наявності у вагітної чинників ризику ранньої неонатальної інфекції вирішуються за результатами клініко-лабораторного обстеження та антибіотикопрофілактики під час пологів. У доступній літературі є дані стосовно модифікуючого впливу материнських чинників ризику неонатального сепсису на підвищення вмісту інтерлейкіну-10 у сироватці новонароджених, особливо у випадках, які завершилися летально, що пояснюють активацією апоптозу нейтрофілів. Враховуючи, що рання неонатальна інфекція має переважно вертикальний шлях передачі, можна припустити, що материнські чинники матимуть зв'язок із лабораторними маркерами неонатального сепсису.

Мета: оцінити взаємозв'язок материнських чинників схильності до розвитку неонатального сепсису з із вмістом окремих прозапальних інтерлейкінів (ІЛ-6, ІЛ-8) у їх новонароджених.

Матеріали і методи. Ретроспективно проаналізовано історії розвитку 50 новонароджених із раннім неонатальним сепсисом і наявністю чинників схильності до ранньої неонатальної інфекції з боку вагітних. Оцінку вміст в крові ІЛ-6 та ІЛ-8 здійснювали методом ІФА у сертифікованій лабораторії. Для оцінки взаємного впливу факторів формування ранньої неонатальної інфекції використовували багатофакторний кореляційний аналіз Спірменап.

Результати. Відмічено, що середній вміст ІЛ-6 в сироватці крові обстежених новонароджених становив $44,6 \pm 7,7$ пг/мл (95% ДІ 29,3 – 60,0). У кожного третього

новонародженого (32,1%) концентрація ІЛ-6 перевищувала 30,0 пг/мл. Материнські чинники ризику неонатального сепсису продемонстрували кореляції соціально-демографічних та репродуктивних патернів із інфекційною патологією вагітної ($r=0,25$, $P=0,02$), а чинники актуальної вагітності і пологів – вірогідний зв'язок із ними ($r=0,34$, $P=0,001$). Найчастіше у матерів спостерігалися ознаки інфекційно-запальної патології, локалізованої поза репродуктивних органів (50,0%), а у репродуктивній зоні – у 33,0%. Гострі інфекційні захворювання під час вагітності збігалися за частотою із випадками інфекції, яка передається статевим шляхом (12,0). Комбінація чинників схильності з боку вагітної та новонародженого вірогідно асоціювала з розвитком раннього неонатального сепсису ($r=0,43$, $P=0,007$), а вміст ІЛ-6 в сироватці крові новонародженого мав вірогідні кореляційні зв'язки із несприятливим перебігом попередніх вагітностей у матері ($r=0,77$, $P=0,001$ та наявністю неї інфекційної патології ($r=0,26$, $P=0,03$). Середній вміст ІЛ-8 у сироватці крові новонароджених становив $87,5 \pm 15,3$ пг/мл (95% ДІ 57,0 – 118,0). Проте він скоріше відображував тяжкість порушення загального стану дитини, що підтверджували вірогідний зворотній кореляційний зв'язок із середньою оцінкою за шкалою Апгар на 1-ій хвилині ($r=-0,42$, $P=0,02$) і позитивний зв'язок із тяжкістю порушення загального стану дитини у процесі лікування в стаціонарі ($r=0,51$, $P=0,004$), а також із верифікацією ранньої неонатальної інфекції ($r=0,46$, $P=0,01$).

Висновки. Отримані дані дають підстави вважати, що для своєчасної діагностики раннього неонатального сепсису необхідно використовувати констеляцію чинників схильності як з боку вагітної, так і новонародженого, а також враховувати результати визначення низки прозапальних інтерлейкінів.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КАШЛЮКУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Кончук П.Р., Гарас М.Н.

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

Актуальність. Кашлюк, або коклюш, є інфекцією дихальних шляхів, більшість випадків кашлюку спричиняє *Bordetella pertussis*, але іноді - *Bordetella parapertussis*. Кашлюк може вражати людей будь-якого віку, але найбільше він небезпечний для немовлят. У них найвищий рівень захворюваності, і саме вони найчастіше потребують госпіталізації, причому серед дітей цієї вікової групи трапляються майже всі смертельні випадки від кашлюку.

Кашлюк - це високоінфекційне кашлюкове захворювання, якому можна запобігти за допомогою вакцини, і яке залишається значним джерелом захворюваності та смертності у всьому світі.

За останні кілька років навіть у країнах з високим рівнем імунізації в ранньому дитинстві спостерігається зростання захворюваності на кашлюк. Причинами зростання захворюваності на кашлюк можуть бути молекулярні зміни в організмі, підвищення рівня обізнаності та діагностичних можливостей, а також зниження ефективності вакцин і ослаблення імунітету. Найбільша захворюваність і смертність від кашлюку спостерігається серед немовлят, які не досягли вакцинального віку. Тяжкий перебіг інфекції, що вимагає госпіталізації, в тому числі в умовах інтенсивної терапії, здебільшого спостерігається у дітей віком до 3 місяців. Як наслідок, дослідження та заходи громадського здоров'я були спрямовані на краще розуміння та зменшення поширення кашлюку *Bordetella pertussis*.

Метою роботи було проаналізувати вікові, епідеміологічні та клінічні особливості кашлюку в госпіталізованих дітей.

Матеріали та методи. Для досягнення мети було проведено аналіз карт стаціонарних хворих 110 дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Чернівецькій обласній дитячій клінічній лікарні у 2024 році. Етіологічна верифікація захворювання здійснювалась методом ПЛР назофарингеальних мазків або визначення специфічних IgM до *B. pertussis* в сироватці крові.

Результати дослідження. Більшість дітей (87%), госпіталізовано у весняно-літній період 2024 року. Звертає на себе увагу, що дві третини пацієнтів виявилися сприйнятливими до інфекції, зокрема, 26% не досягли вакцинального віку для первинного вакцинального комплексу, а ще 39% відмовлялися від проведення рутинної вакцинації проти інфекційних захворювань, у тому числі і кашлюку.

Установлено, що серед госпіталізованих дітей переважали немовлята (41%) та діти раннього віку, що може бути пов'язано як з віковими показаннями до ушпиталення через особливості перебігу кашлюку в даному віці (апнойна форма), так і з частішим формуванням ускладнень в даній віковій групі. Так, у немовлячому віці перебіг кашлюку ускладнювався запальними процесами в нижніх дихальних шляхах у третини дітей (35%), зокрема, пневмонії були діагностовані у 22% пацієнтів, бронхіти та бронхіоліти – у 13%. Слід відмітити, що у цієї когорти пацієнтів на тлі ускладненого перебігу респіраторної патології спостерігалися ознаки виснаження об'єму рідин організму (у 31%). У дітей раннього віку ускладнення кашлюку спостерігалися дещо рідше (22,5%), також серед ускладнень переважали пневмонії. У старших дітей, звертає на себе увагу, переважання бронхообструктивного синдрому, як найчастішого ускладнення кашлюку у третини пацієнтів.

Висновки. Таким чином, на підставі отриманих даних, встановлено, що стаціонарного лікування потребували, в основному, сприйнятливі до кашлюкової інфекції діти немовлячого та раннього віку за клінічними та віковими показаннями.

ДЖЕРЕЛА ПРОФЕСІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ЩОДО ПИТАНЬ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ І ПІДЛІТКІВ

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

ДУ «ІОЗДП НАМН»

Відділ науково-медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи

Актуальність. Спектр джерел професійної інформації для фахівців у галузі охорони здоров'я дітей та підлітків впродовж певного періоду завжди залишається сталим, проте зовнішні фактори (суспільні процеси, розвиток інформаційних засобів комунікації, поява нових технологій) вносять корективи в інформаційні та інноваційні процеси та змінюють значущість різних джерел, обумовлюють появу нових, трансформують класичні засоби інформації, послідовно оптимізують використання.

Мета: визначити джерела професійної інформації з питань здоров'я школярів і підлітків. Встановити їхню пріоритетність.

Матеріали і методи: за допомогою авторської анкети співробітників ДУ «ІОЗДП НАМН» відбулося онлайн опитування фахівців галузі охорони здоров'я дітей та підлітків. Всього опитано 234 респондента.

Результати. Отримані дані роботи 2024 року дозволили визначити, що лікарі отримують професійну інформацію щодо питань здоров'я школярів і підлітків з багатьох інформаційних джерел ділової комунікації. На I ранговому місці – навчання з використанням

різних форм учбового процесу (навчання у закладах професійної та післядипломної освіти, навчання на робочому місці, цикли тематичного удосконалення, курси або програми навчання, лекції, семінари, мастер-класи, тренінги, вебінари, супервізії, ін.), також I рангове місце - участь у науково-практичних заходах (конференціях, семінарах, виставках); II рангове місце – фахові / тематичні сайти і сайти наукових / медичних установ в мережі Інтернет; III рангове місце – професійне спілкуванні з колегами (співробітництво), керівництвом (наради, розпорядження вищого керівництва, відомчих організацій); IV рангове місце – публікації у медичних виданнях (статті, монографії тощо); V рангове місце – засоби масової інформації (газети, радіо, телебачення); VI рангове місце – соціальні мережі.

У якості основних джерел інформації для лікарів розрізняють як вказані канали професійної комунікації, так і окремі групи наукової продукції в галузі. Серед наукової продукції фахівці використовують наступні: нормативно-правові документи (накази, положення, відомчі інструкції) - 94,0% респондентів; клінічні протоколи / стандарти / настанови діагностики, лікування, диспансерного нагляду, реабілітації, інше - 81,6%; навчальну та довідкову літературу (навчальні підручники, посібники - 72,2%; довідники, покажчики - 64,1%); оглядову інформацію – 61,5%; періодичні медичні та книжкові видання – 31,6%; інноваційні документи (методичні рекомендації - 80,8%; нововведення – 37,2%, описи патентів – 18,4%, описи авторських свідоцтв – 17,1%).

Окремі інформаційні канали для професійної діяльності фахівців галузі протягом останніх років змінюють свій пріоритет у користувачів, внаслідок багатьох чинників – від розвитку інформаційних каналів, появою різноманітних технологій і засобів інформації до соціально-економічних факторів.

Пандемія суттєво прискорила розвиток інтернет технологій і наблизила до нашого життя онлайн простір, який на сьогодні є невід’ємною частиною життєдіяльності людства. Наша цивілізація вже не існує без цієї мережі. Так, можливо зупинити живлення комп’ютерів, гаджетів, телефонів. Проте, більша частина людей у світі використовують її. Безумовно, є винятки, але фахівці, що мають професію в нашій країні можуть деякий час не вмикати засоби сучасних технологій, але виконання роботи невід’ємно без її інформаційного забезпечення за допомогою сучасних засобів комунікації. Не останню роль у зазначеному явище набуло перебування країни у соціально-гуманітарній кризі, військовий стан тощо. За нашими дослідженнями у 2013 р. мережа інтернет за своєю цінністю для користувача посідала V рангове місце, її в цілому використовували постійно і часто 57,7% фахівців галузі. Проте в сучасний період інтернет слід розглядати значно ширше. На сьогодні це джерело інформації є не лише окремим вагомим каналом, але й має власне багато структуроване різноманіття видів (засобів) інформації. Його унікальність полягає у тому, що інтернет - це паралельний світ, віртуальний простір у якому на сьогодні функціонують майже всі засоби класичної наукової інформації. Це он-лайн площина діяльності людства. І професійні засоби комунікації з власним пріоритетом для лікарів широким спектром відображуються у зазначеному просторі: фахові / тематичні сайти і сайти наукових / медичних установ (II рангове місце); дистанційне навчання і онлайн участь у науково-практичних форумах, виставках (I); онлайн засоби передачі розпоряджень вищого керівництва, відомчих організацій і онлайн спілкування з колегами (III); онлайн публікування у медичних виданнях (статті, монографії, інше) - IV; засоби масової інформації (V); соціальні мережі (VI). Перелік можливо продовжити. Розвиток цієї мережі, майже, не має меж. Безмежні можливості за умови наявності технологій живлення онлайн простору енергією.

Навчання у 2013 р. за своєю цінністю для користувача займало III рангове місце. У дослідженнях 2023-2024 рр. спостерігається підвищення ролі навчання у закладах освіти та на робочому місці (I рангове місце) і поширення нових форм навчання, у тому числі дистанційно (цикли, тренінги, вебінари, супервізії, інше).

Публікації у медичних виданнях як основне класичне джерело отримання професійної інформації (за даними опитування) за останнє десятиріччя дещо втратило свій пріоритет за цінністю для користувачів спустившись з I рангового місця (дослідження 2013-2017 рр.) до IV рангового місця (дослідження 2024 р.). Лікарі стали значно менше читати за власною ініціативою, навіть, попри необхідності постійного отримання професійної інформації для підтримання власної компетентності. Можливі чинники: брак часу, звичка до швидкого засобу отримання інформації (Інтернет, науково-практичні заходи, різні форми навчання з можливістю отримати стислий обсяг інформації певної тематики).

Висновки. Розглянуто використання різних інформаційних джерел для професійної діяльності фахівців у галузі охорони здоров'я дітей та підлітків, їхню окрему пріоритетність у сучасний період існування медичної сфери в країні. Окреслено розвиток комунікації з появою нових засобів професійної інформації.

СУЧАСНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ПОТРЕБИ ФАХІВЦІВ З ПИТАНЬ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ І ПІДЛІТКІВ

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

ДУ «ІОЗДП НАМН»

Відділ науково-медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи

Актуальність. На сучасному етапі функціонування галузі охорони здоров'я дітей та підлітків, під впливом соціально-економічних факторів суспільного життя держави, інформаційні потреби фахівців галузі постійно перебувають у динамічному стані. Вони змінюються, доповнюються, окремі теми набувають першочергове значення або, навпаки, відходять на другорядні позиції. В останні роки, країна знаходиться в соціально-гуманітарній кризі (COVID-19, воєнний стан тощо), при цьому внаслідок загальносвітових тенденцій розвитку медицини відбувається реорганізація вітчизняної медичної сфери. За цих обставин зміст інформаційних питань для професійної роботи медичних працівників галузі є особливо актуальним.

Мета: визначити сучасні інформаційні потреби фахівців з питань здоров'я школярів і підлітків. За змістом отримати структуру актуальних тем для спеціалістів галузі охорони здоров'я дітей та підлітків.

Матеріали і методи: за допомогою спеціально розробленої анкети співробітників відділу наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи ДУ «ІОЗДП НАМН» відбулося онлайн опитування фахівців галузі охорони здоров'я дітей та підлітків. Всього опитано 234 респондента.

Результати. У ході опитування за відповідями респондентів було встановлено сучасні інформаційні потреби фахівців і структуровано в залежності від їхньої вагомості: нові медичні технології (з профілактики, діагностики, лікування, реабілітації, ін.) – I рангове місце; нормативно-методичні документи, що регламентують впровадження нових медичних технологій у сучасний період - II рангове місце; питання особливості впливу війни, бойових дій, військового стану і питання організації медичного забезпечення дітей та підлітків за наявних умов - III рангове місце; питання особливостей розвитку дітей та підлітків – IV

рангове місце; питання оцінки стану здоров'я індивідууму / колективу і питання організації диспансерного спостереження дітей та підлітків - V рангове місце; методи лабораторних досліджень і організація лабораторної роботи – VI рангове місце; особливості впливу COVID-19, пандемій, карантину – VII рангове місце; інформація про лікарські засоби, медичні прилади, апарати (рекламна / не рекламна) і впровадження нових фізіотерапевтичних методів лікування – VIII рангове місце; принципи долучення дітей до досліджень без випробування ліків і сучасні / оновлені принципи біоетики - IX рангове місце; інше (біобезпека, епідеміологічні дослідження; клінічна / медична та практична психологія, психологія сім'ї тощо; міжнародні протоколи; питання гігієни; ризикоорієнтовність, система менеджменту в охороні здоров'я; часто хворіючі діти) - X рангове місце.

Висновки. В результаті дослідження отримано структуру актуальних питань для професійної діяльності спеціалістів, визначені та проранжовані за вагомістю інформаційні потреби фахівців галузі охорони здоров'я дітей та підлітків. Інформаційне задоволення окреслених за змістом тем спроможне оптимізувати медичну допомогу підростаючому поколінню.

ГЕНЕТИЧНА СКЛАДОВА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Лазарук В.В.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Актуальність. Найчастіше механізми розвитку колоректального раку асоціюються з молекулярними поломками, що виникають у всьому геномі. Натепер надано всебічну геномну характеристику колоректального раку, який класифікований на три встановлені підтипи: дефіцитний у перевірці ДНК-полімерази ϵ (POL), позитивний на мікросателітну нестабільність (MSI) (дефіцит виправлення помилок) і мікросателітно-стабільний (MSS).

Колоректальний рак проявляється після накопичення генетичних та епігенетичних змін поряд із мікрооточенням пухлини. Морфологічно ж потенційна здатність пухлини трансформувати власне оточення оцінюється двома прямими критеріями (наявністю експресії PD-L1 та ступенем її інфільтрації лімфоцитами та макрофагами) та трьома непрямими критеріями (наявністю підвищеного показника TMB, нестабільним геном, що постійно флюктує, MSI-h і dMMR). Відновлення невідповідності (MMR) / MSI та TMB є «незалежними біомаркерами», які доповнюють один одного для прогнозування ефективності інгібіторів імунних контрольних точок (Immune Checkpoint Inhibitors — ICI). Подальші дослідження необхідні для вивчення функціонального значення нововиявлених мутацій-драйверів і розробки таргетних терапій для різних підгруп колоректального раку. Аналіз даних Центрів з контролю і профілактики захворювань США за 1999-2020 роки показав, що у дітей у віці 10-14 років рак кишківника діагностують ушестеро частіше, ніж ще 20 років тому. А у підлітків віком 15-19 років частота таких діагнозів зросла більш ніж учетверо. Якщо 1999 року такий тип раку діагностували у 0,1 дитини 14 років, то 2020 року частота випадків зросла до 0,6. У підлітків 15-19 років показник зріс із 0,3 до 1,3, а у молодих людей 20-24 років - із 0,7 до 2.

Мета – дослідити частоту колоректального раку в дітей із сімей з позитивним спадковим фактором.

Матеріали та методи. Проаналізовано медичну документацію 120 сімей, у яких реєструвалися випадки колоректального раку. Глибина аналізу становила три покоління.

Результати. Результати проведеного дослідження вказують на зростання частоти колоректального раку в дітей та підлітків, зокрема з сімей із позитивним спадковим анамнезом. Із 120 обстежених сімей колоректальний рак траплявся у першому ступені споріднення у 0,4% випадків, у другому ступені споріднення – у 0,5% випадків та у третьому ступені споріднення – у 0,7% випадків. Аналіз захворюваності серед родичів пробандів залежно від статі показав переважання удвічі серед родичів хворих жіночої статі у пробандів – дівчат (30,7%), і навпаки – чоловічої статі (в півтора рази) у пробандів – хлопчиків (26,9%). Окрім того, у частини дітей (9,62%) захворюваність відмічалась як по батьківській лінії так і по материнській.

Висновок. Генетична складова займає чільне місце в етіопатогенезі колоректального раку, що необхідно враховувати при прогнозуванні його розвитку та профілактиці.

МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ОНКОСКРИНІНГ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК

Лазарук В.В., Філін І.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Актуальність. Колоректальний рак займає трійку найпоширеніших онкозахворювань у дорослих осіб. У дітей та підлітків дана патологія виникає значно рідше, однак за результатами останніх даних літератури, кількість випадків раку кишківника серед дітей віком 10-14 років за останні 10 років збільшилася в шість разів. Водночас частота таких діагнозів серед підлітків віком 15-19 років зросла більше ніж у чотири рази.

Встановлено, що хронічні запальні процеси та генетична схильність є одними із основних факторів ризику виникнення раку кишківника. Провокуючими факторами є нестача клітковини у раціоні, високе споживання переробленого м'яса, вживання солодких напоїв, споживання великої кількості жирів, малорухливий спосіб життя, прийом антибіотиків та харчових добавок тощо. Профілактика пухлин дитячого віку ґрунтується на трьох засадах: 1) виявлення сімейної схильності до деяких форм пухлин (поліпоз кишечника); 2) усунення всіляких шкідливих впливів (хімічних, радіаційних) на організм вагітної жінки й плоду в період його внутрішньоутробного розвитку; 3) видалення доброякісних пухлин, що є фоном для можливого виникнення злоякісного новоутворення.

Мета: проаналізувати фактори ризику розвитку в дітей колоректального раку для раннього формування групи ризику.

Матеріали та методи. За допомогою спеціальної анкети медичної сестрою проведено опитування 112 дітей та підлітків під час профілактичних оглядів.

Результати. Із 122 проанкетованих дітей дівчаток було 43,2%, хлопчиків 56,8%. За віком діти розподілилися наступним чином: 10-14 років – 36,8%, 15-18 років – 63,2%. Третина дітей проживала в сільській місцевості. Спадкова схильність у родині щодо колоректального раку встановлена у 18,9% дітей (9 випадків хворих на колоректальний рак дідусів, 4 випадки хворих бабусь, 9 випадків хворих батьків та 1 випадок хворої матері). Наявність шкідливих факторів на виробництві у батьків встановлено у 13,9% випадків, проживання у загазованих районах у 30,8%, неправильне харчування (фастфуд, консервовані та ароматизовані продукти, трансжири та інші шкідливі компоненти у раціоні) у 56,8%, нестача клітковини у раціоні у 67,8%, високе споживання переробленого м'яса у 81,8%,

вживання солодких напоїв у 58,7%, харчові добавки у 46,9%, малорухливий спосіб життя у 94,2%, прийом антибіотиків у 25,8%, куріння у 5,6%, вживання алкоголю у 2,8%. У 8,9% анкетованих в анамнезі виявлені поліпи товстого кишечника (частіше у хлопчиків), у 10,7% - доліхосигма, у 3,3% - дивертикульоз товстого кишечника, у 2,4% - хронічний коліт, у 1,6% - неспецифічний виразковий коліт, у 0,8% - хвороба Крона.

Висновок. Залучення в процес медичної сестри-бакалавра для раннього виявлення ймовірних факторів розвитку передпухлинних або пухлинних захворювань необхідно для формування груп ризику, а при неясній симптоматиці – для скерування дитини на додаткове обстеження до фахівців - дитячих онкологів.

ДІАГНОСТИЧНЕ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СПИРОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ

Макєєва Н.І., Коваль В.А., Цимбал В.М.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №2

Актуальність. Незважаючи на те, що у лікуванні гострої лейкемії (ГЛ) у дітей досягнуто значних успіхів завдяки вдосконаленню сучасних протоколів лікування, розвиток ускладнень, в тому числі з боку дихальної системи, суттєво впливає на прогноз і подальшу якість життя пацієнтів. Оцінка функції легень та належне ведення респіраторних ускладнень у дітей із ГЛ є критично важливими для покращення результатів лікування, тривалості життя та зниження ризиків розвитку хронічних захворювань органів дихання.

Мета – вивчення функції зовнішнього дихання за допомогою спірографії у дітей із ГЛ на етапі хіміотерапії та після її завершення, а також визначення рівня толерантності до фізичних навантажень серед дітей у тривалій ремісії.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі гематологічного відділення КНП «Клінічна дитяча лікарня № 16» Харківської міської ради. Оцінку функції легень методом спірометрії проведено у 46 дітей віком від 6 до 17 років із ГЛ (40 дітей з гострою лімфобластною лейкемією та 6 дітей з гострою мієлоїдною лейкемією) на початку протоколів хіміотерапії (група 1), а також у дітей, які завершили хіміотерапію та перебували в ремісії щонайменше 2 роки (група 2). У групі дітей в тривалій ремісії ГЛ, які не мали респіраторних скарг додатково проведено тест із фізичним навантаженням (група 2А). Спірометрію виконували за допомогою спірографічного комплексу «СпироКом АИНЦ.941311.005И», «ХАІ-Медика», м. Харків, Україна. Статистичну обробку даних проводили за допомогою програм STATISTICA 8 та MedCalc 17.2.

Результати. Медіани всіх спірографічних показників відповідали нормативним значенням. У дітей групи 1 обструктивні порушення виявлено у 6/21 дитини (28,6%), а рестриктивні – у 2/21 дитини (9,5%). У дітей групи 2 обструктивні порушення зафіксовано у 3/25 (12,0%), а рестриктивні – у 3/25 (12,0%). Серед дітей групи 1, у яких виявлено обструктивні зміни, клінічні прояви були у 4/6 дітей (66,7%) під час проведення лікувальних протоколів. У жодної дитини групи 1 із рестриктивними порушеннями клінічних симптомів або змін на рентгенограмі/ КТ не зафіксовано. Ймовірно, ці рестриктивні зміни мають транзиторний характер і потребують подальшого детального вивчення. Дослідження виявило, що зниження показника МОШ75 нижче 76,4% у дітей групи 1 суттєво підвищує ризик розвитку свистячого дихання у 12,5 рази (RR 12,5 (95СІ% 1,8-85,9)). Усі пацієнти групи 2 з обструктивними змінами мали в анамнезі епізоди свистячого дихання або діагностовану бронхіальну астму. Усі діти групи 2 з рестриктивними змінами за даними спірометрії мали легеневий фіброз, підтверджений КТ-дослідженням. У дітей 2А групи після

тесту з фізичним навантаженням відзначено статистично значуще зниження таких спірографічних показників: ФЖЄЛ $p2-2A < 0,001$; ПОШ $p2-2A < 0,001$; МОШ25 $p2-2A < 0,001$; МОШ50 $p2-2A < 0,001$; МОШ75 $p2-2A = 0,036258$. Це свідчить про знижену толерантність до фізичного навантаження у дітей в ремісії ГЛ.

Висновки. Незважаючи на нормальні медіани спірографічних показників у дітей на початку лікування ГЛ, обструктивні порушення були виявлені у 28,6% дітей, а рестриктивні – у 9,5%. Серед дітей в ремісії ГЛ, обструктивні порушення зафіксовано у 12,0%, а рестриктивні – також у 12,0%. Підтверджено зниження толерантності до фізичних навантажень у дітей в ремісії ГЛ. Зниження МОШ75 $< 76,4\%$ на початку хіміотерапії підвищує ризик розвитку бронхообструкції у 12,5 рази під час лікування ГЛ (RR 12,5 (95CI% 1,8–85,9)). Дослідження підтвердило діагностичну та прогностичну цінність спірометрії у дітей із ГЛ.

МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТОК У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Мишина Н.В., Попова Д.Д.

Дніпровський державний медичний університет
Кафедра пропедевтики дитячих хвороб та педіатрії 2

Актуальність. Проблема діагностики мінеральної щільності кісток і гіповітамінозу вітаміну D є актуальною у дітей з патологією нервової системи (О. С. Коренюк, 2023; Ara Ko, et al., 2020; Daniel W. Griep, et al., 2021). Чисельними дослідженнями встановлено, що у дітей з хронічною неврологічною патологією спостерігається значна поширеність остеопеній і остеопорозу. Основною причиною цих станів є не стільки пряма втрата мінералів у кістковій тканині, скільки порушене засвоєння вітаміну D, який приймає участь у засвоєнні кальцію. При дослідженні причин недостатнього надходження вітаміну D в організм дитини було виявлено, що частими причинами є: обмежена рухомість, обмежене перебування на сонці, зондове харчування, дотримання дієт, таких як кето-дієта, яка хоч і сприяє полегшенню неврологічного стану дитини, але водночас негативно впливає на метаболізм вітаміну D та підвищує резорбцію кісткової тканини. Також вагомий вплив має тривала протисудомна терапія, що викликає зміни в метаболізмі кальцію та вітаміну D і знижує проліферацію кісткових клітин. Так як індукція печінкового ферменту цитохрому P450 протисудомними препаратами сприяє посиленню метаболізму 25-гідроксивітаміну D до неактивних метаболітів, це призводить до прискореної резорбції кісток. Водночас деякі дослідження вказують на зворотний зв'язок: дефіцит вітаміну D може підвищувати частоту та вираженість судомних нападів. Таким чином, нестача цього вітаміну є частим явищем серед пацієнтів, які отримують протисудомну терапію, що не лише збільшує ризик судом, а і може призводити до необґрунтованого підвищення дозування препаратів за відсутності належного моніторингу.

Мета. Виявити стан забезпеченості дітей вітаміном D з метою корекції доз вітаміну D на фоні прийому протисудомних препаратів. Для досягнення мети були встановлені задачі: визначити рівень вітаміну D, кальцію, іонізованого кальцію, провести денситометричне дослідження та встановити співвідношення між кількістю препаратів та результатами аналізів.

Матеріали і методи. Дослідження було ретроспективне, відкрите, когортне зі стратифікацією за прийомом протисудомних препаратів і їх кількості.

Для досягнення мети були використані наступні методи: Анамнестичні (аналіз історії хвороб); Лабораторні (визначення рівня вітаміну D, кальцію, кальцію іонізованого); Інструментальні: визначення щільності кісткової тканини; Статистичні (непараметричні методи дослідження). Для проведення досліджень ми використовували денситометр «SONOST-2000» (Південна Корея). Це безін'єкційний компактний апарат для визначення щільності кісток.

Було проведено дослідження результатів денситометрії та результатів аналізів щодо рівнів вітаміну D, кальцію та кальцію іонізованого. До дослідження було включено 21 дитина, що приймали протисудомні препарати.

Результати: із загального числа дітей жіночої статі було 15 (71.4%), дітей чоловічої статі було 6 (28.6%). Вік складав в середньому 10 ± 4.1 років. В групу дітей з протисудомною монотерапією увійшло 3 дітей, в групу з комбінованою (2, 3 препарати) - 18. В дитячому віці не було гендерної залежності за рівнями вітаміну D, кальцію та кальцію іонізованого. Всі діти отримували профілактичні дози вітаміну D в анамнезі у дозах 400-1000 МО.

Спостерігалася значна різниця між пацієнтами на моно- та комбінованій протисудомній терапії.

Середні значення рівню вітаміну D у дітей, які приймали 1 протисудомний препарат становили: $15,78 \pm 4,6$ нг/мл, рівень кальцію $2,52 \pm 0,05$ ммоль/л, рівень кальцію іонізованого $1,23 \pm 0,05$ мкмоль/л, рівень Z-показника (мінеральної щільності кісток) $-0,58 \pm 1,3$. Середні значення у дітей, які приймали 2-3 препарати становили: вітамін D $22,46 \pm 7,2$ нг/мл, рівень кальцію $2,28 \pm 0,1$ ммоль/л, рівень кальцію іонізованого $1,17 \pm 0,1$ нг/мл, рівень Z-показника $-1,01 \pm 1$. При статистичному аналізі виявили, що середні рівні вітаміну D у 1 групі були нижче за 2 групу ($15,78$ проти $22,46$) ($p < 0,05$). Але, як в групі 1, так і в групі 2 показники вітаміну D знаходилися нижче за норму. Рівні Z-показника мали тенденцію до зменшення. Рівні кальцію та кальцію іонізованого були в нормі і не відрізнялися у групах. Отже не потрібно додаткове вживання кальцію у вигляді біологічно активних добавок, достатнім є корегування дієти дитини.

При дослідженні рівнів вітаміну D у дітей ми орієнтувалися на 3 загальноприйнятих критерії. Нормальний рівень вітаміну D (30-100 нг/мл) мали 3 дитини. Недостатність рівню вітаміну D (20-30 нг/мл) був у 8 дітей. Дефіцит вітаміну D (нижче 20 нг/мл) спостерігався у 10 дітей. Отже, у більшості обстежених дітей (18) рівень вітаміну D був нижче за норму, що потребувало корегування терапії та призначення вітаміну D у додатковій дозі. Дослідження триває.

Висновки:

1. Враховуючи отримані дані, що рівень вітаміну D у дітей, які приймають протисудомну терапію є недостатнім і потребує корегування дози в сторону її збільшення.
2. Рівні кальцію та кальцію іонізованого не залежать від кількості протисудомних препаратів і діти не потребують додаткового корегування дози кальцію.
3. Щільність кісткової тканини у дітей на фоні прийому протисудомних препаратів має тенденцію до зниження, незалежно від кількості препаратів.
4. Моніторинг вітаміну D слід розглядати як частину рутинного лікування пацієнтів з хронічними захворюваннями центральної нервової системи.

ДОСВІД ВЕДЕННЯ КАШЛЮКА У НЕОНАТАЛЬНОМУ ВІЦІ

Мойсей Л.В., Горбатюк І.Б.

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

Актуальність. Кашлюк - є висококонтагіозним респіраторним захворюванням, яке належить до найбільш поширених і небезпечних інфекційних хвороб, що вражають дітей, і становить значну загрозу для громадського здоров'я. Незважаючи на широкі дослідження, значний прогрес у впровадженні вакцинації та появу передових методів діагностики, хвороба продовжує становити значну загрозу як в розвинених країнах, так і в регіонах, що характеризуються недостатнім доступом до медичної допомоги. Основним збудником кашлюку є бактерія *Bordetella pertussis*, яка вражає верхні дихальні шляхи і викликає гостру інфекцію з тривалим кашлем, що може призвести до тяжких ускладнень, особливо у маленьких дітей.

В останні роки навіть у країнах з високим рівнем імунізації дітей раннього віку спостерігається зростання захворюваності на кашлюк, що спонукає до вивчення причин цього явища. Особливості клінічного перебігу кашлюку значно варіюються залежно від віку пацієнта, імунного статусу, а також наявності супутніх захворювань. У новонароджених і немовлят кашлюк часто перебігає в тяжкій формі і може призводити до серйозних ускладнень, таких як апное, пневмонія, судоми та енцефалопатія. У цій групі населення спостерігається найбільша летальність, що підкреслює важливість ранньої діагностики та профілактики. Відповідно, дослідження та заходи у сфері громадського здоров'я були спрямовані на покращення розуміння та зменшення розповсюдження кашлюку.

Метою роботи було проаналізувати клінічні особливості перебігу кашлюкової інфекції у новонародженої дитини на основі клінічного випадку.

Матеріали та методи. Для досягнення мети було проведено аналіз карти хворої на кашлюк новонародженої дитини, яка знаходилася на стаціонарному лікуванні в Чернівецькій обласній дитячій клінічній лікарні у 2024 році. Етіологічна верифікація захворювання здійснювалась методом ПЛР назофарингеального мазку.

Результати. Під нашим спостереженням знаходився новонароджений, який госпіталізований у віці 24 діб, який хворів упродовж останнього тижня. Захворювання почалось з покашлювання, яке наростало та набуло нападopodobного характеру, розвинулася вялість. Дитина народилася від 3 пологів шляхом кесарського розтину на 38 тижні з масою тіла 2800 г, довжиною 50 см, на грудному вигодовуванні.

Після виписки з пологового будинку дитина контактувала із старшими дітьми, які мали респіраторні прояви.

При надходженні стан середньої тяжкості за рахунок дихальної недостатності, бронхообструктивного синдрому на тлі субфебрилітету та вродженої білково-енергетичної недостатності. Температура тіла аксилярна 37,1С, ЧСС 148/хв, ЧД 46/хв, сатурація 95%. Груди смокче активно. Дитина дещо в'яла, періодично неспокійна. Кашель частий, малопродуктивний, надсадний, периоральний ціаноз. Шкірні покриви бліді, слизові оболонки гідратовані. Носове дихання утруднене, серозна ринорея. Структури зіву незначно гіперемійовані. Над легеньми перкуторно – без асиметрії, дихання везикулобронхіальне, проводиться симетрично, в помірній кількості дрібноміхурцеві хрипи обабіч. Тони серця ритмічні, гучні. Живіт м'який неболючий, доступний пальпації. Фізіологічні відправлення відповідають віку.

Попередній діагноз: Бронхіоліт. Кашлюк, підозрілий випадок. ДН. Дегідратація.

В гемограмі спостерігалися ознаки абсолютного лімфоцитозу. В біохімічному аналізі крові – ознаки гіпопротеїнемії. У зв'язку із негативною динамікою на 4-у добу призначено респіраторну протекцію шляхом оксигенотерапії, гемодинамічну протекцію інфузійними глюкозо-сольовими розчинами, ескалаційну антибіотикотерапію цефалоспорином.

Визначення антигенів *Bordetella pertussis* в назо/орофарингеальному мазку (ПЛР) на 6 добу стацлікування – результат позитивний.

На тлі проведеної агресивної терапії із протекцією життєвоважливих функцій організму на 16-17-у добу ушпиталення стан дитини з позитивною динамікою, на 20-у добу виписаний із стаціонару.

Висновки. Даний випадок демонструє тяжкий типовий перебіг кашлюку у невакцинованого новонародженого з бронхіолітом та ексикозом змішаного генезу на тлі несприятливого преморбідного фону у вигляді білково-енергетичного дефіциту та гіпопротеїнемії.

ПРІОРИТЕТНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Москалюк Г.А., Беженар Р.В.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Актуальність. Студенти-медики - це основний кадровий резерв охорони здоров'я, тому основним завданням медичних освітніх закладів є підготовка фізично здорових спеціалістів, здатних тривалий час зберігати працездатність і свою життєву позицію. Засвоєння комплексу медичних знань вимагає від студентів великих розумових, фізичних і психоемоційних витрат, тому високий рівень здоров'я є необхідною умовою отримання професійної освіти. Проблема полягає в тому, що системі вищої медичної освіти дуже важко балансувати між необхідністю оптимізації діяльності з метою збереження здоров'я студентів-медиків, з одного боку, та нарощуванням інтенсифікації навчального процесу для покращення якості та підвищення рівня сформованості необхідних компетенцій – із другого. Виходячи з цього, представляється необхідним комплексне вивчення чинників, що впливають на стан здоров'я студентів-медиків.

Мета – дослідити пріоритетні чинники формування здорового способу життя студентів-медиків.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі Буковинського державного медичного університету впродовж 2024 року. Проанкетовано 117 студентів різних курсів та спеціальностей. В анкеті використовувалися тільки питання закритого типу, які вимагають певних відповідей або вибору з короткого переліку можливих відповідей. У дослідженні були використані такі методи: генералізація матеріалів статистичних джерел, наукової, публіцистичної літератури з питань, поставлених у дослідженні; метод анкетного опитування; комп'ютерна обробка інформації за допомогою пакету програм статистики SPSS.

Результати. У дослідженні взяли участь 15 студентів спеціальності «Медсестринство», 40 студентів спеціальності «Медична психологія», 50 студентів спеціальності «Медицина», 12 студентів спеціальності «Стоматологія» (ОР-магістр). Результати опитування показали, що 87,9% респондентів вважають проблему збереження здоров'я актуальною та такою, яка потребує негайного вирішення, а невелика частина опитаних (12,1%) впевнена, що нічого не

потрібно робити. На думку опитаних студентів-медиків, позитивно вплинути на здоров'я можуть наступні заходи: створення доступної інфраструктури для ведення здорового способу життя (67,7%), створення студентських організацій, які будуть займатися пропагандою здорового способу життя (45,8%), запровадження пілг на користування спортивними закладами (клубами) для студентів (86,8%), зміна державної політики щодо здоров'язбережувальної концепції (34,9%), обов'язкове викладання дисциплін, які би давали більше знань про формування здорового способу життя та чинники, які можуть впливати на збереження здоров'я (67,1%).

Висновок. Отримані результати проведеного дослідження вказують на те, що тільки систематичні та достовірні знання підштовхують особистість замислитися над важливістю даної проблеми і переглянути свій спосіб життя. Це дасть можливість укріпити й удосконалити резервні можливості організму, чим забезпечить успішне виконання соціальних і професійних функцій у майбутньому.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МАРКЕРІВ МЕТАБОЛІЗМУ З ПОКАЗНИКАМИ ГЕМОДИНАМІКИ У ФІЗИЧНО АКТИВНИХ ХЛОПЦІВ-ПІДЛІТКІВ

Мужановський В.Ю.

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

Актуальність. Фізична активність сьогодні у всьому світі вважається одним з основних факторів збереження здоров'я та профілактики цілої низки хронічних захворювань. Діти та підлітки мають мати регулярні фізичні тренування задля гармонійного розвитку, розвитку спритності, витривалості та певної стійкості до стресів. Відомо, що організм спортсмена характеризується великою витривалістю, економічністю серцево-судинної діяльності та високим рівнем обмінних і енергетичних процесів у клітинах і тканинах.

Разом із тим відсутні чіткі референтні значення маркерів метаболізму для різних категорій спортсменів: початківців, професіоналів, олімпійців, спортсменів-аматорів та ін. Це пов'язано зі значним підвищенням рівнів креатиніну й креатин-фосфокінази (КФК), лактату й лактатдегідрогенази (ЛДГ) та інших маркерів на тлі високорейтингових змагань, і це підвищення може зберігатися навіть декілька днів опісля. Вважається некоректним порівнювати рівні цих показників у звичайних людей і професійних спортсменів. Невизначеними залишаються особливості обмінно-енергетичних процесів у дітей і підлітків, які мають регулярні тренування в спортивних секціях і періодичні змагання. Цю категорію фізично активних осіб можна назвати спортсменами-аматорами.

Мета: оцінити показники обмінно-енергетичних процесів в спортивно-активних і неактивних хлопців-підлітків, встановити взаємозв'язок між маркерами метаболізму й показниками гемодинаміки в них.

Матеріали та методи. До дослідження залучено 58 хлопців-підлітків від 11 до 18 років, яких оглянуто педіатром, оцінено фізичний розвиток і стан здоров'я. Середній вік їх становив $14,67 \pm 0,23$ років. Фізично активні хлопці (24) склали 1 групу обстежених. Вони мали регулярні тренування щонайменше тричі на тиждень у спортивних секціях: високодинамічними видами (футбол, хокей, бокс, плавання) займалися 17 (70,8%) хлопців, середньо-динамічним (волейбол) – 2 (8,3 %), високо-статичними (боротьба, карате, тренажерний зал) – 5 (20,8 %) хлопців. Тривалість занять спортом у середньому була $6,1 \pm$

0,25 років. Фізично неактивні їхні однолітки (34 особи - 2 група) мали мінімальну рухову активність, яка не досягала 60 хвилин щоденної активності. Усі обстежені не мали гострих і важких хронічних захворювань. Проведено УЗД серця за стандартною методикою, вимірювалися морфометричні параметри лівого (ЛШ) й правого шлуночків (ПШ) серця. Оцінювалися показники гемодинаміки в стані спокою та на тлі фізичного навантаження при проведенні велоергометрії: частота серцевих скорочень (ЧСС), систолічний (САТ) та діастолічний артеріальний тиск (ДАТ), ударний (УО) і хвилинний об'єми (ХО), оцінювалися PWC_{170} , PWC/m та максимальне споживання кисню (МПК). Розраховувалися маса міокарда ЛШ приведена до площі поверхні тіла (ІММЛШ) та відносна товщина стінки ЛШ (ВТЛШ). Маркери метаболізму визначалися натще в сироватці крові на другий день після останнього тренування: рівні сечовини, креатиніну, лактату, ЛДГ, КФК, аланінамінотрансферази (АЛТ) й аспартатамінотрансферази (АСТ), а також рівні фосфору (P) й кальцію (Ca). Усі підлітки та їхні батьки підписали інформовану згоду на участь у дослідженні. Отримані дані піддані математичному аналізу за допомогою програми SPSS-17, оцінка достовірності розбіжностей проведена за критеріями Фішера, Манна-Уїтні, проведено кореляційний аналіз.

Результати. Маса тіла підлітків 1 групи у середньому була меншою, ніж у їх неактивних однолітків ($57,12 \pm 9,97$ кг проти $60,18 \pm 16,25$ кг; $F = 0,376$, $p=0,0034$), проте зріст і індекс маси тіла не відрізнялися. Показники фізичного розвитку не корелювали з маркерами метаболізму, що вивчалися. У спортивно активних підлітків показники САТ, ДАТ, УО та ХО в стані спокою достовірно не відрізнялися від показників неактивних однолітків, а ЧСС була нижчою ($65,3 \pm 2,04$ проти $74,9 \pm 3,20$ уд/хв; $p=0,014$). Рівні сечовини, креатиніну, активність КФК та АЛТ істотно не відрізнялися в хлопців обох груп. Показники лактату крові були вищими у підлітків 2 групи ($6,17 \pm 2,90$ ммоль/л проти $4,23 \pm 2,23$ ммоль/л, відповідно; $p=0,04$). Разом із тим ЛДГ хлопців 1 групи перевищувала показники хлопців 2 групи ($5,14 \pm 1,75$ Од/л проти $4,78 \pm 0,35$ Од/л; $p < 0,01$). Активність АСТ ($25,89 \pm 1,46$ мкмоль/год·мл) і рівень Ca сироватки ($2,65 \pm 0,41$ ммоль/л) у спортивних хлопців у середньому перевищували показники 2 групи ($17,55 \pm 0,95$ мкмоль/год·мл та $2,12 \pm 0,36$ ммоль/л відповідно; $p=0,012$). Встановлено, що у неактивних хлопців УО, ХО, ІММЛШ та ВТЛШ мали прямий кореляційний зв'язок з рівнем сечовини сироватки крові ($r=0,83$; $0,49$; $0,76$; $0,78$; відповідно, $p < 0,05$), ХО та ІММЛШ – з рівнем креатиніну ($r=0,78$; $0,79$; відповідно, $p < 0,04$). Більше кореляційних взаємозв'язків між показниками гемодинаміки та метаболізму спостерігалось в 1 групі. У спортивних підлітків рівень креатиніну корелював з показником МСК ($r=0,83$; $p < 0,01$) та PWC ($r=0,77$; $p=0,014$), діаметром і УО правого шлуночка серця ($r=0,76$; $r=0,77$ відповідно, $p < 0,05$) і мав зворотній зв'язок з ЧСС ($r= -0,68$; $p=0,03$). Рівень сечовини корелював з САТ ($r=0,76$; $p < 0,02$). Рівень лактату крові мав зворотній взаємозв'язок з ІММЛШ ($r= -0,34$; $p < 0,05$) та прямий з ЧСС ($r=0,66$; $p=0,038$). КФК корелювала з ІММЛШ ($r=0,64$; $p < 0,05$) та ВТЛШ ($r=0,33$; $p < 0,05$) і мала зворотній зв'язок з ЧСС ($r= -0,68$; $p=0,03$). АСТ та ЛДГ корелювали з PWC/m ($r=0,63$ та $r=0,65$ відповідно, $p < 0,05$).

Висновки. Зміни креатиніну, АСТ та ЛДГ пов'язані переважно з фізичною роботою м'язів, про що свідчать кореляційні зв'язки з функціональними показниками відповіді на фізичне навантаження. Рівні лактату крові та КФК більшою мірою залежать від показників геометрії серця. Регулярні спортивні тренування активують метаболічні процеси у хлопців, що займаються аматорським спортом, у яких чітко прослідковуються взаємозв'язки між маркерами білкового та енергетичного обміну й морфофункціональними характеристиками серця.

ОПИТУВАЛЬНИК SIBDQ У ДІАГНОСТИЦІ ГЕРХ У ШКОЛЯРІВ
Музика О.О., Слободянюк О.Л., Волошин К.В., Шлєсєнкова Г.О., Цюра О.М.
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна
Кафедра педіатрії

Актуальність. Питання пошуку неінвазивних методів діагностики в педіатричній практиці є актуальним. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) у багатьох випадках потребує проведення ендоскопічного дослідження для верифікації діагнозу. Але проблема первинної, скринінгової діагностики ГЕРХ у дітей вимагає використання неінвазивних, дешевих методів, доступних на усіх рівнях медичної допомоги. Одним з таких методів може бути анкетування пацієнта за допомогою спеціалізованого опитувальника GERDQ.

Мета. Оцінити ефективність використання спеціалізованого опитувальника GERDQ в якості метода первинного скринінгу пацієнтів з метою визначення провідних клінічних симптомів ГЕРХ у дітей шкільного віку.

Матеріали та методи. Обстежено 65 дітей в стаціонарі КНП «МДКЛ №19» ХМР м. Харків у 2023-2024р. Вік хворих склав від 12 років до 17 років. Діагноз ГЕРХ встановлювався на підставі поглибленого клініко-анамнестичного та інструментального обстеження. При госпіталізації діти з симптомами, що характерні ГЕРХ, пройшли анкетування за допомогою опитувальника GERDQ. Всім пацієнтам було проведено відеоендоскопічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ВЕГДС).

Результати. За гендерною ознакою групу склали 24 дівчинки (36,93%) та 41 хлопчик (63,07%). За віком діти були поділені на 2 групи: 1 група віком 12-14 років – 34 пацієнта (52,31%), 2 група – 15-17 років – 31 дитина (47,69%).

За результатами анкетування діти були розподілені на 3 групи: 1 група – діти, що отримали <8 балів – 16 пацієнтів (24%), 2 група – результат 8-15 балів – 42 дитини (65%), 3 група – результат >15 балів 7 дітей (11%).

Отримані результати були співставлені з результатами ВЕГДС. У 1 групі (результат <8 балів) у 12 дітей (75%) виявлено ГЕРХ без езофагіту, у 3 (19%) ГЕРХ з катаральним езофагітом, у 1 (6%) ГЕРХ не було підтверджено. В 2 групі (результат 8-15 балів) 26 (62%) дітей мали ГЕРХ без езофагіту, 11 (26%) – ГЕРХ з катаральним езофагітом, 3 (7%) – ГЕРХ з ерозивним езофагітом, у 2 (5%) дітей ГЕРХ не підтверджено. Третя група (> 15 балів) у 1 (14%) дитини – ГЕРХ без езофагіту, у 3 (43%) ГЕРХ з катаральним езофагітом, ГЕРХ з ерозивним езофагітом також у 3 (43%) дітей.

Висновки:

1. Діагноз ГЕРХ був встановлений у 62 (95%) хворих, більшість з яких за результатом анкетування GERDQ мала суму балів ≥ 8 .

2. Найбільшу групу склали пацієнти з результатом анкетування 8-15 балів – 42 дитини (65%), у 40 з яких (95%) діагностований ГЕРХ різного ступеню важкості.

3. GERDQ опитувальник є достатньо інформативним, доступним та простим, що дозволяє його використання як інструменту скринінгу дітей із симптомами ГЕРХ, а виявлена кореляція між даними ВЕГДС та балом опитувальника може враховуватись при вирішенні питання щодо доцільності ендоскопічного обстеження на етапі первинної діагностики.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ, ГІПОВІТАМІНОЗУ D ТА ПОЛІМОРФІЗМУ VDR-ГЕНА У ДІТЕЙ

Наконецна Х.Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра пропедевтики педіатрії та медичної генетики

Актуальність. Гіповітаміноз D значно поширений у світі та Україні. Також виявлено взаємозв'язок між ним та патологією різних органів та систем. Свій вплив на організм вітамін D здійснює через зв'язок з рецепторами до вітаміну D (VDR). Рецептори вітаміну D належать до сімейства рецепторів стероїдних гормонів, ген яких розташований на хромосомі 12q13.1. У гені VDR ідентифіковано понад 470 одонуклеотидних поліморфізмів, з чим пов'язана його генетична мінливість. Одними з найпоширеніших поліморфізмів у гені VDR є FokI-BsmI-ApaI-TaqI.

Мета роботи. Вивчити зв'язок захворювань гастроудоденальної ділянки з дефіцитом вітаміну D та поліморфізмом гена VDR у дітей.

Матеріали та методи. Обстежено 104 дитини з гастроудоденальною патологією у віці від 6 до 17 років (основна група) та 38 практично здорових пацієнтів без супутніх та хронічних захворювань, які поступали на планове оперативне втручання з приводу пахвинної грижі (контрольна група). Усім хворим у комплексному обстеженні визначали рівень вітаміну D та поліморфізм гена VDR. До поступлення на стаціонарне лікування пацієнти впродовж 6 місяців не приймали препаратів Ca та вітаміну D.

Результати. Після визначення рівня вітаміну D у дітей з гастроудоденальною патологією нормальний його рівень (≥ 30 нг/мл) виявили у 21 (20,2%) пацієнта, а недостатність чи дефіцит – у 83 (79,8%). Тоді порівняли рівні вітаміну D залежно від варіантів генотипів поліморфізмів ApaI та TaqI VDR-гена. У результаті проведеного молекулярно-генетичного аналізу встановлено генотип щодо поліморфного локусу ApaI гена VDR: наявність сайту рестрикції відповідає алелю «a», відсутність – «A». Наявність додаткового сайту рестрикції поліморфного локусу TaqI гена VDR відповідає алелю «t», відсутність – «T». У хворих з нормальним та зниженим рівнями вітаміну D за критерієм χ^2 Пірсона ми не виявили вірогідних відмінностей за жодним з генотипів поліморфізмів ApaI – $\chi^2=0,295$, $p>0,05$ та TaqI – $\chi^2=5,099$, $p>0,05$ VDR-гена. Натомість за критерієм Fisher exact p , two-tailed отримали вірогідні відмінності між підгрупами пацієнтів з різними рівнями вітаміну D при наявності в них генотипу Tt поліморфізму TaqI, $p=0,0465$.

Ми проаналізували розподіл фактичних частот варіантів генотипів ApaI VDR-гена між основною і контрольною групами за критерієм χ^2 Пірсона – $\chi^2=8,317$ при числі ступенів свободи 2, $p=0,016$. Виявили статистично значущі відмінності у розподілі даних генотипів у групах дітей. Апостеріорний тест Z-критерій для порівняння пропорцій з корекцією Бонфероні показав, що ця різниця обумовлена AA та aa генотипами. Відношення шансів для генотипу AA склало 0,465 з межами довірчого інтервалу 0,155-0,938. Між наявністю генотипу AA та ймовірністю виникнення захворювань гастроудоденальної зони існує зворотній зв'язок. Для генотипу Aa відношення шансів становить 0,694, а межі довірчого інтервалу 0,328-1,469. Ці дані не можна вважати достовірними і наявність даного варіанту генотипу не впливає на ризики виникнення захворювання. Відношення шансів за генотипом aa склало 2,984 з межами довірчого інтервалу 1,287-6,918. Між наявністю генотипу aa та ймовірністю виникнення захворювань гастроудоденальної зони встановлено прямий позитивний зв'язок. Для поліморфізму TaqI VDR-гена емпіричне значення критерію χ^2 Пірсона дорівнює 3,931. Число ступенів свободи 2, $p=0,14$. Ми не знайшли статистично

значущої різниці в розподілі поліморфних варіантів генотипів TaqI між групами дослідження і контролю. Відношення шансів для генотипу *TT* має значення 0,472, для генотипу *Tt* – 0,871 і для генотипу *tt* – 1,95. Проте, довірчий інтервал у всіх випадках включає одиницю, що свідчить про невірогідні значення відношення шансів. Отже, статистично значущий зв'язок між генотипами поліморфізму TaqI та ймовірністю виникнення захворювань гастродуоденальної зони не встановлений, хоч і були виявлені суттєві відмінності між розподілом алелів у групах дослідження і контролю.

Висновки. У переважної більшості дітей з гастродуоденальною патологією – 79,8% виявлено знижений рівень вітаміну D, що переконує в необхідності проводити корекцію його рівня. Генотип *Tt* поліморфізму TaqI VDR-гена є імовірним предиктором вітамін D-дефіцитного стану у дітей з гастродуоденальною патологією. У дітей з генотипом *AA* поліморфізму ApaI VDR-гена простежується зворотній зв'язок щодо імовірності виникнення захворювань гастродуоденальної зони, а натомість з генотипом *aa* – навпаки, пряма позитивна асоціація. Дослідження генотипів у дітей з гастродуоденальними захворюваннями дозволить розширити наші відомості щодо можливих ризиків розвитку даної патології.

ЗАСТОСУВАННЯ LMS MOODLE В ОРГАНІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ДО НАПИСАННЯ ТЕСТОВИХ ІСПИТІВ З ПЕДІАТРІЇ

Нікольська О.С., Летьго Г.В., Волошин К.В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Кафедра педіатрії

Мета – оцінити можливості навчальної платформи Moodle в організації проведення тренувань для підготовки здобувачів вищої освіти до складання іспитів за напрямом «Педіатрія». Задачі дослідження: визначити обсяги використання Moodle та виявити позитивні складові й можливі недоліки застосування цієї платформи при підготовці здобувачів вищої медичної освіти до складання іспитів з педіатрії.

Матеріали та методи. Робота виконувалася на кафедрі педіатрії медичного факультету, яка використовує у навчальному процесі LMS Moodle – навчальну платформу центру електронного навчання Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Для організації тренувань було створено окремий дистанційний курс. Проводили оцінку підготовки 69 здобувачів вищої медичної освіти 6 курсу до іспиту Крок-2. В загальну програму тренування входили тестові завдання з терапевтичного, хірургічного, педіатричного профілів, з акушерства і гінекології, гігієни і організації охорони здоров'я. В структурі дистанційного курсу передбачалося виділення дати та профілю тренування. В програму тренування з педіатричного профілю 360 тестових завдань за різними напрямками. Студенти проходили тестування за різними профілями 1 раз на тиждень протягом 60 хвилин. На виконання 1 завдання відводилася 1 хвилина, після чого тест автоматично закривався. Протягом досліджуваного періоду (листопад та грудень 2024, лютий 2025) студенти пройшли по 6 тренувань за кожним напрямом.

Результати дослідження. В ході аналізу проведеної роботи визначено, що здобувачам вищої медичної освіти в цілому підходив запропонований графік тренувань. Тільки 7% студентів не змогли надати відповіді в повному обсязі. Перші тренування показали, що в середньому студенти витрачали на 60 тестових запитань з педіатрії 48 хвилин. Тобто у значної більшості здобувачів залишалися декілька хвилин для перевірки

свої роботи. Тільки 17% здобувачів завершували тренування менше ніж за 5 хвилин до закриття тесту. Через місяць нами відмічено, що час тренувань скоротився в середньому на 12,5%, що вказувало на адаптацію здобувачів до графіку тестового контролю та його часового обмеження. Для покращення аналізу тестових завдань студенти мали можливість переглядати правильність своєї відповіді після завершення тесту завдяки відповідній опції. Нами показано, що протягом трьох місяців підготовки здобувачів вищої медичної освіти за педіатричним профілем в середньому відсоток правильних відповідей під час тренувань на LMS Moodle становив: максимальну кількість балів мали 5,36% студентів, на рівні 90-99 % правильних відповідей - 48,21% студентів, на рівні 80-89% правильних відповідей – 26,79% студентів, 79% та менше – 19,64 % студентів. Позитивний аспект використання Moodle відмітили й викладачі, які організовували тренування, як під час самого тесту, так і після його завершення. Під час виконання роботи студентом, викладач мав можливість у разі необхідності зайти на роботу студента і попередньо зробити оцінку його рівня підготовленості за окремими питаннями. Після завершення тесту викладач отримував ретельний звіт, який містив електронну пошту кожного здобувача, дату та час початку й завершення тесту, витрачений час, кількість правильних відповідей.

Висновки. Проведене дослідження показало, що організація підготовки здобувачів вищої медичної освіти до іспитів в Moodle мала певні позитивні риси. Студенти відмітили, що підготовка тренувань наближала їх до режиму реального іспиту завдяки встановленому регламенту проведення, який залежав виключно від певних параметрів організації тесту, а також надавала можливість концентруватися на сумнівних питаннях із подальшим їх аналізом. Завдяки опціям Moodle студенти мали можливість ознайомитися із правильними відповідями після завершення тесту, визначити кількість витраченого часу, оцінити ступінь готовності до іспиту завдяки аналізу кількості правильних та неправильних відповідей в абсолютному та відсотковому форматі. Концентрація уваги здобувачів на неправильних відповідях сприяла їх зацікавленості у знаходженні коректного варіанту при наступних тренуваннях шляхом або самостійної роботи, або обговорення із викладачами.

АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕ- ТА ПРОБІОТИКІВ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ

Поливкан М.І.

**Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедри гістології, цитології та ембріології**

Актуальність. Оцінка стану післяопераційного періоду проводилася на основі аналізу історій хвороб дітей після проведених апендектомій, які перебували на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні Комунального некомерційного підприємства «Обласної дитячої клінічної лікарні» Івано-Франківської обласної ради (КНП ОДКЛ ІФ ОР) з приводу гострого апендициту. При цьому дітям призначалися мікробні лікарські засоби (ЛЗ) впродовж 7-10 днів після операції для нормалізації мікрофлори кишечника (про- та пребіотики) на фоні та після проведеної антибіотикотерапії. Найбільш широко на сьогодні застосовують лакто- та біфідобактерії.

Мета роботи: провести аналіз використання пре- та пробіотиків після проведених апендектомій з приводу гострого апендициту у пацієнтів педіатричного профілю КНП ОДКЛ ІФ ОР, науково обґрунтувати їхню клініко-економічну ефективність.

Матеріали та методи: ретроспективний, маркетинговий аналізи, ABC та VEN аналізи. При цьому група А – максимально витратні препарати (близько 80% від загального обсягу коштів, затрачених на фармакотерапію); група В – середньо витратні (15-20% бюджету фармакотерапії); група С – мінімально витратні (до 5% загального бюджету фармакотерапії). Наступним етапом було проведення VEN-аналізу, що дає змогу диференціювати засоби фармакотерапії за рівнем їхньої важливості для результативності лікування, такі, як «V» – життєво необхідні; «E» – ЛЗ, що чинять вагомий вплив на результати лікування; «N» – другорядні ЛЗ. Нами проведена оцінка 56 медичних карт стаціонарних хворих упродовж 2020 – 2024 років. Більшість дітей були госпіталізовані ургентно із діагнозами К35-37, а після проведення апендектомії проходили стаціонарне лікування у хірургічному відділенні ОДКЛ.

Результати. Апендицит – запальний процес червоподібного відростка. У випадку гострого апендициту найоптимальнішим методом лікування є відкрита чи лапароскопічна апендектомія. Післяопераційний реабілітаційний період, зазвичай, розпочинається на наступну добу від здійснення хірургічного втручання: відновлення, реабілітація, регенерація тканин, формування післяопераційного рубця та загоєння рани первинним натягом проходять дуже швидко завдяки стерильності усіх хірургічних інструментів, їх автоклавуванню, дотриманні принципів асептики хірургічною бригадою, у випадку необхідності – антисептики.

Основними методами лікування дітей з даною патологією варто відзначити наступні: хірургічний метод – видалення червоподібного відростка, медикаментозний – передбачає активну різносторонню фармакологічну та медичну підтримку в період післяопераційного відновлення (знеболювальні препарати, антибіотики, пробіотики, вітаміни); дієтотерапія (одночасно з антидіарейними мікробними препаратами); фізіотерапія, рефлексотерапія, комунікація, фізична реабілітація та ерготерапія, психологічна реабілітація.

Необхідно зауважити, що найважливішою ознакою є динаміка поведінкового реагування дитини (капризність, неспокійність, порушення сну, відмова від їжі). Водночас, як правило, у дитини підвищуються показники температури тіла до гектичних значень. Доволі частим симптомом є блювання, у дітей раннього віку блювання може мати багаторазовий характер. У пізніший період блювання спричинене інтоксикацією. Наявні позитивні симптоми подразнення очеревини, зсув лейкоцитарної формули вліво, характерні УЗД, Rtg чи КТ ознаки гострого апендициту. У процесі об'єктивного огляду дитини ідентифікується сухість губ і язика, тахікардія та інші симптоми.

Висновки.

1. За результатами ретроспективного аналізу, основну частку серед усіх госпіталізованих дітей становили діти віком 13-17 років (7 дівчаток, 16 хлопчиків) та 8-12 років (17 хлопчиків, 6 дівчаток). В середньому, діти перебували у стаціонарі впродовж 5-10 днів. Більшість із них (53%) проживали у містах. У найбільшій кількості пацієнтів, згідно проведеного аналізу (39%), було встановлено діагнози К35- К37.

2. Маркетинговий аналіз групи А07FA «Антидіарейні мікробні препарати» підтвердив доцільність їх застосування після проведеної апендектомії на фоні та після антибіотикотерапії. Дані ЛЗ відновлюють порушений мікробіоценоз, нормалізують кишкову мікрофлору (лінекс-бебі, лактовіт, ентерол-250, лацідофіл та ін.). Дані препарати мають також антитоксичну дію, забезпечують інтенсифікацію неспецифічного імунного захисту, секреторну, ферментативну дії, трофічний ефект, чим відновлюють стан слизової оболонки тонкої кишки (ентерол-250, ентерожерміна форте). Водночас, даний сегмент ринку є

повністю імпортозалежним. Аналіз доцільності застосування пробіотиків на фоні антибіотикотерапії гарантує відновлення кишкової мікрофлори.

3. АВС-аналіз показав, що препарати групи, які є дороговартісними, включали 7 найменувань (23% загальної вартості фармакотерапії). До категорії В відносилося 12 ЛЗ (40%) і до категорії С – 11 ЛЗ (37%). Препарати групи мікробних антидіарейних засобів були віднесені до категорії В (важливі). У процесі VEN-аналізу до групи V було віднесено V належать 7 ЛП (обов'язкові препарати), категорія E містила 14 ЛП (допоміжна терапія), а до N віднесено 9 ЛЗ (симптоматичне лікування, профілактика ускладнень). Препарати групи мікробних антидіарейних засобів були віднесені до категорії E (необхідні).

Чуйне ставлення, усмішка лікаря, добрі очі медичної сестри та усіх працівників, повноцінне харчування, мамина ласка, відвідування друзями та родичами – це те, що також значно покращує і пришвидшує реабілітацію поряд із раціональною антибіотикотерапією у післяопераційному веденні дітей з апендектомією. Поряд із цим, відновлення і нормалізація режиму харчування, терапія пре- та пробіотиками мають використовуватися раціонально, згідно призначення лікаря для швидкої реабілітації та повернення у колективи дітей усіх вікових категорій.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ

Продан О.В.

Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та медичної генетики

Актуальність. Незважаючи на великий арсенал противиразкової терапії, її ефективність залишається обмеженою. Аналіз джерел літератури показав, що причини високої поширеності ВХ вивченні недостатньо, а дані про роль медико-соціальних факторів протиречиві.

Мета: встановити медико-соціальні фактори розвитку виразкової хвороби в дітей.

Матеріали та методи. Шляхом анкетування дітей, хворих на виразкову хворобу (ВХ) та здорових і їх батьків (всього 265 анкет) вивчали вплив медико – соціальних факторів на дитину (психологічний клімат сім'ї, наявність або відсутність в сім'ї шкідливих звичок та девіантної поведінки батьків, матеріально – побутові умови тощо).

Результати. У 66,7±4,8% дітей основної групи (ВХ) та 32,4±1,7% дітей групи порівняння (здорові діти) відмічалася тривала психотравмувальна ситуація в сім'ї та школі. Встановлено, що 67,6±6,9% дітей основної групи та 82,2±13,7% дітей групи порівняння проживають у повних родин, 32,4±5,8% та 17,8±3,1% дітей відповідно - у неповних родин, причому 36,8±6,2% хворих дітей із малозабезпечених сімей (неможливість повноцінного раціонального харчування, нездоровий психологічний клімат у сім'ї, відсутність оптимальних побутових умов). Із працюючих батьків хворих дітей 28,5±3,5% матерів та 37,4±4,3% батьків вказали, що їх робота пов'язана з професійними шкідливостями, причому більшість із них мали контакт із хімічними речовинами (під час зачаття та/або вагітності) порівняно з батьками дітей групи порівняння (10,6±1,3% та 14,3±2,1%, p<0,05).

Середній вік батьків на момент вагітності обстежуваним в обох групах виявився практично однаковим (батька 25±2,1 і 26±1,4 років, матері 23±1,6 і 25±1,3 відповідно).

Висновок. Група медико-соціальних факторів становить вагому частку у структурі факторів, що впливають на розвиток виразкової хвороби у дітей, які необхідно визначати та на їх основі розраховувати індивідуальний ризик розвитку даної патології.

КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-БАКАЛАВРА ДО КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Продан О.В., Чаглей Ю.Г.

**Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та медичної генетики**

Актуальність. Виразкова хвороба (ВХ) шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК) за своєю розповсюдженістю, схильністю до тривалого, рецидивуючого перебігу, труднощами ранньої діагностики, недостатньою ефективністю профілактики та лікування залишається актуальною проблемою дитячої гастроентерології.

Несвоєчасна діагностика та неадекватна терапія захворювання призводить до складних обтяжень та інвалідизації дитячого населення. Незважаючи на великий арсенал противиразкової терапії, її ефективність залишається обмеженою. Аналіз джерел літератури показав, що причини високої поширеності ВХ вивченні недостатньо, а дані про роль спадкового фактора у виникненні патології у дітей спірні, поодинокі, різноспрямовані. Вивчення ролі генетичних факторів ризику розвитку ВХ є перспективним в плані проведення її первинної профілактики.

Мета: провести та проаналізувати результати клініко-генеалогічного дослідження в дітей, хворих на виразкову хворобу (ВХ).

Матеріали та методи. Робота виконана на базі гастроентерологічного відділення КНП «Чернівецька міська дитяча клінічна лікарня». Ретроспективно проаналізували 240 історій хвороб дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні медичною сестрою –бакалавром.

Результати. Обтяжений генеалогічний анамнез був виявлений у 93 (61,2±3,9%) дітей, хворих на ВХ та 21 (20,4±3,9%) особи групи порівняння. Типи обтяженості представлені в таблиці 1. Обтяжена спадковість по захворюваннях шлунково-кишкового тракту була встановлена у 201 (9,4%) родичів дітей, хворих на ВХ та 93 (5,4%) родичів дітей групи порівняння. У структурі патології травної системи серед родичів дітей основної групи та групи порівняння перше місце займає ВХ, що відповідно складає 6,2±0,5% та 1,3±0,3%, $p < 0,01$. Тобто родичі дітей основної групи достовірно частіше хворіють ВХ, ніж родичі дітей групи порівняння.

Таблиця 1

Тип обтяженої спадковості у дітей груп спостереження

Тип обтяженої спадковості	Хворі на ВХ діти n = 152		Здорові діти n = 103		χ^2	OR (95% CI)	RR (95%CI)
	n	%	n	%			
Сибси	5	3,3	3	2,9	0,03	1,13 (0,93-1,71)	1,23 (0,96-2,12)
Мати	15	9,9	1	1,0	8,27**	11,17 (6,79 – 13,12)	10,17 (7,83 -13,26)
Батько	15	9,9	2	1,9	6,20*	5,53 (3,12 – 9,11)	5,08 (2,65-10,23)
Мати і сибси	5	3,3	2	1,9	0,42	0,86()	1,69

Батько і сибси		4	2,6	1	1,0	0,88	2,76 (1,12-5,34)	2,71 (0,65 – 5,23)
Мати і батько		2	1,3	-	-	-	-	-
Родичі II ступеня споріднення	по матер. лінії	16	10,5	3	2,9	5,16*	3,65 (1,82-5,24)	3,61 (0,9-5,47)
	по батьк. лінії	4	2,6	2	1,9	0,72	1,36 (0,6-4,35)	2,68 (1,11-3,26)
Мати і родичі II ступеня споріднення	по батьк. лінії	4	2,6	1	1,0	0,88	2,76 (0,87-5,12)	2,71 (1,0 -3,11)
	по матер. лінії	3	2,0	1	1,0	0,40	2,05 (0,61-3,12)	2,03 (0,87-3,45)
	по обох лініях	1	1,3	-	-	-	-	-
Батько і родичі II ступеня споріднення	по батьк. лінії	4	2,6	-	-	-	-	-
	по матер. лінії	2	1,3	1	1,0	0,06	1,36 (0,46-4,23)	1,36 (0,87-5,22)
	по обох лініях	2	1,3	-	-	-	-	-
Сибси і родичі II ступеня споріднення	по батьк. лінії	1	0,7	2	1,9	0,87	0,33 (0,04-1,09)	0,34 (0,07-2,34)
	по матер. лінії	3	2,0	2	1,9	0,20	3,09 (1,23-6,43)	1,02 (0,68-2,12)
	по обох лініях	2	1,3	-	-	-	-	-
Мати, батько, родичі II ступеня споріднення		2	1,3	-	-	-	-	-
Мати, батько, сибси, родичі II ступеня споріднення		1	0,7	-	-	-	-	-
Мати, сибси, родичі II ступеня споріднення		1	0,7	-	-	-	-	-
Батько, сибси, родичі II ступеня споріднення		1	0,7	-	-	-	-	-
Всього		93	61,2	21	20,4	41,34***	6,15 (2,23-17,0)	3,00 (0,6-13,2)

Примітка. Різниця достовірна при $p < (* - 0,05, ** - 0,01, *** - 0,0000)$.

На другому місці за частотою у родичів хворих на ВХ дітей знаходились хронічний гастродуоденіт ($1,1 \pm 0,2\%$) та пухлина шлунка ($0,3 \pm 0,1\%$), серед родичів здорових осіб достовірно частіше реєструвались хронічний панкреатит, хронічний холецистит ($p < 0,01$).

Висновок. Вивчення генеалогічного анамнезу дозволяє покращити ефективність профілактики, визначити долю генетичних факторів у формуванні захворювання, а проведення аналізу в конкретному регіоні медичною-сестрою-бакалавром дозволить розробити регіональні програми індивідуального спостереження.

РИЗИК ПРИРОСТУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ

Ращупкіна З.Е., Колісник В.О.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії № 2

Актуальність. У даний час значно зросла кількість людей які страждають на розлади харчової поведінки (РХП). Особливої популярності це набуло у людей підліткового віку. Здебільшого, це зумовлено нестабільністю психіки, де окрім вікових особливостей значною мірою впливають стресові чинники (повномасштабне вторгнення, переїзд, страх за своє життя), соціальні чинники (зміна оточення, проблема з адаптацією, знижений рівень соціалізації), психічні чинники (популяризація нереалістичних стандартів краси, нездоровий вплив соціальних мереж). Цим можна пояснити вразливість даної категорії.

Мета дослідження. Дослідити та проаналізувати вплив соціальних, психічних та стресових факторів, на розвиток розладів харчової поведінки серед підлітків.

Матеріали та методи. Описовий, соціологічне опитування, статистичний, зіставний. Для точної оцінки впливу факторів і змін у режимі харчування підлітків були виділені певні критерії, такі як: стать, вік, місце проживання (до 24 лютого, після 24 лютого), стресовий фактор, рівень соціалізації, рівень психічного тиску, тест на РХП, дотримання режиму харчування (3 основні прийоми їжі та 2 перекуси), збалансованість харчування, дотримання питного режиму. Для з'ясування впливу даних чинників, проведено опитування 40 підлітків (20 хлопців та 20 дівчат), віком від 14 до 18 років.

З початком воєнних дій в Україні рівень впливу соціальних, психічних і стресових чинників збільшився значною мірою. Кожен з нас зазнав порушення психоемоційного стану, проте найбільшого удару зазнали саме підлітки. При аналізі результатів опитування встановлено: 40% опитуваних змінили місце проживання, 85% перенесли стресовий стан, 80% підлітків відзначили недостатність спілкування з однолітками, 80% респондентів зазначили, що компенсують нестачу очного спілкування частим використанням соціальних мереж, 75% дітей зазначили, що відчувають психічний тиск, 35% зазначили, що стикаються з булінгом через зовнішній вигляд.

Результати. За результатами короткого тестування на РХП, де висновки про наявність тривожних ознак визначаються на основі кількостей позитивних відповідей, встановлено, що 5% респондентів мають всі негативні відповіді, 55% підлітків отримали 2 позитивні відповіді, 35% мають 3-5 позитивних відповідей, і 5% мають більше 5 позитивних відповідей. У 80% опитуваних виявлено порушення режиму харчування, 75% наголосили на відсутності збалансованого харчування. Стосовно питного режиму 35% респондентів зазначили про надмірне споживання води (більше 3 літрів), 15% відповіли що їх режим в межах норми (2-2,5 літрів), 40% відмітили що споживають воду менше норми (менше 2 літрів), а останні 10% наголосили, що не контролюють кількість випитої рідини.

Висновок. Аналіз отриманих даних засвідчує, що розлади харчової поведінки серед підлітків є серйозною та актуальною проблемою, яка значною мірою обумовлена впливом стресових, соціальних та психологічних чинників. Зміни в умовах життя, недостатня соціалізація та популяризація нереалістичних стандартів краси сприяють формуванню нездорових харчових звичок. Результати опитування демонструють низький рівень дотримання режиму харчування, недостатню збалансованість раціону та значний вплив соціальних мереж на самооцінку підлітків. Тестування показало, що значна частина респондентів має певні ризики розвитку розладів харчової поведінки, що вказує на необхідність подальшого вивчення цієї проблеми. Отже, важливим напрямком роботи є впровадження просвітницьких програм щодо здорового харчування та підвищення рівня психологічної підтримки підлітків з метою зниження негативного впливу соціальних та стресових факторів на їхній емоційний стан і поведінкові звички.

ВПЛИВ ХРОНІЧНИХ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ ІЗ ВІЙСЬКОВОЮ АГРЕСІЄЮ НА СТАН ІМУННОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ

Рева К.О., Ащеулов О.М.

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики педіатрії

Актуальність. Стрес – реакція організму на подразнення, де подразником є ситуація. Більшість дітей сьогодні перебуває під впливом стресу, оскільки посилюється психічна діяльність дитини у зв'язку з воєнною агресією. За рахунок цього виникає гостре та хронічне перенапруження фізіологічних систем організму під впливом емоційних чинників. Діти по-різному реагують на стрес залежно від індивідуальних якостей і навичок управління собою. Школярі молодших класів не можуть повною мірою пояснити свої почуття. Проте, ендогенний вплив стресу може бути неявний та мати різноманітні прояви на безліч систем організму. Одним з них є дисфункція імунної системи – клінічно маніфестне імунне порушення, верифіковане за результатами імунологічних лабораторних досліджень в динаміці, а також за анамнестичними критеріями, яке не притаманне віку, особливостям чи стадії розвитку патологічного процесу або лікуванню.

Мета дослідження: дослідити та проаналізувати зміни, які впливають на стан імунної системи у дітей за час повномасштабної війни.

Матеріали та методи. Для оцінки стану імунної системи дітей були відібрані певні критерії гуморальної ланки (IgA, IgM, IgG) та клітинної ланки (Т-лімфоцити CD4, CD8, CD16) імунітету. Задля визначення рівнів стресу використано стандартизований опитувальник Revised Child Impact of Events Scale (CRIES-8). Опитувальник CRIES-8 дозволений власником авторських прав, фундацією «Діти і війна» для вільного використання фахівцями по всьому світові. При реалізації поставленої мети було використано різні методи дослідження, зокрема: аналітичний, описовий, зіставний та соціологічне опитування у форматі Google Forms. Було опитано 36 дітей, з них 16 хлопчиків та 20 дівчат віком від 8 до 12 років, які мешкають у Харківському регіоні та протягом 2024 року отримували лікування щодо захворювань інфекційного генезу у поєднанні з вторинними імунодефіцитами.

Результати. Встановлено, що у дітей на тлі стресових факторів виникають стійкі порушення імунної системи. Рівні стресу у дітей, які приймали участь в дослідженні були на рівні $20,1 \pm 0,6$ балів (хлопчики – $21,3 \pm 0,7$ балів, дівчата – $19,7 \pm 0,4$ балів), що відповідає активному стресовому впливу у гострому періоді. Під час лікування відбувалося достовірне ураження клітинної ланки, а саме зниження рівнів Т-лімфоцитів CD4 до $0,6 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$, CD8 до $0,24 \pm 0,08 \times 10^9/\text{л}$, CD16 до $0,039 \pm 0,002 \times 10^9/\text{л}$. У патологічний процес було залучено і гуморальну ланку: рівні IgA становили $0,5 \pm 0,08$ г/л, IgG – $5,1 \pm 0,8$ г/л, IgM – $0,35 \pm 0,12$ г/л. При анкетуванні через 6 місяців зміни стресу мали незначну, проте позитивну динаміку. За CRIES-8 рівень стресу становив $18,8 \pm 0,7$ балів (хлопчики – $19,6 \pm 0,5$ балів, дівчата – $17,5 \pm 0,7$ балів). З боку імунної системи спостерігалися наступні зміни: показники гуморальної ланки прийшли до нормальних вікових показників, натомість з боку клітинної ланки імунітету спостерігалася тривала депресія показників. А саме рівні Т-лімфоцитів CD4 становили $0,64 \pm 0,08 \times 10^9/\text{л}$, CD8 – $0,27 \pm 0,07 \times 10^9/\text{л}$, CD16 – $0,045 \pm 0,004 \times 10^9/\text{л}$.

Висновки. У дітей на тлі дії стресових факторів виникають стійкі порушення імунної системи. Навіть через 6 місяців після перших порушень та зниження рівню стресу, зберігаються тривалі зміни імунного статусу (достовірне зниження рівнів Т-лімфоцитів CD3, CD8, CD 16). Задля попередження подальшого розвитку вторинних імунодефіцитів і активації на цьому тлі автозапальних або автоімунних захворювань, а також для вибору

лікувальної тактики і подальшого ведення хворого, рекомендовано проводити оцінку рівню стресу.

ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ БРОНХІОЛІТУ В ДІТЕЙ ЗА КЛІНІЧНИМИ КРИТЕРІЯМИ З УРАХУВАННЯМ ФАКТОРІВ РИЗИКУ

Решко А І., Рудан К.В.

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

Актуальність. Бронхіоліт (Б) - це гостра респіраторна інфекція, яка може спричинити респіраторний дистрес або дихальну недостатність в немовлят. Б залишається однією з основних причин госпіталізації у віковій групі до двох років життя через тяжкість клінічних проявів.

Мета: визначити клінічні характеристики Б, найбільш значущі в оцінці тяжкості стану дітей при поступленні.

Матеріали та методи. Було проведено ретроспективний аналіз 69 історій хвороб дітей з діагнозом Б. Середній вік госпіталізованих дітей становив $1,96 \pm 1,05$ місяці, середня тривалість госпіталізації становила $8,4 \pm 2,9$ днів (min-max: 4-22), діти були госпіталізовані на $3,8 \pm 2,5$ день хвороби, у когорті було 46 хлопчиків та 23 дівчинки. 37,7% дітей знаходились на штучному годуванні, 47,7% не були щеплені або щеплені з порушенням календаря, 34,8% пацієнтів були з родин із трьома і більше дітей, у 30,4% в анамнезі існував контакт з родичами, хворими на ГРЗ. Статистичний аналіз проводили за допомогою програми STATISTICA10.

Результати. У 24,6% дітей при поступленні було констатовано тяжкий стан, у решти – середньотяжкий. Діти з тяжким станом при поступленні не різнилися із референтною групою за тривалістю перебування у стаціонарі ($8,6 \pm 1,8$ проти $8,4 \pm 3,2$ днів) та позитивним епіданамнезом (29 проти 32% випадків). Водночас, за тяжкого стану при поступленні, діти здебільшого надходили з багатодітних родин (70% проти 24%); з порушеним станом свідомості (роздратованість, болісний плач або летаргічність: 70,5 проти 20%); наявністю епізодів апное (5,9% проти 0), тахіпное (за критеріями ВООЗ: 40% проти 0), в'ялості та порушень апетиту (47,1 проти 18%), втягнень грудної клітки (76,5 проти 34%), змін кольору шкіри (100 проти 52%). У дітей з тяжким станом, хворих на Б, достовірно вищими при поступленні були частота дихань та серцевих скорочень на хв ($54,1 \pm 9,7$ проти $44,1 \pm 3,7$ та $158,1 \pm 15,0$ проти $144,7 \pm 6,0$, $p < 0,001$), а також нижчим – показник сатурації – $88,2 \pm 9,9$ проти $94,4 \pm 2,2$, $p < 0,002$.

З тяжкістю стану прямо слабко ($r = 0,24 - 0,30$) асоціювали такі клінічні ознаки, як епізоди апное, відсутність апетиту і зміна кольору шкіри при надходженні в стаціонар. Наступні клінічні ознаки знаходились у кореляційному зв'язку помірної сили ($0,31 - 0,7$) з тяжким станом дітей з Б: втягнення грудної клітки, порушення стану свідомості, частота серцевих скорочень, показники черезшкірної сатурації, наявність тахіпное, частота дихань. Жодні клінічні ознаки не знаходились у прямому сильному кореляційному зв'язку (більше $0,7$) з тяжким станом дітей.

Проблемним аспектом об'єктивізації оцінки тяжкості стану дітей було те, що його обґрунтування істотно залежало від індивідуальних особливостей ведення лікарем медичної документації. Зокрема, випадки відсутньої оцінки в медичній документації щодо стану свідомості становили 50,7%, втягнень грудної клітки - 52,2%, роздувань крил носу – 95,7%,

утрудненого дихання – 27,5%, кашлю – 10,1%, візінгу, свистячого або стогнучого дихання – 69,6%, порушення апетиту – 59,4%; змін кольору шкіри – 11,6%; проявів дегідратації, зниження тургору – 44,9%, зниження споживання рідини від 50 до 75% від норми або відсутність мокрих підгузків впродовж 12 год – 7,2%.

Це підвищувало ймовірність пропуску оцінювання цих клінічних проявів при об'єктивному обстеженні, а отже і об'єктивізацію оцінки тяжкості стану.

Вважали за доцільне оцінити ймовірну залежність тяжкості стану дітей, хворих на Б, від наявності таких факторів ризику, як передчасне народження та персистенція фетальних шунтів. Серед хворих на Б 16,2% були народжені раніше 36 тижня гестації. Тяжкий стан при поступленні відмічено у 18% передчасно народжених та 26% доношених дітей відповідно, також не різнилась і тривалість госпіталізації у передчасно народжених проти доношених дітей і відповідно становила $9,2 \pm 2,5$ та $8,3 \pm 3,0$ днів. Середнє значення показників SpO_2 не різнилось у підгрупах дітей з різним гестаційним віком, однак, у підгрупі передчасно народжених дітей частіше відмічали візінг, свистяче або стогнуче дихання (45,5 проти 22,8%); кашель (100 проти 93%), ознаки дегідратації (9,1 проти 1,8%). У 59,4% дітей з Б відмічали персистенцію фетальних шунтів (ПФШ), зокрема овального вікна. За наявності ПФШ рівень SpO_2 при поступленні дітей з Б мав тенденцію до зниження - 90,7 проти 92,2%. Дещо частіше при наявності ПФШ відзначали втягнення грудної клітки при надходженні: у 46,3 проти 39,3% випадків, а також асиметричні прояви при аускультації: у 12,2% проти 7,1% дітей.

За наявності скарг при поступленні на кашель, утруднене дихання, лихоманку в дітей перших двох років життя, при підозрі на Б для оцінки тяжкості стану доцільно застосовувати чек-лист, що дозволить зменшити суб'єктивність такої оцінки, з урахуванням показників, виокремлених як діагностично релевантні в Стандарті медичної допомоги «Бронхіоліти у дітей» (СМД-2023).

Висновок. Кожна четверта дитина, хвора на Б, поступала у стаціонар у тяжкому стані. За умови передчасного народження та персистенції фетальних шунтів, клінічні прояви Б в цілому характеризувались дещо вираженішими ознаками респіраторного дистресу. Задля поліпшення оцінки тяжкості стану дітей, хворих на Б, доцільно застосовувати чек-лист, оскільки неоцінювання клінічних ознак, що асоціюють з тяжкістю стану, в медичній документації може коливатись у межах від 7,2% до 95,7%.

ЛАКТОФЕРИН ЯК ІНТЕГРАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК ГЛИБИНИ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ

Савченко Д.С.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кафедра госпітальної педіатрії

Актуальність. Поширеність захворювань гастроудоденальної зони продовжує залишатись на високому рівні у дітей в Україні. Ураження слизової оболонки шлунково-кишкового тракту мають різний ступінь вираженості морфологічних змін – від поверхневих запальних процесів до більш інвазивних – виразкових дефектів. У відповіді на ураження слизових оболонок беруть участь антимікробні пептиди (АМП), до яких відноситься лактоферин. Лактоферин є компонентом захисту макроорганізму при розвитку запальних процесів, в тому числі у шлунково-кишковому тракті.

Мета. Дослідити вміст лактоферину у сироватці крові дітей із різною глибиною ураження слизової оболонки гастродуоденальної зони.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 60 дітей, госпіталізованих до КНП «ЗОКДЛ» ЗОР упродовж 2022-2024 років, із захворюваннями гастродуоденальної зони, віком від 10 до 17 років 11 міс. 29 днів (середній вік $14,8 \pm 1,9$), серед яких у 39(65%) дітей встановлено діагноз гастрит, у 21(35%) дитини виявлено виразки шлунку та/або дванадцятипалої кишки (ДПК). Контрольна група - 20 умовно здорових дітей, репрезентативних за віком і статтю. Рівень лактоферину визначався в сироватці крові методом ІФА з використанням комерційного набору Human LTF\LT (Lactoferrin).

Результати. Встановлено, що рівень лактоферину у дітей із захворюваннями гастродуоденальної зони був у межах 9,90 (6,93; 15,47) нг/мл, що в 6 разів вище в порівнянні з даними отриманими у дітей з групи контролю - 1,68 (1,24; 2,17) нг/мл.

Спираючись на знання фізіологічної ролі лактоферину можна розцінити отримані дані як активацію захисних механізмів на тлі запального процесу.

Подальше ранжування результатів показало, що рівень лактоферину у сироватці крові дітей із більш глибокими дефектами слизової оболонки у вигляді виразок перевищив показник контролю в 4,5 разів і склав 7,62(4,65;9,74) нг/мл ($p < 0,01$).

Нами було встановлено, що у дітей із поверхневими запальними процесами вміст антимікробного пептиду, що досліджувався зріс на 30% більше, ніж за наявності виразки, його відзначено на рівні 12,91(6,62;6,86) нг/мл ($p < 0,01$), що перевищило показник контролю в 7,7 разів.

Висновок. Таким чином встановлено, що рівень лактоферину є додатковим показником глибини ураження слизової оболонки, а саме: зростання рівня лактоферину відповідає розвитку менш інвазивних запальних процесів і виступає свідченням його протективної ролі в перебігу запальних захворювань гастродуоденальної зони.

ІРИЗИН, ЯК МАРКЕР РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ ОСТЕОАРТРОПАТІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Сивоєривова К.Б.

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

Актуальність. Провідне місце в механізмі розвитку діабетичної остеоартропатії займає хронічна гіперглікемія та абсолютна інсулінова недостатність. В літературі наведені дані про зв'язок діабетичної остеоартропатії з наявністю мікро-, макроангіопатії та нейропатії. Ряд досліджень вказує на серйозний вплив іризину на систему кісткового гомеостазу шляхом посилення мінералізації остеобластів та їх диференціації. В результаті дозованого фізичного навантаження відбувається підвищення рівню іризину в крові, як наслідок, можемо спостерігати ремоделювання кісткової тканини, покращення показників мінеральної щільності кістки, що в подальшому забезпечує міцність кістки та знижує ризики переломів у майбутньому.

Мета. Дослідити вміст іризину у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, в залежності від тривалості захворювання та встановити його роль в розвитку діабетичної остеоартропатії.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 69 дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, віком від 10 до 17 років (середній вік $13,67 \pm 0,26$ років). В залежності від

тривалості перебігу захворювання діти були розподілені на три групи. Першу групу склали 15 дітей з тривалістю цукрового діабету до 1 року, другу групу – 25 дітей з тривалістю захворювання від 1 до 5 років, третю групу – 29 дітей з тривалістю цукрового діабету більше 5 років. Групу контролю склали 19 умовно здорових дітей. Групи були репрезентативні за віком та статтю. Всім дітям проводилося гоніометричне обстеження з визначенням об'єму рухів в суглобах. Визначення рівню іризину в сироватці крові проводилося за допомогою методу ІФА (Irisin, BioVendor, USA).

Результати. Зміни, характерні для діабетичної остеоартропатії, серед основної групи дослідження спостерігалися в 58% випадків. Було встановлено, що зі збільшенням тривалості захворювання на цукровий діабет явища діабетичної остеоартропатії спостерігаються частіше. Так, у пацієнтів першої групи початкові ознаки діабетичної остеоартропатії спостерігалися в 33% випадків, у другій групі частота діабетичної остеоартропатії зросла і склала 48%. У третій групі пацієнтів порушення рухливості суглобів спостерігалось більше, аніж у половини обстежених дітей, а саме у 62% випадків. Розвиток діабетичної остеоартропатії у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу супроводжувався різноспрямованими змінами рівня іризину в сироватці крові. Якщо у дітей першої групи показники рівню іризину були наближені до показників контрольної групи і склали, відповідно, 1,08 [0,72;1,78] ug/mL та 0,99 [0,84;1,38] ug/mL ($p>0,05$), то у пацієнтів другої групи спостерігалася підвищення його вмісту в сироватці крові, і показники, відповідно, склали 1,4[0,78;2,0] ug/mL. В той же час, у дітей третьої групи відбувалося зниження вмісту іризину до 0,82[0,6;1,08] ug/mL з найнижчими його значеннями серед пацієнтів з вираженими порушеннями рухливості в суглобах та глікемічним контролем з високим ризиком для життя ($r=-0,46$, $p<0,05$).

Висновки:

1. Ознаки діабетичної остеоартропатії мали місце у 58% дітей, хворих на цукровий діабет. Початкові прояви якої спостерігалися, починаючи з першого року захворювання та прогресували в динаміці перебігу цукрового діабету.
2. Початкові стадії діабетичної остеоартропатії супроводжувалися підвищенням рівню іризину в сироватці крові. При тривалому перебігу діабету спостерігалось зниження його показників, що може свідчити про виснаження адаптивних можливостей кісткового метаболізму під дією несприятливих факторів, в першу чергу незадовільного глікемічного контролю.
3. Дослідження вмісту іризину у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, може бути корисним для визначення стану кісткового метаболізму.

**ПОЛІСОМНОГРАФІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ДІТЕЙ З РЕКУРЕНТНИМИ ГОСТРИМИ
РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА ФОНІ ЛІМФАДЕНОЇДНОЇ
ГІПЕРТРОФІЇ**

Синоверська О.Б., Лазуркевич Х.О.

Івано-Франківський національний медичний університет

Кафедра дитячих хвороб ПО

Актуальність. Рекурентні гострі респіраторні захворювання (РГРЗ) у дітей, зокрема обструктивні розлади дихальних шляхів, є одними з найбільш поширених захворювань у дитячому віці. Часті респіраторні інфекції можуть призводити до хронічних порушень функції дихання і викликати порушення сну та якість життя.

Мета. Виявити та вивчити порушення сну у дітей з РГРЗ та встановити їхню залежність від фонової лімфаденоїдної гіпертрофії, оцінити тяжкість цих порушень і їхній вплив на загальний стан здоров'я та якість життя пацієнтів.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження стали діти віком 4-10 років з (РГРЗ) у анамнезі. Середній вік обстежуваних становив $(6,4 \pm 0,6)$ років. Всього обстежено 60 дітей із РГРЗ, та 20 соматично здорових дітей з поодинокими епізодами ГРЗ впродовж останнього року. Діти були розділені на 3 групи: I - 30 дітей з РГРЗ без проявів лімфаденоїдної гіпертрофії (ЛАГ), II - 30 дітей з РГРЗ на фоні ЛАГ, III (контрольна) - 20 соматично здорових дітей.

Дослідження проходило в 2 етапи. На першому етапі проводили опитування батьків з використанням анкети порушень сну у дітей, розробленої Українським інститутом когнітивно-поведінкової терапії. На другому етапі проводилось полісомнографічне обстеження дітям, у яких виявлено порушення сну під час анкетування. Оцінювали розбіжності показників між досліджуваними групами та порівнювали їх із значеннями групи контролю.

Результати. Проведений аналіз анкет виявив розлади сну у 12 (40%) дітей I-ї групи та у 23 (76,6 %) дітей II-ї групи ($p < 0,05$). При цьому батьки дітей з РГРЗ без проявів ЛАГ, у яких були виявлені розлади сну, оцінювали проблему порушення сну як незначну у більшості випадків - 8(66,6%) і жоден з них не оцінив її як надзвичайну. Водночас 11(47,85%) батьків дітей з ЛАГ ця проблема турбувала дуже, а для 4(17,4%) була надзвичайно серйозною. Серед всіх опитаних батьків обстежуваних I-ї та II-ї групи 8(26,6%) і 17(56,6%) відповідно, відмітили постійне невисипання, перевтому та виснаження у дітей, що призводило до емоційного дискомфорту у сім'ї ($p < 0,05$). В групі контролю батьки відмічали поодинокі випадки порушень сну у дитини були пов'язані з епізодами ГРЗ та не створювали серйозної проблеми для родини.

Для виявлення нічних патогномонічних симптомів, що вказували на можливу обструкцію верхніх дихальних шляхів під час сну, батьків запитували чи дитина хропить, сопе, важко та часто дихає, прокидається серед ночі, чи була затримка дихання. При порівнянні результатів опитування виявилось, що батьки відмітили труднощі з диханням у 22(73,3%) дітей II-ї клінічної групи проти 12 (40,0%) дітей I-ї клінічної групи ($p < 0,05$). Водночас хропіння, яке вказує на колапс та звуження глотки, спостерігалось у 20(66,6%) дітей з гіпертрофією глоткового та піднебінних мигдаликів і тільки у 2(6,7%) часто хворюючих дітей без гіпертрофії ($p < 0,05$). Затримка дихання спостерігалася у 19(63,3%), а пробудження серед ночі у 9(30,0%) дітей II-ї групи проти 6(20,0%) і 3(10,0%) випадків у дітей I-ї групи відповідно ($p < 0,05$). Жоден із опитаних батьків не вказав на те, що дитина ходить вночі, а нічне невтримання сечі виявлено у 3 дітей серед всіх обстежених.

Дітям, у яких були порушення сну згідно анкетування, було проведено полісомнографічне обстеження, загалом 12 дітей I-ї та 23 дитини II-ї групи. Було діагностовано легке порушення прохідності дихальних шляхів у 2(16,7%) дітей з РГРЗ без ЛАГ. Водночас у дітей з гіпертрофією лімфоїдної тканини синдром обструктивного апное сна (СОАС) легкого ступеня виявлено в 11 (47,8%) випадків, у 4 (17,4%) дітей діагностовано порушення середнього ступеня тяжкості.

Проаналізовано полісомнографічні показники порушення дихання та сатурації у дітей обох клінічних груп. При цьому виявлено більш значущі відхилення від норми у дітей з РГРЗ на фоні ЛАГ. Так, у дітей II-ї групи середнє зачення індексу десатурації становило $(7,34 \pm 1,62)$ епізодів/год проти $(2,57 \pm 0,81)$ у дітей I-ї групи ($p < 0,05$), середній рівень сатурації – $(93,1 \pm 6,50)\%$ проти $(97,8 \pm 7,23)\%$, найнижчий рівень сатурації – $(86,3 \pm 4,53)\%$ проти

(94,5%±5,79)%, відповідно. Індекс апное-гіпопное був вірогідно вищим у дітей із лімфоїдною гіпертрофією і становив (9,2±2,6) проти (2,2±0,6) в групі без ЛАГ. Індекс порушення дихання RDI (respiratory disturbance index) та RERA (respiratory effort related arousals), що характеризує пробудження зумовлене дихальними зусиллями, також були вірогідно вищими в II-й групі. Середня тривалість епізодів апное становила (12±2,4) с та (6±1,5) в I-й та II-й групі відповідно ($p < 0,05$).

Дослідження показало, що час сну, що припадав на апное становив (2,68±0,24)%, а гіпопное – (2,19±0,32)% у дітей I-ї групи. Сумарно апное та гіпопное тривали в середньому (4,87±0,41)% всієї тривалості сну у дітей цієї групи. Водночас у дітей II-ї групи середня тривалість апное-гіпопное становила (12,46±1,55)% тривалості сну ($p < 0,05$).

Висновки. Супутня лімфаденоїдна гіпертрофія у значній мірі підвищує ризики розвитку синдрому обструктивного апное уві сні в дітей з рекурентними ГРЗ. Анкетування батьків щодо розладів сну у дітей може бути використано як інструмент скринінгу цього синдрому у дітей. Полісомнографія є золотим стандартом обстеження, що підтверджує численні диссомнічні порушення, дозволяє швидко і коректно їх оцінити та визначити їхній вплив на соматичний і психологічний стан у дітей та якість їхнього життя і здоров'я.

МОЖЛИВОСТЬ ВИКОРИСТАННЯ БІЛКУ S100 В ДІАГНОСТИЦІ ПЕРИФЕРИЧНОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ДІТЕЙ

Спільник М.С.

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

Актуальність. Згідно даних Міжнародної діабетичної федерації, 425 мільйонів людей у всьому світі хворіють на цукровий діабет, що дозволило оголосити його найбільшою глобальною епідемією 21 століття. Відомо що цукровий діабет здібний проявляти свій патологічний вплив як безпосередньо, так і в поєднанні із розвитком ускладнень. Серед ускладнень достатньо поширеною є «тиха вбивця» - діабетична нейропатія, зумовлена ураженням периферичної та вегетативної нервової системи які призводять до зниження якості життя та інвалідизації та смерті пацієнтів із цукровим діабетом. Діабетична периферична полінейропатія (ДПН) є найпоширенішою формою діабетичної нейропатії, яка вражає приблизно 30% осіб, хворих на цукровий діабет, а її щорічна частота становить приблизно 2%. В той же час, її діагностика в дитячому віці значно ускладнена, що зумовлено, в першу чергу, тим, що вона на сучасному етапі носить інвазивний характер. Тому пошуки доступних та неінвазивних методів діагностики є необхідними та перспективними.

Мета роботи. Дослідити можливість застосування визначення білку S100 в комплексній неінвазивній діагностиці діабетичної периферичної полінейропатії.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 91 дитина, серед яких хворих на цукровий діабет було 1 типу було 63 дитини у віці від 10 років до 17 років. Середній вік хворих був в межах 13,52±0,26 років. Діти основної групи були розподілені на 2 групи: 1 група (26 хворих, середній вік 13,24±0,37 років) – діти без ознак діабетичної периферичної нейропатії, 2 група (37 хворих, середній вік 14,19±0,35 років) – діти з діабетичною периферичною полінейропатією. До контрольної групи увійшли 29 дітей, репрезентативних за віком та статтю, які не мали ознак порушень вуглеводного обміну.

Критерії залучення пацієнтів у дослідження: згода пацієнта та його батьків на участь у дослідженні; відсутність кетоацидозу або ознак гіпоглікемії.

Верифікація діагнозу цукрового діабету 1 типу проводилася відповідно Стандартів медичної допомоги «Цукровий діабет у дітей» (Наказ МОЗ України № 413 від 28.02.2023 року). Всі діти, хворі на цукровий діабет I типу, отримували базисно-болусну інсулінотерапію.

Наявність та ступінь діабетичної периферичної полінейропатії оцінювали за допомогою Шкали клінічного неврологічного обстеження (CNE) та Модифікованої педіатричної загальної шкали нейропатії.

Дослідження рівня білку S100 в сироватці крові проводили методом твердофазного імуноферментного аналізу з використанням комерційного набору CanAg S100EIA, виробництва FUJIREBIO Diagnostic, Inc Sweden (Швеція).

Результати. За результатами проведеного дослідження встановлено, що вміст білку S100 в сироватці крові був підвищений навіть при мінімальних проявах ДПН ($57,69 \pm 2,21$ нг/л) в порівнянні як з аналогічними даними групи контролю ($42,2 \pm 4,7$ нг/л, $p < 0,05$), так у групи дітей без ознак нейропатії ($41,31 \pm 5,4$ нг/л, $p < 0,05$). В подальшому ми провели співставлення рівня білку S100 з наявністю можливих типів неврологічних порушень (моторний, сенсорний дефіцити та вегетативні розлади) або їх поєднання.

Встановлено, що наявність 1 або 2 типів неврологічних порушень характеризувалася помірним підвищенням S100 в сироватці крові, а у дітей, у яких мало місце порушення усіх трьох ланок нервової системи, спостерігалось найбільше відхилення в кількості S100 ($+1,6\sigma$).

Висновок. Одержані дані виступили свідченням того, що визначення рівня білку S100 може виступати додатковим об'єктивним маркером розвитку діабетичної периферичної полінейропатії у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу.

МОЖЛИВОСТІ ЗАСОСУВАННЯ ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ У ВИЗНАЧЕННІ АКТИВНОСТІ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПОЗАГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Ткачук Р.В., Білоус Т.М., Гарас М.Н., Ткачук В.І.
Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Мета. Підвищити ефективність діагностики активності інфекційно-запального процесу позагоспітальної пневмонії у дітей на прикладі аналізу діагностичної цінності лейкоцитарних індексів.

Матеріали та методи. Відповідно до поставлених завдань дисертаційної роботи нами було проведено клініко-анамнестичну диференціацію пневмонії у дітей з іншими інфекційними захворюваннями респіраторного тракту. З цією метою на базі інфекційного відділення Обласного комунального некомерційного підприємства «Обласна дитяча клінічна лікарня», м. Чернівці проведений комплексний загальноклінічний аналіз 222 дітей з інфекційно-запальним ураженням респіраторного тракту, зокрема 122 дитини (I клінічна група), хворих на позагоспітальну пневмонію та 100 дітей (II клінічна група) із діагнозом гострої інфекції дихальних шляхів без ураження пульмональної паренхіми.

Отримані результати аналізувалися з використанням методів клінічної епідеміології.

Результати. Аналіз інтегральних гематологічних індексів у дітей груп порівняння під час госпіталізації у стаціонар, що представлено в таблиці 1, показав зростання маркерів

активності запального процесу у хворих з позагоспітальною пневмонією, зокрема, ІЗЛК та Н/Лі, що на 0,61 ум. од. та 0,7 ум. од. переважали аналогічні показники у хворих I клінічної групи та на 0,7 ум. од. і 0,8 ум. од. були вищими відносно хворих групи порівняння, що свідчить на користь порушення імунної реактивності, зміни в балансі між співвідношенням гуморального та клітинного ланок імунітету, а також виразнішого запального процесу в альвеолярній тканині у хворих II клінічної групи. Показано, що у дітей груп порівняння відмічалось зростання вище референтних значень Н/Мо, ІАЗ та ІІЗ. Однак варто відзначити, що в дітей II дослідної групи порівняно з хворими I клінічної групи та групою порівняння відмічалось зростання рівня Н/Мо на 3,2 ум. од. та 3,5 ум. од., ІАЗ на 1,4 ум. од. та 1,2 ум. од., а також ІІЗ на 9,5 ум. од. та 8,7 ум. од. відповідно. Така відмінність у показниках активності запалення у дітей з перебігом інфекційно-запального процесу в пульмональній паренхімі, викликаним бактеріальними агентами, імовірно пов'язана з посиленням активації мікрофагально-макрофагальної системи та вираженішим перебігом запального процесу в респіраторній системі.

Таблиця 1.

Величина маркерів активності запалення у хворих груп спостереження з перебігом гострої респіраторної патології на етапах стаціонарного лікування у педіатричній клініці

Маркери запалення	активності	Етап лікування	I група (n-65)	II група (n-57)	III група (n-100)	Референтні значення
ІЗЛК, ум. од.		при поступленні	1,69	2,3	1,6	1,33-1,67
		через 5 днів	1,41	1,52	1,23	
Н/Лі, ум. од.		при поступленні	1,8	2,5	1,7	1,34-2,26
		через 5 днів	1,49	1,58	1,29	
Н/Мо, ум. од.		при поступленні	16,6	19,8	16,3	10,52-13,14
		через 5 днів	14,2	14,64	14,25	
ІАЗ, ум. од.		при поступленні	15,0	16,4	15,2	1,0-3,4
		через 5 днів	17,3	16,0	15,0	
ІІЗ, ум. од.		при поступленні	30,2	39,6	30,9	5-17
		через 5 днів	23,8	30,7	22,7	

*Примітка. ІЗЛК – індекс зсуву лейкоцитів крові; Н/Лі – індекс відношення нейтрофілів до лімфоцитів; Н/Мо – індекс відношення нейтрофілів до моноцитів; ІАЗ – індекс активності запалення; ІІЗ – інтегрований індекс запалення

Проведений аналіз інтегрованого індексу запалення у хворих груп порівняння на етапі ушпиталення в педіатричну клініку продемонстрував наявність запалення середньої активності у хворих з позагоспітальною вірусною пневмонією та хворих групи порівняння, а також наявність запалення важкого перебігу у дітей із позагоспітальною пневмонією бактеріальної природи.

Висновок. Отримані результати дають можливість стверджувати, що за умови виразнішого інфекційно-запального процесу у хворих з пневмонією, вірогідно вищими були гематологічні індекси активності запалення порівняно з хворими групи порівняння. Що може виступати предиктором в аналізі ефективності проведеної терапії.

ГОДУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Фісун К.О., Рябова С.В., Карпушенко Ю.В.

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики педіатрії

Актуальність. Належне харчування є основою розвитку недоношених дітей. Раннє постнатальне харчування є одним з головних компонентів догляду за недоношеними

немовлятами, оскільки суттєво впливає на довгостроковий розвиток. Сучасні стратегії вигодовування цієї групи немовлят направлені не лише на запобігання смертності, але й на корекцію віддалених небажаних явищ – психо-моторних та нейрокогнитивних порушень.

Мета. Систематизувати та проаналізувати сучасні наукові дані щодо особливостей харчування недоношених дітей, включаючи рекомендовані норми харчування, методи годування та можливі ускладнення, для оптимізації їх росту та розвитку.

Матеріали та методи. У роботі використано бібліосемантичний метод та системний аналіз даних. Проведено аналіз наукових публікацій з подальшою систематизацією та узагальненням отриманої інформації щодо різних аспектів харчування недоношених дітей, включаючи ентеральне (ЕХ) та парентеральне харчування (ПЕХ), використання грудного молока (ГМ) та спеціальних молочних сумішей, а також особливості харчування після виписки зі стаціонару.

Результати. Міжнародна група експертів рекомендує певні норми харчування для недоношених дітей, залежно від віку гестації. Немовлята гестаційного віку > 34 тижнів, як правило, здатні координувати смоктання, ковтання та дихання, а тому можливо налагодити годування грудьми або з пляшечки. У менш зрілих немовлят оральне годування може бути небезпечним або неможливим через неврологічну незрілість або порушення дихання. Цим немовлятам молоко можна давати у вигляді безперервної інфузії або у вигляді періодичного болюсу за допомогою катетеру.

ГМ є рекомендованою формою харчування для недоношених дітей, оскільки має важливі імунологічні переваги. Коли ГМ недоступне, використовуються спеціальні молочні суміші, які можуть бути "терміновими" - заснованими на складі зрілого ГМ, та "недоношеними" - збагачені калоріями, білками та мінералами. Дослідження показують, що використання спеціальних сумішей для недоношених покращує набір ваги та зріст голови. Основним ускладненням ЕХ є некротичний ентероколіт. Ризик його розвитку обернено пропорційний до гестаційного віку та маси тіла при народженні, а смертність перевищує 20%. В дослідженнях доведено профілактичну роль ГМ у маніфестації цього ускладнення і ГМ вважається кращим продуктом для вигодовування.

ПЕХ застосовується, коли ЕХ неможливе або недостатнє. Воно складається з розчину глюкози та амінокислот з електролітами, мінералами та вітамінами, а також жирів. Основними його ускладненнями є інфекції кровотоку, метаболічні порушення та пошкодження тканин при екстравазації.

Більшість недоношених дітей мають дефіцит поживних речовин на момент виписки зі стаціонару. Необхідна додаткова підтримка залізом та вітамінами щонайменше до шестимісячного віку. Збагачені білком та енергією суміші можуть покращити надолуження росту. Питання про необхідність збагачення ГМ після виписки потребує подальших досліджень.

Висновок. Існують різні стратегії годування, включаючи використання зцідженого материнського молока, донорського молока, збагачувачів ГМ, адаптованих молочних сумішей та повного ПЕХ. Багато з них потребують подальшого вивчення через суперечливість даних. Необхідні масштабні рандомізовані контрольовані дослідження для оцінки впливу різних стратегій харчування на клінічно важливі результати у недоношених дітей.

НОЗОЛОГІЧНА СТРУКТУРА РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Харук Н.В., Гарас М.Н.

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

Актуальність. Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) є головною причиною захворюваності в дитячому віці. За даними більшості епідеміологічних досліджень, ГРВІ займають перше місце у світі серед інфекційних захворювань і становлять 95 % усіх інфекцій. Щорічно реєструється близько 1,5 млрд випадків гострих респіраторних захворювань, віруси грипу та інших респіраторних вірусних інфекцій викликають масові спалахи, набуваючи епідемічного, а інколи пандемічного характеру.

За даними Центру громадського здоров'я (Бюлетень «Грип та ГРВІ в Україні. 20 тиждень», 23.05.2023) із 3 жовтня 2022 року до 21 травня 2023 року в Україні на ГРВІ перехворіло 3 928 595 осіб, дитяче населення залишалось рушієм епіпроцесу: частка захворілих дітей у популяції становить 26,3%, частка дорослих всього 5,9%. З початку сезону зареєстровано 23 летальних випадки внаслідок грипу, що підтверджено методом ПЛР.

За даними Європейського центру контролю та профілактики захворювань у зимовому сезоні 2022-2023 рр. поряд із SARS-CoV-2 на теренах Європи поширеними були віруси грипу А і В, варіанти аденовірусу, метапневмовірусу, респіраторно-синцитіальний вірус, риновірусу, а також вірус парагрипу. На тлі завершення пандемії COVID-19 з'явилися публікації щодо можливого поєданого перебігу нової коронавірусної хвороби із грипом (т.зв. твіндемія) та респіраторно-синцитіальною інфекцією, а також щодо модифікації перебігу традиційних ГРВІ.

Мета: дослідити вікові, епідеміологічні та клінічні особливості респіраторних вірусних інфекцій у госпіталізованих дітей в епідеміологічному сезоні 2022-23 рр.

Матеріали та методи. Для досягнення мети було проведено аналіз карт стаціонарних хворих 143 дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Чернівецькій обласній дитячій клінічній лікарні у період дозорного нагляду за епідеміологічною ситуацією щодо грипу та сезонних ГРВІ (грудень 2022 - квітень 2023 рр). Етіологічна верифікація захворювання здійснювалась методом ПЛР назофарингеальних мазків.

Результати. У ході проведеного дослідження встановлено, що найбільшу частку серед виявлених випадків займав грип А - 97 випадків, що вказує на його високу епідемічну активність, грип В - 10 пацієнтів. Аденовірусну інфекцію та метапневмовірус виявлено у 11 пацієнтів. Респіраторно-синцитіальний вірус (РС) виявлений у 8 випадках. Риновірусна інфекція зафіксована у 6 випадках. Віковий розподіл пацієнтів показав, що діти шкільного віку переважали лише серед хворих на грип ($5,9 \pm 0,43$ років для грипу А та $6,5 \pm 0,99$ років для грипу В), тоді як середній вік дітей, госпіталізованих з іншими вірусними інфекціями, відповідав ранньому та переддошкільному віку.

У випадках метапневмовірусної інфекції та грипу В чітко простежувався обтяжений внутрішньосімейний епідеміологічний, що свідчить на користь переважання маніфесних форм захворювань та вказує на важливість своєчасної діагностики та профілактичних заходів у родинному середовищі. При аденовірусній та риновірусній інфекції у більшості випадків не вдалось установити епідемічного зв'язку з джерелом інфекції, це може вказувати на наявність певної кількості безсимптомних випадків цих інфекцій серед контактної оточення дітей.

Середня тривалість перебування дітей у стаціонарі склала $7,7 \pm 1,59$ ліжко-днів. Відносно тривалішим виявився термін стаціонарного лікування дітей із метапневмовірусною ($8,8 \pm 1,23$ днів) та респіраторно-синцитіальною ($8,6 \pm 1,26$ днів) інфекціями.

Клінічна картина захворювань здебільшого представлена інфекційно-запальними ураженнями нижніх дихальних шляхів, зокрема бронхітами та пневмоніями, що зумовлювало тяжкість перебігу, переважно за рахунок розвитку дихальної недостатності. Даний факт, на нашу думку, відображає вікові особливості обстежених пацієнтів.

У 93% випадків захворювання протікали із середньої тяжкістю, що було зумовлено, здебільшого проявами дихальної недостатності, в окремих випадках – з доєднанням ознак дегідратації. Переважання явищ ексикозу може бути пов'язаною із аліментарними чинником (зокрема, відмова від їжі та пиття у 30% пацієнтів при грипі В) та патологічними втратами (у 54,5% при кишковій формі аденовірусної інфекції).

Висновки. Структура респіраторних вірусів, ідентифікованих у дітей, відповідала результатам європейських досліджень у відповідному зимово-весняному сезоні 2022-23 рр. наприкінці пандемії COVID-19 з домінуванням вірусу грипу типу А. Неоднорідність епідеміологічного анамнезу може свідчити про різну маніфесність перебігу різних ГРВІ в оточенні дітей. Нозологічна репрезентація здебільшого респіраторних вірусних інфекцій представлена інфекційно-запальними захворюваннями нижніх дихальних шляхів, що зумовлювало тяжкість перебігу, в основному, за рахунок дихальної недостатності.

ЗВ'ЯЗОК ОКРЕМИХ НЕОНАТАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ІМУНІТЕТУ З ІНФЕКЦІЙНОЮ ЗАХВОРЮВАНІСТЮ ДІТЕЙ ВІКОМ 1-36 МІСЯЦІВ

Чумак О.Ю., Волоха А.П.

НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Кафедра педіатрії, дитячих інфекційних хвороб, імунології та алергології

Мета. Проаналізувати взаємозв'язок між значеннями імунологічних показників у дітей неонатального віку та інфекційною захворюваністю в них у віці 1-36 місяців на тлі проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ).

Матеріали та методи. Дослідження проведено в акушерських і педіатричних соматичних стаціонарах м. Рубіжне, м. Лисичанськ, м. Кремінна Луганської області (Україна) у 2018-2023 рр. Під спостереженням знаходилося 49 дітей віком 1-36 місяців із числа обстежених у неонатальному періоді. У новонароджених проведено імунологічне дослідження крові з визначенням рівня імуноглобулінів (Ig) класів А, М, G, абсолютної кількості лімфоцитів (LYM), їх популяцій і субпопуляцій. Також проаналізовано значення реакції бластної трансформації LYM з фітогемаглютиніном (РБТЛ з ФГА), НСТ-тесту й розраховано лейкоцитарний індекс (ЛІ). У дітей грудного й раннього віку з-поміж обстежених у неонатальному періоді оцінювались фенотипові й вісцеральні ознаки НДСТ. Основну групу спостереження (n=31) склали діти з поєднанням ≥ 2 кількісних антропометричних і ≥ 3 якісних проявів НДСТ, контрольну групу (n=18) – діти без ознак цієї хвороби. Також було враховано захворюваність на гострі респіраторні (ГРІ) й кишкові інфекції, інфекції сечовидільних шляхів (середнє число документально підтверджених епізодів за рік). Проаналізовано кількість випадків інфекційного мононуклеозу (ІМ) та гострого бронхіоліту, спричиненого респіраторно-синцитіальним вірусом (RSV). Статистичний аналіз результатів дослідження здійснено програмою «IBM SPSS Statistics 27» (США).

Результати. Шляхом проведення рангового кореляційного аналізу (табл. 1, 2) визначено значущі закономірності щодо асоціації окремих імунологічних показників у новонароджених із розвитком у них певних інфекційних захворювань у подальшому.

Таблиця 1

Кореляції між неонатальними значеннями показників імунітету та інфекційною захворюваністю дітей у віці 1-36 місяців без розподілу на групи (n=49)

Кореляційні пари показників	Тіснота кореляційного зв'язку за Спірменом (ρ)	Асимптотична значущість (p)
Ig A – IM	-0,350	0,020
Сумарні Ig – IM	-0,328	0,029
Сумарні Ig – RSV	-0,321	0,034
ЛП – 0*ГРІ ¹	0,324	0,049
РБТЛ з ФГА – число епізодів ГРІ	0,328	0,032
НСТ-тест – 4*ГРІ ²	0,324	0,032

[Авторська розробка]

Примітки: ¹ – відсутність епізодів ГРІ протягом року; ² – 4 епізодів ГРІ протягом року.

Кореляційний аналіз взаємозалежності між вивченими параметрами без розподілу дітей на групи (табл. 1) виявив, що клінічна маніфестація IM і RSV-бронхіоліту в грудному й ранньому віці була пов'язана з меншим неонатальним рівнем у крові Ig A ($p<0,05$) та сумарних Ig ($p<0,05$). Діти без жодного випадку ГРІ за рік мали більші значення ЛП ($p<0,05$) у періоді новонародженості; для дітей з чотирма епізодами ГРІ за рік були характерні більші значення НСТ-тесту ($p<0,05$); а середньорічне число ГРІ перебувало у прямо пропорційному зв'язку з більшою активністю ЛУМ у РБТЛ з ФГА ($p<0,05$).

Порівняльний аналіз взаємозв'язків між вивченими показниками у групах спостереження (табл. 2) засвідчив наступне: у дітей раннього віку з проявами НДСТ більша частота випадків ГРІ за рік, а саме чотири, була асоційована з меншим неонатальним вмістом Т-лімфоцитів (CD3+) у крові ($p<0,01$) за рахунок меншої концентрації цитотоксичних Т-клітин (CD3+CD8+) ($p<0,05$), а також з більшою активністю фагоцитарної ланки імунітету за НСТ-тестом, на противагу дітям із меншою частотою ГРІ ($p<0,05$).

Таблиця 2

Порівняльний аналіз взаємозв'язків між неонатальними значеннями показників імунітету та ГРІ у дітей віком 1-36 місяців

Кореляційні пари показників	Основна група (з ознаками НДСТ) (n=31), ρ (p)	Група контролю (без ознак НДСТ) (n=18), ρ (p)
CD3+ – 4*ГРІ ¹	-0,410 (0,05)	-
CD3+CD8+ – 4*ГРІ	-0,505 (0,017)	-
НСТ-тест – 4*ГРІ	0,393 (0,043)	-

[Авторська розробка]

Примітки: ¹ – 4 епізодів ГРІ протягом року.

Слід зазначити, що захворюваність на ГРІ у дітей із групи контролю не була пов'язана з жодним неонатальним імунологічним показником. Це свідчить, що нижчі концентрації CD3+, CD3+CD8+ та більші значення НСТ-тесту при народженні на тлі маркерів НДСТ вірогідно можуть бути ранніми предикторами щодо інфекційної респіраторної захворюваності в дітей грудного й раннього віку.

Водночас наявність НДСТ не мала впливу на залежність інфекційної захворюваності від показників гуморальної ланки імунітету

Між рештою імунологічних показників та захворюваністю на інфекції сечовидільних шляхів і гострі кишкові інфекції не було встановлено достовірних кореляцій ($p>0,05$).

Висновки.

1. Нижчі сироваткові рівні Ig A ($p < 0,05$) та сумарних Ig ($p < 0,05$) у новонароджених асоціюються зі схильністю до маніфестації ІМ і RSV-бронхіоліту в них у віці 1-36 місяців, а більші неонатальні значення РБТЛ з ФГА та НСТ-тесту корелюють із середньорічною частотою ГРІ в ранньому віці.
2. Наявність НДСТ у дітей вірогідно є несприятливим чинником, на тлі якого реалізується зв'язок між окремими імунологічними показниками при народженні й частотою виникнення ГРІ у дітей на подальших етапах їхнього розвитку.
3. Перспектива подальших досліджень полягає у розробці алгоритмів профілактики інфекційних захворювань у дітей з НДСТ на основі оцінки їх імунологічного статусу в неонатальному періоді.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПІДЛІТКІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Шевченко Н.С.^{1,2}, Крутенко Н.В.¹

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

Актуальність. Дисфункція автономної нервової системи є визнаною проблемою в педіатричній популяції. Клінічні прояви цього синдрому найбільш виражені в підлітковому віці, а в сполученні з гастропатологією відіграють значну роль в патогенезі цих хвороб. Варіабельність серцевого ритму (BCP) являє собою інструмент для неінвазивної оцінки симпато-парасимпатичної активності, адаптаційних можливостей та серцево-судинних порушень.

Мета: вивчення варіабельності серцевого ритму у пацієнтів із хронічною запальною патологією верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Матеріали та методи. Було проаналізовано результати обстеження 102 пацієнтів віком від 11 до 18 років, які перебували у відділенні педіатрії та реабілітації ДУ «ІОЗДП НАМН України» та КНП Міської дитячої клінічної лікарні № 19, хворих на хронічний гастродуоденіт (ХГД, $n = 72$; 69,23%; $p < 0,01$), гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ, $n=26$; 25 %), виразкову хворобу шлунку або дванадцятипалої кишки (ВХШ/ДПК, $n=6$; 5,78 %). Отримані результати порівнювали з групою контролю, яка включала 29 практично здорових однолітків (середній вік $13,58 \pm 2,37$ років). Обстеження включало загально-клінічне обстеження, відеоезофагогастродуоденоскопію (ВЕГДС), добове холтерівське моніторування ЕКГ (ХМ ЕКГ) з оцінкою показників BCP та активності регуляторних систем (ПАРС).

Результати. Серед пацієнтів переважали особи чоловічої статі – 59,62% \pm 4,81%, особи жіночої статі становили 40,38% \pm 4,81% ($p < 0,01$).

Проведений порівняльний аналіз показників BCP виявив певні відмінності в групах досліджених. Стандартне відхилення інтервалів NN (SDNN), що характеризує функцію автоматизму та сумарну BCP, у хворих підлітків чоловічої статі мало достовірно вищі значення, ніж у дівчат контрольної групи ($p < 0,05$). В цілому, спостерігалася тенденція до більш високих значень SDNN в групі хворих однолітків в порівнянні з групою контролю (180,32 \pm 45,77 проти 158,40 \pm 29,56; $p=0,08$). У хлопців основної групи зберігалася тенденція також до більш високих показників rNN50% ($p=0,077$) в порівнянні з хворими дівчатами. Значення HRVTi та HRV триангулярний індекс були більш високими у хлопців основної групи, зокрема мали достовірну відмінність із дівчатами групи контролю (388,98 \pm 86,88 проти 314,23 \pm 80,12; $p < 0,05$).

Потужність хвиль ультранизької частоти (ULF) виявилася достовірно вищою серед підлітків з патологією ШКТ (12465,40 \pm 8160,26) на відміну від дівчат контрольної групи (5771,63 \pm 2776,19; $p=0,043$), що відображає більшу активність вищих центрів в регуляції серцевого ритму у хворих хлопців. Аналіз потужності хвиль дуже низької частоти (VLF),

показав, що у хлопців основної групи значення були достовірно вищими ($4215,85 \pm 1615,28$), ніж у дівчат як основної ($p=0,036$), так і групи контролю ($2928,02 \pm 757,37$; $p=0,038$). Що може вказувати на більш високий рівень активності гуморально-метаболических механізмів регуляції серцевого ритму саме серед підлітків чоловічої статі. Достовірних відмінностей в частотному спектрі у переважанні потужності хвиль повільної (LF) або хвиль швидкої (HF) регуляції в залежності від статі та між групами хворих та контролю не було виявлено.

За результатами комплексного ПАРС, були отримані наступні результати: тільки 5,77% ($n=6$) пацієнтів мали оптимальний рівень напруження регулярних систем; 34,62% ($n=36$) підлітків знаходилися в стані помірного функціонального напруження регуляторних систем; виражене функціональне напруження з мобілізацією захисних механізмів було діагностовано у 29,81% ($n=31$) підлітків; стан перенапруження або незадовільної адаптації реєструвався в 24,04% ($n=25$) випадків; стан виснаження регуляторних систем з появою астенозації або зриву адаптації був виявлений у 5,77% ($n=6$) підлітків.

При оцінці результатів ПАРС були встановлені достовірно більш високі його значення у пацієнтів з неерозивною формою ГЕРХ ($6,69 \pm 1,89$ балів) в порівнянні з групою хворих на ХГД ($5,07 \pm 2,16$ балів; $p=0,049$), та в порівнянні з хворими на виразкову хворобу ($4,00 \pm 1,41$ балів; $p=0,024$). При оцінці індексу централізації (IC: $0,418 \pm 0,17$) виявлено, що процес модуляції серцевого ритму характеризувався переважанням центральних впливів в управлінні, та свідчив про напруження функціонування системи.

Висновки. Отже, у підлітків з хронічною запальною патологією ШКТ спостерігається дисфункція вегетативної регуляції серцевого ритму, що проявляються змінами показників ВСР. Отримані дані свідчать про переважання активності вагальної ланки регуляції ВСР у хлопців із патологією верхніх відділів ШКТ. У 53,85% хворих спостерігається стан вираженого напруження регуляторних систем або перенапруження. Процес модуляції серцевого ритму характеризується домінуванням центрального контуру в управлінні, що свідчить також про загальне напруження регуляторних систем або перенапруження, що може призвести до виснаження функціональних резервів та уповільнення процесів відновлення. Пацієнти з ГЕРХ мали більш незадовільний стан регуляторних та адаптаційних систем, що також може впливати на функціональний стан ШКТ та серцево-судинної системи.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КАРДІОСПЕЦИФІЧНИХ МАРКЕРІВ У ПІДЛІТКІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Шевченко Н.С.^{1,2}, Крутенко Н.В.¹

**Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»**

Актуальність проблеми захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) полягає також у високій частоті її коморбідності з іншими соматичними неінфекційними хронічними патологічними станами, включаючи серцево-судинні захворювання, захворювання печінки, ожиріння, діабет тощо. Недостатність досліджень у підлітків з хронічною запальною гастроудоденальною патологією відносно впливу її на функціональний стан серцево-судинної системи та, враховуючи, що раніше кардіоспецифічні маркери NT-proBNP та HSTn в даному аспекті не вивчалися, наголошує на необхідності більш детального вивчення та проведення додаткових досліджень.

Мета – визначення рівня високочутливого серцевого тропоніну Т (HS-cTnT) та N-кінцевого промозкового натрійуретичного пептиду (NT-proBNP) та їх прогностичне значення у пацієнтів із хронічною запальною патологією верхніх відділів ШКТ щодо розвитку серцево-судинної патології.

Матеріали та методи. Було проаналізовано результати обстеження 88 пацієнтів віком від 11 до 18 років, які перебували у відділенні педіатрії та реабілітації ДУ «ІОЗДП НАМН

України» та КНП Міської дитячої клінічної лікарні № 19. Основну групу склали 59 підлітків (середній вік $14,97 \pm 1,93$), хворих на хронічний гастроуденіт (ХГД, $n=30$; 72,88%; $p < 0,01$), гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ, $n=13$; 22,03%), виразкову хворобу шлунку або дванадцятипалої кишки (ВХШ/ДПК, $n=3$; 5,08%). Отримані результати порівнювали з групою контролю, яка включала 29 практично здорових однолітків (середній вік $13,58 \pm 2,37$). Обстеження серцево-судинної системи (ССС) включало ультразвукове дослідження серця (ЕхоКГ), станодартну ЕКГ, добове моніторування ЕКГ (ХМ ЕКГ). Концентрацію HS-cTnT та NT-proBNP в плазмі вимірювали методом сендвіч-зв'язаного ІФА. Всі дані представлені у вигляді медіани [діапазона] для безперервних змінних та кількість (n ; %) для категоріальних змінних. Дані були проаналізовані з використанням критеріїв Манна-Уїтні, Краскела - Уолліса. Для групового порівняння змінних використовували критерії Стьюдента, Фішера. Для визначення прогностичної значущості показників проводився множинний регресійний аналіз (R^2). Для кожного критерію за допомогою ROC-аналізу розраховувалася точка відсічення. Для визначення якості отриманої моделі прогнозування використовувався ROC-аналіз. Результати вважалися відмінними при достовірності $p < 0,05$. Статистичні розрахунки проводилися за допомогою програми *STATISTICA 7*.

Результати. Більшість пацієнтів основної групи склали хлопці ($n=39$; 66,10%, $p < 0,01$). За результатами відеоезофагогастроуденоскопії (ВЕГДС) деструктивні ураження ШКТ були діагностовані у 32,30% ($n=9$) пацієнтів, серед яких 20,34% склали пацієнти з ерозивною гастроудентопатією, 11,86% – з ерозивним езофагітом, 5,08% – з ВХШ/ДПК. Підлітків з катаральними ураженнями слизової ШКТ було 67,80%, ($n=40$). За даними внутрішньошлункової рН-метрії у половини хворих ($n=30$; 51,22%) запальні зміни розвивалися на тлі підвищеної кислотоутворюючої функції шлунку. *Helicobacter Pylori* - позитивність була виявлена у 39,02% дітей.

Частота змін ХМ ЕКГ була вищою у підлітків із запальними захворюваннями ШКТ порівняно з однолітками контрольної групи (72,46% проти 52,78% відповідно, $p < 0,05$). Потенційно несприятливі варіанти аритмій зареєстровані у 14,49% підлітків із захворюваннями ШКТ. Частота їх виявлення не залежала від ендоскопічного варіанта ураження ШКТ.

Рівень HS-cTnI виявилися достовірно вищими у хворих підлітків у порівнянні з групою контролю (відповідно $217,65 [130,30-1078,80]$ ng/L; $167,10 [108,00-310,50]$ ng/L, $p < 0,01$) та не залежав від віку дітей та тривалості захворювання. При ХГД та ГЕРХ визначалися більш високі концентрації HS-cTnT ($210,70 [130,30-1078,80]$ ng/L; $290,60 [149,00-890,50]$ ng/L) ніж в групі контролю ($167,10 [108,00 - 310,50]$ ng/L, $p < 0,05$). При ВХШ/ДПК такого підвищення не знайдено ($235,30 [171,70 - 235,30]$ ng/L, $p > 0,05$). Концентрація HS-cTnT виявилася достовірно вищою ніж в групі контролю незалежно від ендоскопічної картини ($p < 0,01$). Показники NT-proBNP у плазмі були співставлені з групою контролю. Разом з тим, рівень NT-proBNP у пацієнтів із деструктивними ураженнями ШКТ був достовірно вищим ($44,65 [1,1 - 1441]$ pg/ml проти $27,10 [130,30 - 1078,80]$ pg/ml в контрольній групі, $p < 0,05$), як й у пацієнтів з підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунку ($41,95 [10,40 - 1441]$ pg/ml, $p < 0,01$). Також рівень NT-proBNP виявився вищим у дітей із змінами на ХМ ЕКГ, ніж у пацієнтів з нормальним результатом ХМ ($50,00 [1,10 до 1441,00]$ pg/ml проти $23,10 [від 0,40 до 284,30]$ pg/ml; $p < 0,05$).

Багатовимірна регресія показала, що варіабельність рівнів HS-cTnI та NT-proBNP значною мірою пояснюється клінічними, біохімічними та імунохімічними факторами. Високі коефіцієнти детермінації ($R^2=94-99\%$) підтверджують сильний вплив на рівні кардіоспецифічних маркерів тривалості захворювання, клінічного варіанту (зокрема ГЕРХ),

типу ураження слизової та порушень ліпідного обміну, функціональним станом підшлункової залози.

Підвищений рівень NT-proBNP ($\geq 43,2$ пг/мл) є значущим прогностичним маркером ризику розвитку аритмій у пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (AUC=0,779, $p < 0,0001$). При цьому чутливість становить 66,7%, а специфічність - 90,9%. ROC-аналіз показав достовірну залежність між індексом AAR та рівнем HS-cTnI (AUC=0,77, $p = 0,0001$) з порогом AAR=1,83, що може вказувати на зв'язок між фіброзними змінами та серцевими маркерами. Модель зв'язку HS cTnI з FIB4 була незначною, як і зв'язок NT-proBNP з індексами фіброзу. Статистично значущого підвищення СРБ не виявлено, як і достовірних моделей ROC-кривих залежності кардіоспецифічних маркерів від рівня СРБ.

Висновки. Вивчення рівнів HS-cTnI та NT-proBNP у підлітків із запальними захворюваннями ШКТ показало, що вже в дитячому віці зростає ризик залучення міокарду в патологічний процес, особливо при ХГД та ГЕРХ. Підвищення NT-proBNP і виявлені порогові значення, як в загальній популяції, так і в підгрупі з деструктивними змінами слизової, можуть служити прогностичними показниками ризику розвитку аритмій і, можливо, кардіофіброзу у хворих на ГЕРХ і ХГД. Отримані результати підтверджують необхідність комплексної оцінки пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту з урахуванням серцевих маркерів та механізмів гіпоксії, що може сприяти ранньому виявленню серцево-судинних порушень та коригуванню терапії.

ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ

Школьна І.І., Обзор Т.А.

Навчально-науковий медичний інститут СумДУ

Кафедра педіатрії

Актуальність. У дитячій пульмонології бронхіальній астмі (БА) належить першість за поширеністю, тяжкістю перебігу та можливостями інвалідизації. Оцінюється вплив віку, в якому вона маніфестувала і факторів, що сприяють її розвитку, особливо у поєднанні з метаболічним синдромом (МС). Разом з тим для розробки профілактичних заходів необхідно знати фактори ризику, що впливають на розвиток астми при МС, що почалася у різні вікові періоди.

Мета. Вивчення факторів ризику розвитку МС у дітей з БА шкільного віку.

Матеріал та методи. Для вивчення цього питання, наскільки часто мали місце зазначені фактори ризику розвитку у 140 дітей БА з МС, було сформульовано дві групи. До групи I включено 90 дітей бронхіальною астмою, яким в ході дослідження було встановлено МС. До групи II увійшли інші 50 дітей БА без МС.

Анамнестичне дослідження включало бесіду з батьками та дітьми, ретроспективний збір анамнезу (аналіз амбулаторних карт, медичних карт стаціонарного хворого) за період 2010-2024 років спостереження.

Результати. Загальна клінічна картина дітей групи I не має відмінних особливостей за віком і статтю, але має відмінні особливості ІМТ від дітей групи II. Аналіз сімейного анамнезу показав, що у дітей групи I спостерігався цукровий діабет у 1,5% випадків по материнській лінії і 1,9% випадків по батьківській. Крім цього, ожиріння – є компонентом МС. Як показали дані, серед дітей, що спостерігаються, обтяжена спадковість з ожиріння зустрічалися - по материнській лінії в 57,3%, по батьківській 42,7% випадків. Майже десята

частина дітей та їхніх батьків (11,2% від загальної кількості дітей) не пред'являли жодних скарг і не вважали надмірну масу тіла проблемою для здоров'я. Більше половини (51,2%) скаржилися на стрії шкіри, 10,2% скаржились на закрепи, на головний біль скаржилися 14,6% дітей, на спрагу – всього 1,2 та 3,4% на підвищення артеріального тиску. За результатами анкет, харчування всіх дітей було нераціональним, гіперкалорійним, незбалансованим за складом білків, жирів, вуглеводів та нерегулярним. У дітей виявлено такі основні особливості режиму харчування: 1) наявність тільки двох основних прийомів їжі та відсутність гарячого сніданку (тільки чай або кава з бутербродами або йогурт) у 84 (80%) дітей; 2) використання для перекусів випічки і солодких кондитерських виробів (100%); 4) додатковий пізній прийом їжі перед сном (частіше бутерброди) – у 89 (84,8%); 5) часті перекуси, в основному – печиво, чіпси, цукерки, бутерброди – у 71 (67,6%) дитини. Серед обстежених хлопчиків з надмірною масою тіла на фоні бронхіальної астми була знижена фізична активність - у 35,8%, у той час, як відзначалося не регулярне фізичне навантаження у 44,6% дітей з бронхіальною астмою. У дівчаток не регулярне фізичне навантаження відзначалося у 55,1% випадків з бронхіальною астмою і 44,8% мали знижене фізичне навантаження. Виявлено, що рухова активність менша у дітей групи I ($p < 0,05$).

Висновки. У сімейному анамнезі дітей бронхіальної астми з ожирінням зустрічався весь спектр захворювань асоційованих з МС. При цьому найпоширенішими були: обтяжена спадковість з ожиріння, неправильне харчування, гіподинамія, артеріальна гіпертонія та цукровий діабет.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НА ТЛІ СТРЕССОВОГО ФАКТОРУ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ В УКРАЇНІ

Шлєєнкова Г.О., Черкашин М.М., Шевченко Н.С.

Харківський Національний Університет імені В.Н. Каразіна

Кафедра педіатрії

Актуальність. Більша частина постраждалого від війни населення має негативні наслідки впливу стресового фактору на психічне здоров'я, а саме - клінічно значущі ознаки пост-травматичної стресової реакції (ПТСР). Окрім того, ситуація, що склалася має негативну дію не лише на психічний, а й на соматичний стан здоров'я дітей та підлітків. Відомо, що стрес негативно впливає на функціональний стан багатьох органів та систем, що з одного боку може бути пов'язано з безпосереднім впливом гормонів та нейромедіаторів на функцію того чи іншого органу, з іншого, зі змінами що виникають під час ПТСР.

Враховуючи продовження впливу стресового фактору на дітей та підлітків з України, існує необхідність подальшого аналізу стану їх психічного та соматичного здоров'я.

Мета – вивчення показників стану здоров'я дітей та підлітків з урахуванням ступеню виразності післятравматичної стресової реакції.

Матеріали та методи. В дослідження було включено 105 дітей віком від 8 до 17 років (середній вік: $11,3 \pm 2,7$), мешканців України станом на 24 лютого 2022 року. Дослідження проводилось згідно принципів Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину, відповідних положень ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, Міжнародного кодексу медичної етики та законів України.

Проведено аналіз соціально-демографічної характеристики: вік, стать, місто проживання дитини на момент дослідження (територія де продовжуються обстріли, відносно

безпечний регіон України, країни Євросоюзу), пережитий під час війни дефіцит їжі та/або питної води, перебування у бомбосховищі більше трьох діб, наявність тривалої розлуки з близькими членами родини.

Психічний стан респондентів оцінювався на підставі скринінгу дитячого травматичного стресу за допомогою опитувальника “Pediatric Traumatic Stress Screening Tool” (PTSST), розробленого дослідниками штату Юта (США) та введеному в широке використання в усьому світі (Keeshin B, Byrne K, Thorn B, Shepard L., 2020). Даний опитувальник дозволяє оцінити рівень травматичного стресового розладу в балах. Так, загальна кількість балів у діапазоні від 0 до 10 вказує на легкий ризик або відсутність ризику пост-травматичного стресового розладу, від 11 до 20 – помірний ризик, 21 або більше – серйозний ризик розвитку ПТСР.

З метою оцінки соматичних симптомів використовували шкалу CSSI-24 (Children’s Somatic Symptoms Inventory), що дає змогу вимірювати показник тяжкості соматичних симптомів, котрі відчувають діти та підлітки. CSSI-24 дозволяє оцінити 24 найпоширеніші симптоми від 0 до 4 балів у зручній для дітей або батьків формі. Клінічні орієнтири для загального балу CSSI-24 (<18 – низький; 19-31 – середній; ≥ 32 – високий) (Walker LS, Beck JE, Garber J, Lambert W., 2009).

В Україні анкетування проводилось на базі загальноосвітніх шкіл після отримання письмової згоди батьків або опікунів. В інших країнах анкетування було проведено в центрах підтримки українських біженців.

Математична обробка даних проводилась за допомогою стандартизованих методів параметричної та непараметричної статистики.

Результати. Серед дітей (45,3 \pm 4,8 % (48) – хлопчики, 53,7 \pm 4,8% (57) – дівчатка) на момент анкетування 24,8 \pm 4,2% (26/105) мешкали в Україні у відносно безпечних регіонах, 27,6 \pm 4,3% (29/105) проживали в регіонах України де продовжувалися обстріли, 47,6 \pm 4,8% (50/105) проживали в країнах Євросоюзу.

Серед вражаючих факторів найбільша кількість осіб відмітили тривалу розлуку з близькими членами родини (55,2 \pm 4,8%), були/є свідками обстрілу та руйнування рідного міста (37,1 \pm 4,5%), перебували у бомбосховищі більше трьох діб (32,4 \pm 4,5%), а також пережили дефіцит їжі та/або питної води (17,1 \pm 3,6%). За опитувальником PTSST лише 17,14 \pm 3,6% (18/105) дітей мали оцінку від 0 до 10 балів, що відповідало легкому ступеню дитячого травматичного стресу; 42,84 \pm 4,8% (45/105) від 10 до 20 балів – середній ступень травматичного стресу; 40 \pm 4,7% (42/105) вище 21 балу – високий ступінь травматичного стресу. Достовірно більшій рівень стресу мали діти які перебували в бомбосховищі більше трьох діб та діти, що пережили дефіцит їжі та/або питної води - 19 балів [QR 14; 21].

Оцінка соматичних симптомів за CSSI-24 показала, що більша частина дітей мали скарги на погане самопочуття. Так, середнє значення загального балу CSSI-24 для всієї вибірки становило 20,02 (SD = 6,56). Високий бал за шкалою оцінки соматичних симптомів мали 19,04 \pm 3,8% (20/105) респондентів, середній – 25,7 \pm 4,3% (27/105), низький – 55,2 \pm 4,8% (58/105). Достовірної різниці за загальним балом CSSI-24 між хлопчиками та дівчатами не було. При проведенні кореляційного аналізу за Спірменом було виявлено прямий пропорційний зв’язок між рівнем PTSST та CSSI-24 ($\rho=0,72$; $p<0,05$). Середні та тяжкі соматичні симптоми за шкалою CSSI-24 мали 44,8% обстежених осіб. Серед соматичних розладів переважали прояви з боку системи травлення (43,6% випадків) – нудота, розлади шлунку, гастралгії, запори (більше 2 балів серед загального числа); головний біль і блювання (1,3 та 1,6 балів відповідно); діарея та втрата маси тіла, втрата свідомості або запаморочення, слабкість, втомлюваність, артралгії складали в середньому майже 1 бал (0,91).

Висновки. Встановлено високий ризик розвитку порушень здоров'я дітей, постраждалих під час збройного конфлікту в Україні, що супроводжується високим рівнем стресової травматичної реакції за шкалою PTSST незалежно від місця перебування (залишились в Україні або виїхали за кордон. Прямий кореляційний зв'язок ($\rho=0,72$; $p<0,05$) між рівнем травматичної стресової реакції та тяжкістю соматичних розладів свідчить про високий ризик розвитку різноманітних соматичних захворювань, переважно у дітей з підвищеним ризиком розвитку ПТСР (оцінка вище 21 балу за шкалою PTSST).

CHARACTERISTICS OF DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ATYPICAL RESPIRATORY CONDITIONS IN CHILDREN

*Popeliuk N.O., Nechitailo Y.M., Popelyuk O.-M.V.**

Bukovinian State Medical University

Department of Pediatrics, Neonatology and Perinatal Medicine

Human anatomy department*

Respiratory infections represent a major health concern in young children worldwide, with early childhood characterized by a condition known as immunodeficiency maturation, where the immune system is not fully developed. Acute respiratory viral infections (ARI) account for 65% of all reported illnesses in this population. Atypical viral infections often arise in conjunction with various pathological conditions, the most frequent being functional disorders of the digestive system.

An urgent problem is a significant violation of functional disorders in atypical viral infections, which is manifested by the deterioration of the processes of secretion and absorption. This study aims to enhance the treatment of atypical viral infections in children experiencing functional gastrointestinal disorders.

According to the data of the pediatric department of the City Clinical Hospital, 616 children were treated for atypical viral infections in 2024. Among patients of an early age group, constipation made up 24.5%, intestinal colic - 22.9%, tendency to loose stools - 19.4%, vomiting - 16.3%. Macroscopically in the stool of 32.0% of children, mucus and undigested food remains were observed. The patients with digestive system disorders required a gentle approach to the treatment of atypical viral infections. The use of drugs of natural origin that stimulate local factors of immune protection was more preferable. The main effect is to increase the production of interferon and lysozyme, and also to promote the production of immunoglobulins.

Patients were divided into two groups according to the tactics of therapy. In 319 patients, the inducers of interferonogenesis - proteflazidum in combination with laferon intramuscularly and/or endonasal - were used. In 297 children, the treatment with isoprinosine orally started in the outpatient phase and was continued.

Clinical criteria for the effectiveness of therapy were the reduction of intoxication, decrease and normalization of temperature, and reduction of hospitalization period. In both groups, there was no significant difference in the duration of symptoms of patients' intoxication, catarrhal manifestations, or complications of atypical viral infections (ear inflammation, bronchitis, acute stenotic laryngitis). In the first group, complications of atypical viral infections occurred in 19.2% of patients, in the second group, respectively - 20.8%. Instead, in the group of children receiving isoprinosine drugs orally, the period of hospitalization was longer by 2 days and made up 9.04 ± 0.6 days due to the development of gastrointestinal side effects, manifested by diarrhea, flatulence, or vomiting on the provoked premorbid condition.

Thus, a gentle approach to the treatment of atypical viral infections in children with functional disorders of the digestive system demonstrated high efficiency, especially in children in the first year of life. A combination of proteflazidum in combination with laferon may be suggested as an optimal approach to the treatment of atypical viral infections in children with functional disorders.

PECULIARITIES OF TREATMENT OF RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN WITH FUNCTIONAL DIGESTIVE DISORDERS

*Popeliuk N.O., Popelyuk O.-M.V.**

Bukovinian State Medical University

Department of Pediatrics, Neonatology, and Perinatal Medicine

Human anatomy department*

In recent years, respiratory tract diseases in children caused by atypical pathogens have reached epidemic proportions. Research indicates that respiratory conditions triggered by chlamydia and mycoplasmas account for 25-29% of preschool-aged children in Europe. Mycoplasmas and chlamydia, which are obligate intracellular pathogens, occupy a transitional position between viruses, bacteria, and protozoa. The primary sources of infection include individuals with respiratory mycoplasmosis or chlamydia, as well as carriers. These intracellular pathogens are transmitted via airborne routes, leading to damage in the mucous membranes of the pharyngeal posterior wall, trachea, and bronchi. The clinical presentation varies depending on the pathogen's virulence, its reproduction intensity, the patient's age, immune reactivity, and the presence or absence of concurrent viral or bacterial infections.

The nonspecific nature of general toxic and infectious syndromes often results in delays in seeking medical care. At the outpatient level, chlamydia and mycoplasmosis are frequently misdiagnosed as prolonged viral infections, catarrhal whooping cough, bacterial sinusitis, or pharyngitis. Standard outpatient treatment regimens involving mucolytics, vitamins, and semi-synthetic or cephalosporin antibiotics fail to achieve adequate results. The disease progression tends to be prolonged and monotonous, characterized by a persistent dry cough and low-grade fever lasting between 2.5 weeks to 2-2.5 months. Mycoplasmal and chlamydial pneumonia can lead to chronic bronchopulmonary conditions in older children.

This study aimed to optimize the diagnosis and treatment of atypical respiratory conditions in children. A total of 78 pediatric patients with airway infections caused by atypical pathogens were examined at the pediatric department of Chernivtsi Children's Hospital.

The average age of patients was 4 years and 6 months. Prolonged and recurrent bronchitis was diagnosed in 54 children, while 24 cases involved community-acquired pneumonia. Intracellular pathogens were identified in 58 children using fluorescent sera to detect the pathogen in nasal mucosa and by measuring antichlamydial and antimycoplasmal immunoglobulins in serum. Mycoplasmosis was confirmed in 32 patients, while chlamydia was diagnosed in 26. These children typically presented with moderate systemic intoxication, including headache, weakness, and subfebrile temperatures. A dry, painful cough was a universal symptom, with 61% also exhibiting pharyngitis characterized by granularity of the posterior pharyngeal wall, along with chest pain. Shortness of breath was reported in 21% of cases. Mosaic percussion was evident in children with lower respiratory tract involvement, although physical findings were limited to hard or weakened breathing and isolated wet rales.

X-ray imaging of children with atypical pneumonia revealed non-homogeneous pulmonary infiltrates without distinct borders, often appearing as small spots or cloudy formations. Obstructive

bronchitis cases showed thickened and intensified lung markings. Enhanced bronchovascular patterns persisted for an extended period post-recovery, and paraclinical results showed no significant deviations.

The treatment regimen consisted of macrolide antibiotics (e.g., Sumamed, Azithromycin Sandoz, Rovamycin) administered in age-appropriate doses over one to three courses, recombinant interferons (Cycloferon), and a plant-based medication (Umkalor). The effectiveness of macrolides is attributed to their high intracellular concentration in the respiratory tract. Cycloferon promoted endogenous interferon synthesis, while Umkalor exhibited immunomodulatory effects by enhancing macrophage phagocytic activity. The combination of macrolide antibiotics with immunomodulatory agents Cycloferon and Umkalor proved effective in preventing recurrences of atypical respiratory diseases.

EVALUATION OF INFLAMMATORY REACTIONS IN NEWBORNS WITH NEONATAL ENCEPHALOPATHY

Popov S.V., Profatylo A.O.

Sumy State University

Department of Pediatrics

Pathology of the neonatal period remains a pressing issue in pediatrics in Ukraine and worldwide. Timely diagnosis and treatment of neonatal diseases has a significant impact on the future life and health of the child. Neonatal encephalopathy (NE) is one of the most common pathological conditions of the neonatal period. The frequency of NE is from 3 to 8 cases per 1000 live births and depends on the degree of socio-economic development. The relevance of the disease is determined not only by its frequency, but also by possible adverse effects. They include death, dysfunction of the central nervous system of varying severity and duration. Etiological factors of NE are varied, most often associated with ante- and intranatal hypoxia. The latter triggers a complex of pathophysiological events at the brain and macroorganism level, including oxidative stress, excitotoxicity and inflammation, which lead to cell death within hours and weeks after birth. The inflammatory response, which is considered one of the main mechanisms of CNS damage, can be traced not only in the first days after birth, but also further, for months and years, which is due to tertiary mechanisms of damage. The intestinal microbiome is the most important predictor of the formation of local and systemic immunity. Disturbances in the formation of the microbiome due to hypoxia - ischemia lead to a change in the composition of the microbiome, affect the level of both local and systemic inflammatory response.

The aim of the study was to study the characteristics of inflammatory reactions in newborns with neonatal encephalopathy of hypoxic - ischemic etiology.

The study was conducted in 119 full-term newborns, of which 87 children had neonatal encephalopathy and 32 children made up the control group. The level of interleukins 1 β and 10 in the blood serum, C-reactive protein, fecal calprotectin were studied, the composition of the intestinal microbiome was determined. The study was conducted dynamically from the second to the fifth week of life. The method of binary logistic regression was used to determine the dependence of the severity of the inflammatory response on the time factor, to create a model for calculating its severity.

Changes in the intestinal microbiome in newborns with were noted during the study and were characterized by a decrease in the levels of bifidobacteria and lactobacilli, an increase in the values of opportunistic microflora. The level of fecal calprotectin was characterized by elevated

values, more pronounced and long-lasting in children with severe HE. The values of IL-1 β , IL-10 and C-reactive protein were elevated, and also higher in newborns with severe NE. Analysis of local and systemic inflammation parameters significant for severe neonatal encephalopathy showed their dependence on the time factor. At 2 weeks of life, these included CRP, fecal calprotectin, microbiome, and interleukins. But the most significant in this time period was the combination of interleukin 1 β and bifidobacterin parameters. At 5 weeks of life, these parameters were also factors associated with the severity of NE. But the most significant factor in this time period was the level of interleukin 10.

Thus, newborns with neonatal encephalopathy were characterized by changes in both local and systemic inflammation parameters. The severity of the inflammatory response in the study population was characterized by a change in the level of interleukin 1 β and bifidobacterin at 2 weeks of life and a change in the level of interleukin 10 at 5 weeks of life.

FEATURES OF CLINICAL ASSESSMENT OF NEWBORNS WITH NEONATAL ENCEPHALOPATHY

Popov S.V., Profatylo A.O.

Sumy State University

Department of Pediatrics

Purpose and objectives of the work. To investigate and determine the influencing factors and features of the clinical assessment of neonates with neonatal encephalopathy.

Materials and methods. During the study, we examined 87 newborn children with neonatal encephalopathy and 32 practically healthy children.

The results of the study. A thorough collection of complaints, obstetric-gynecological and newborn's life anamnesis play a leading role in the further development of pathological conditions, including neonatal encephalopathy. We found that children with neonatal encephalopathy had lower Apgar scores at 1' and 5', they were more often on mixed and artificial feeding than healthy babies. The assessment of the state of neonatal encephalopathy was determined using the main indicators of the modified Sarnat scale, such as consciousness, spontaneous activity, muscle tone, posture, reflexes, pupils, heartbeat and respiratory disorders. In addition, we took into account other clinical syndromes and compared between groups 1 and 2, including cerebral excitation and cerebral depression syndromes, convulsive syndrome, brain edema and damage to the cardiovascular system. In addition, we described the parameters of resuscitation care provided to infants with neonatal encephalopathy of varying severity. According to the results obtained, the most significant risk factors for the development of neonatal encephalopathy were acute respiratory infections suffered by the mother, pathologies of the endocrine and cardiovascular systems and fetal distress.

Conclusions. The most significant indicators identified in newborns with neonatal encephalopathy were Apgar scores 1' and 5', mixed and artificial feeding, fetal distress and acute respiratory infections, pathologies of the endocrine and cardiovascular systems suffered by the mother.

ESOPHAGEAL MUCOSA CHANGES IN CHILDREN WITH GASTRODUODENAL MOTILITY DYSFUNCTION

Voloshyn K.V., Letiaho H.V., Slobodyanuk O.L.

V.N. Karazin Kharkiv National University

Department of Pediatrics

Digestive diseases in children are prevalent and takes the second place after pulmonological diseases. Among digestive diseases the main place has gastroduodenal pathology. But during last years esophageal pathology increased. At such 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 appearing 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 was 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. Motor changes 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 motor function (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 was superacid (corpus < 1,0) and alkalize function is decompensated (antrum < 1,5).

ЗМІСТ

1	<i>Андрікевич І.І., Жмурчук В.М., Пасік В.Ю., Мантак Г.І.</i> ФЕОХРОМОЦИТОМА У ДІТЕЙ. КЛІНІЧНИЙ KEYС	3
2	<i>Андрущенко В.В., Дяченко М.С., Головачова В.О.</i> КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ	4
3	<i>Безерко Т.М., Іванова Л.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ: ВІКОВІ АСПЕКТИ	5
4	<i>Вакуленко А.І.</i> ПРОЯВИ ПЕРВИННОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ ПІД МАСКОЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ	7
5	<i>Гончаренко Д.В.</i> ГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ СИНДРОМУ ПРАДЕРА- ВІЛЛІ	8
6	<i>Дігтяр В.А., Галаган А.А., Лук'яненко Д.М.</i> УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ПЛЕВРАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ДЕСТРУКТИВНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ	9
7	<i>Дяченко М.С., Андрущенко В.В.</i> АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ, ІНФІКОВАНИХ ХЛАМІДІЯМИ	11
8	<i>Дяченко М.С., Усенко С.Г., Усенко С.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ХЛАМІДІЯМИ	12
9	<i>Зайцев І.Е., Лопя Я.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ ДО 2 РОКІВ	13
10	<i>Захарченко Н.А.</i> ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПІД МІКРОСКОПОМ: ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЗБУДНИКА	14
11	<i>Іванова Л.А., Паламарчук М.І., Друцул – Мельник Н.В.</i> ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19	15
12	<i>Іванців О.Р., Федяк І.О., Ткачук З.В., Татарин Б.Б., Пронів В.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ	17
13	<i>Ільченко С.І., Маковійчук О.А.</i> ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ТА СПЕЦИФІЧНІСТЬ РІВНЯ СИРОВАТКОВОЇ ОСТЕАЗИ У ВИЯВЛЕННІ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ	18
14	<i>Камінська М.О.</i> ВПЛИВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНОЮ ЛІЙКОПОДІБНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ГРУДНОЇ КЛІТКИ	20
15	<i>Карпушенко Ю.В., Кожина О.С.</i> АНКЕТУВАННЯ ШКОЛЯРІВ ЩОДО АЛЕРГОПАТОЛОГІЇ ЯК СРІНІНГ ДІАГНОСТИКА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	21
16	<i>Катрич Ю.О., Підкова В.Я.</i> СТАН ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ДІТЕЙ-СПОРТСМЕНІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	22
17	<i>Колоскова О.К., Кисельова А.А.</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МАТЕРИНСЬКИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСУ ІЗ ВМІСТОМ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ	23

18	<i>Копчук П.Р., Гарас М.Н.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КАШЛЮКУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	24
19	<i>Кошман Т.В., Водолажський М.Л., Фоміна Т.В., Сидоренко Т.П.</i> ДЖЕРЕЛА ПРОФЕСІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ЩОДО ПИТАНЬ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ І ПІДЛІТКІВ	25
20	<i>Кошман Т.В., Водолажський М.Л., Фоміна Т.В., Сидоренко Т.П.</i> СУЧАСНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ПОТРЕБИ ФАХІВЦІВ З ПИТАНЬ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ І ПІДЛІТКІВ	27
21	<i>Лазарук В.В.</i> ГЕНЕТИЧНА СКЛАДОВА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ	28
22	<i>Лазарук В.В., Філін І.</i> МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ОНКОСКРИНІНГ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК	29
23	<i>Макєєва Н.І., Коваль В.А., Цимбал В.М.</i> ДІАГНОСТИЧНЕ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СПРОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ	30
24	<i>Мишина Н.В., Попова Д.Д.</i> МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТОК У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	31
25	<i>Мойсей Л.В., Горбатюк І.Б.</i> ДОСВІД ВЕДЕННЯ КАШЛЮКА У НЕОНАТАЛЬНОМУ ВІЦІ	33
26	<i>Москалюк Г.А., Беженар Р.В.</i> ПРІОРИТЕТНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	34
27	<i>Мужановський В.Ю.</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МАРКЕРІВ МЕТАБОЛІЗМУ З ПОКАЗНИКАМИ ГЕМОДИНАМІКИ У ФІЗИЧНО АКТИВНИХ ХЛОПЦІВ-ПІДЛІТКІВ	35
28	<i>Музика О.О., Слободянюк О.Л., Волошин К.В., Шлеєнкова Г.О., Цюра О.М.</i> ОПИТУВАЛЬНИК SIBDQ У ДІАГНОСТИЦІ GERX У ШКОЛЯРІВ	37
29	<i>Наконечна Х.Б.</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ, ГІПОВІТАМІНОЗУ D ТА ПОЛІМОРФІЗМУ VDR-ГЕНА У ДІТЕЙ	38
30	<i>Нікольська О.С., Леляго Г.В., Волошин К.В.</i> ЗАСТОСУВАННЯ LMS MOODLE В ОРГАНІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ДО НАПИСАННЯ ТЕСТОВИХ ІСПИТІВ З ПЕДІАТРІЇ	39
31	<i>Поливкан М.І.</i> АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕ- ТА ПРОБІОТИКІВ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ	40
32	<i>Продан О.В.</i> МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ	42
33	<i>Продан О.В., Чаглей Ю.Г.</i> КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-БАКАЛАВРА ДО КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКУ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	43
34	<i>Ращупкіна З.Е., Колісник В.О.</i> РИЗИК ПРИРОСТУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ	44
35	<i>Рева К.О., Ащеулов О.М.</i> ВПЛИВ ХРОНІЧНИХ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ ІЗ ВІЙСЬКОВОЮ АГРЕСІЄЮ НА СТАН ІМУННОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ	46
36	<i>Решко А.І., Рудан К.В.</i> ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ БРОНХІОЛІТУ В ДІТЕЙ ЗА КЛІНІЧНИМИ КРИТЕРІЯМИ З УРАХУВАННЯМ ФАКТОРІВ РИЗИКУ	47

37	<i>Савченко Д.С.</i> ЛАКТОФЕРИН ЯК ІНТЕГРАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК ГЛИБИНИ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ	48
38	<i>Сивогривова К.Б.</i> ПРИЗИН, ЯК МАРКЕР РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ ОСТЕОАРТРОПАТІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ	49
39	<i>Синоверська О.Б., Лазуркевич Х.О.</i> ПОЛІСОМНОГРАФІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ДІТЕЙ З РЕКУРЕНТНИМИ ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА ФОНІ ЛІМФАДЕНОЇДНОЇ ГІПЕРТРОФІЇ	50
40	<i>Спільник М.С.</i> МОЖЛИВОСТЬ ВИКОРИСТАННЯ БІЛКУ S100 В ДІАГНОСТИЦІ ПЕРИФЕРИЧНОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ДІТЕЙ	52
41	<i>Ткачук Р.В., Білоус Т.М., Гарас М.Н., Ткачук В.І.</i> МОЖЛИВОСТІ ЗАСОСУВАННЯ ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ У ВИЗНАЧЕННІ АКТИВНОСТІ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПОЗАГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ	53
42	<i>Фісун К.О., Рябова С.В., Карпушенко Ю.В.</i> ГОДУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ	54
43	<i>Харук Н.В., Гарас М.Н.</i> НОЗОЛОГІЧНА СТРУКТУРА РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	56
44	<i>Чумак О.Ю., Волоха А.П.</i> ЗВ'ЯЗОК ОКРЕМИХ НЕОНАТАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ІМУНІТЕТУ З ІНФЕКЦІЙНОЮ ЗАХВОРЮВАНІСТЮ ДІТЕЙ ВІКОМ 1-36 МІСЯЦІВ	57
45	<i>Шевченко Н.С., Крутенко Н.В.</i> ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПІДЛІТКІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	59
46	<i>Шевченко Н.С., Крутенко Н.В.</i> ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КАРДІОСПЕЦИФІЧНИХ МАРКЕРІВ У ПІДЛІТКІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	60
47	<i>Шкільна І.І., Обзор Т.А.</i> ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ	62
48	<i>Шлеєнкова Г.О., Черкашин М.М., Шевченко Н.С.</i> СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НА ТЛІ СТРЕССОВОГО ФАКТОРУ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ В УКРАЇНІ	63
49	<i>Popeliuk N.O., Nechitailo Y.M., Popelyuk O.-M.V.</i> CHARACTERISTICS OF DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ATYPICAL RESPIRATORY CONDITIONS IN CHILDREN	65
50	<i>Popeliuk N.O., Popelyuk O.-M.V.</i> PECULIARITIES OF TREATMENT OF RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN WITH FUNCTIONAL DIGESTIVE DISORDERS	66
51	<i>Popov S.V., Profatylo A.O.</i> EVALUATION OF INFLAMMATORY REACTIONS IN NEWBORNS WITH NEONATAL ENCEPHALOPATHY	67
52	<i>Popov S.V., Profatylo A.O.</i> FEATURES OF CLINICAL ASSESSMENT OF NEWBORNS WITH NEONATAL ENCEPHALOPATHY	68
53	<i>Voloshyn K.V., Letiaho H.V., Slobodyanuk O.L.</i> ESOPHAGEAL MUCOSA CHANGES IN CHILDREN WITH GASTRODUODENAL MOTILITY DISFUNCTION	69

Відповідальність за зміст повідомлень несуть автори

Наукове видання

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Матеріали X ювілейної щорічної науково-практичної конференції молодих
вчених та студентів
з міжнародною участю,

27 лютого 2025 року, м.Харків

Автор ідеї: Волошин К.В.

Відповідальний за випуск: Волошин К.В.

Фото на обкладинці: Штрах Ігор

Фото надане: Штрах К.В.

Дизайн та макет обкладинки: Волошин К.В.

Електронне видання
