

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 XI науково-практичної конференції молодих вчених та
студентів з міжнародною участю



Харків 2026

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

26 лютого 2026 року – Харків, 2026. – 87 с.

Відповідальний за випуск

Волошин К.В.

Харків 2026

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНІНГУ ВРОДЖЕНОЇ ДИСФУНКЦІЇ КОРИ НАДНИРНИКІВ

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

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

Актуальність. Вроджена дисфункція кори наднирників (ВДКН) належить до тяжких спадкових ендокринних захворювань, які за відсутності своєчасної діагностики можуть призводити до розвитку гострих життєзагрозливих станів у новонароджених. Запровадження неонатального скринінгу суттєво підвищило можливості раннього виявлення ВДКН, однак результати скринінгових досліджень не завжди є однозначними. Це зумовлює ризик як хибно-позитивних, так і хибно-негативних результатів, особливо у недоношених дітей та новонароджених із супутніми перинатальними ускладненнями. В Україні з 1 жовтня 2021 року здійснюється розширений неонатальний скринінг на 21 орфанне захворювання, включно з ВДКН, проте неповне охоплення новонароджених та організаційні труднощі можуть впливати на ефективність програми.

Мета. Проаналізувати труднощі діагностики вродженої дисфункції кори наднирників у межах неонатального скринінгу на прикладі двох клінічних випадків.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз двох клінічних випадків дітей, яким виконували неонатальний скринінг на ВДКН. Оцінювали дані клінічного перебігу, результати лабораторних досліджень (рівень 17-гідроксипрогестерону, кортизолу, електролітів), інструментальних методів обстеження (ультразвукове дослідження наднирників), а також результати повторних скринінгових досліджень і консультацій суміжних спеціалістів.

Результати. У першому клінічному випадку у передчасно народженої дитини первинне скринінгове дослідження виявило підвищений рівень 17-гідроксипрогестерону, який перевищував порогові значення для відповідного гестаційного віку (≥ 65 нг/мл для новонароджених з терміном гестації 23–32 тижні; ≥ 40 нг/мл для дітей з гестаційним віком 33–36 тижнів), що розцінювалося як хибно-позитивний результат. Повторне дослідження на 21 день життя показало нормалізацію показників, електролітні порушення були відсутні, клінічні ознаки ВДКН не спостерігалися, що підтверджує високу ймовірність хибно-позитивних результатів у недоношених новонароджених.

У другому клінічному випадку у доношеної дитини з клінічними ознаками, характерними для вродженої дисфункції кори наднирників (гіперпігментація зовнішніх статевих органів), первинний неонатальний скринінг не виявив підвищення рівня 17-гідроксипрогестерону понад порогове значення для доношених новонароджених (≥ 20 нг/мл) і був розцінений як негативний. При повторному дослідженні зафіксовано підвищення рівня 17-гідроксипрогестерону вище 20 нг/мл, що у поєднанні з клінічними проявами зумовило підозру на ВДКН. Даний клінічний випадок ілюструє можливість хибно-негативних результатів первинного неонатального скринінгу та підкреслює важливість повторного тестування.

Висновки. Неонатальний скринінг є важливим інструментом ранньої діагностики ВДКН, проте не виключає можливості помилкових результатів. Повторні скринінгові дослідження та ретельна клінічна оцінка новонароджених є необхідними умовами для своєчасного встановлення діагнозу. Підвищення обізнаності лікарів щодо обмежень неонатального скринінгу та застосування мультидисциплінарного підходу сприятимуть зменшенню діагностичних помилок і профілактиці тяжких ускладнень ВДКН.

КЛІНІКО – АНАМНЕСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ШКОЛЯРІВ З АЛЕРГІЄЮ

Батюк Л.В., Чуприна М.В., Карпушенко Ю.В.

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики педіатрії

Вступ. Однією з найпоширеніших форм хронічної патології у дітей шкільного віку є алергічні захворювання. Імунозапальні механізми алергії можуть поширюватися на різноманітні функціональні системи організму, включаючи шлунково-кишковий тракт (ШКТ). В останній час ця тема набуває більшої актуальності, їй присвячено багато наукових досліджень, що викликають дискусії. Вивчення клініко-анамнестичних особливостей гастроудоденальних захворювань у школярів з алергією є актуальним для своєчасної діагностики, визначення факторів ризику та оптимізації лікувально-профілактичних заходів.

Мета. Покращення діагностики уражень ШКТ тракту у дітей з алергією шляхом поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 84 історій хвороб школярів з патологією ШКТ із оцінкою клініко - анамнестичних даних. 48 з них - діти основної групи з гастроудоденальною патологією на тлі алергії та 36 - контрольна група без алергічних проявів.

Результати дослідження. Статевий розподіл в основній та контрольній групах відносно рівномірний з переважанням хлопчиків (60,4% та 58,3% відповідно). Статевіковий аналіз виявив переважання жіночої статі в групі 13–18 років (73,4% проти 42,9%). Аналіз коморбідних нозологічних форм показав сполучання бронхіальної астми (БА), алергічного риніту (АР), атопічного дерматиту (АД), сполученої алергії (СА) та гастроудоденальної патології (функціональної диспепсії (ФД), хронічного гастроудоденіту (ХГД) та гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ)). Найчастіше алергія сполучалась з ХГД: при АД він виявлявся у 41,6%, АР – 27,0%, СА – 20,8%, БА - у 18,8%. У пацієнтів з АД та АР відмічена у 25,0% та 14,5% відповідно, так само, як і при ГЕРХ (25,0% і 20,8% відповідно).

Вивчення спадковості визначило переважання обтяженої спадковості за гастропатологією у пацієнтів групи контролю (68,4%), в той час, як в групі коморбідних станів спадковість була обтяженою за обома лініями – гастропатологією у 43,8% та алергопатологією – у 52,0%.

Аналіз скарг виявив більшу частоту різноманітних скарг у пацієнтів контрольної групи - больового синдрому (86,8%), відрижки (81,6%) та нудоти (47,3%), в основній групі вірогідно частіше турбувала печія (37,5%) та блювота (14,6%). Отримані результати можна пояснити профільністю обстеження пацієнтів: так, пацієнти з алергічними захворюваннями менше акцентували увагу на гастроентерологічних скаргах, в той час, як для пацієнтів, що обстежувались в гастроентерологічному відділенні, ці скарги були основними.

Висновки. Коморбідна алергічна та гастроентерологічна патологія характеризується переважанням чоловічої статі, частіше серед дітей старшого шкільного віку. ХГД частіше сполучається з алергопатологією: виявляється у 41,6% дітей з АД, 27,0% АР, 20,8% дітей зі сполученими формами алергії, 18,8% з БА. АД та АР – захворювання з найрізноманітнішими формами гастроентерологічних проявів (висока частота ФД, ГЕРХ та ХГД). Коморбідна патологія характеризується обтяженою спадковістю як за алергопатологією (52%), так і за гастропатологією (44%). Гастроентерологічні скарги (больовий синдром, нудота, відрижка)

частіше виявляється в групі контролю (86,8%, 86,1%, 47,3% відповідно), дітей з коморбідною патологією вірогідно частіше турбує печія (37,5% проти 5,2%) та блювання.

Отримані дані підкреслюють необхідність комплексного обстеження дітей з алергією для раннього виявлення уражень шлунково-кишкового тракту та оптимізації діагностики і лікування.

БІОХІМІЧНІ ОСНОВИ ОЖИРІННЯ В ДІТЕЙ

Бешега П.Д.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Звіт Міжнародної робочої групи з ожиріння показує, що кожна п'ята дитина в Європі має зайву вагу або ожиріння, і щороку з'являється близько 400 тис. нових діагнозів надмірної ваги й ожиріння в дітей. Поширеність ожиріння серед дітей в Україні також стрімко зростає, досягаючи рівня епідемії. В Україні кожна п'ята дитина (близько 22%) має надлишкову вагу, а 8% страждають на ожиріння. Наявність зайвою ваги в дітей підвищує ризики діабету, гіпертензії та серцево-судинних хвороб.

Мета – оцінити біохімічні показники крові в дітей із ожирінням.

Матеріали та методи. В ході дослідження було проаналізовано медичну документацію 55 дітей із ожирінням віком 7-15 років. Показники індексу маси тіла у цих дітей дорівнювали або були вищими за показники 95 перцентилію. Вміст загального холестерину (ЗХС, референсний інтервал 0,00-5,17 ммоль/л), тригліцеридів (ТГ, референсний інтервал 0,00-1,69 ммоль/л), ліпопротеїдів високої (ЛПВЩ, референсний інтервал 1,04-1,55 ммоль/л) і низької щільності (ЛПНЩ, референсний інтервал 2,59-4,11 ммоль/л) досліджені імуноферментним методом, рівень кальцію, фосфору крові — загальноприйнятими методами.

Результати. Медіана віку пацієнтів (Me, 25Q - 75Q) становила 14,5 (7-15) років. Серед них переважали хлопчики, кількість становила 30 (54,5%).

Дослідженням показників ліпідного обміну у дітей із ожирінням виявлено підвищені рівні ЗХС 4,14 [ДІ:3,52–4,96 ммоль/л] та ТГ 1,21 [ДІ: 0,92–1,63) ммоль/л]. Отримані результати вказують на підвищення власне атерогенних ліпідів у дітей із ожирінням. Традиційні показники фосфорно-кальцієвого обміну у більшості досліджуваних варіювали в референтних значеннях: гіпокальціємія виявлена лише у 2 (6,2%) дітей із ожирінням, гіпофосфатемія - у 3 (5,4%) пацієнтів.

Висновок. Серед дітей із ожирінням переважають хлопчики. У дітей із ожирінням реєструється дисліпідемія за рахунок зниження низькоатерогенних і підвищення високоатерогенних фракцій ліпідів. Традиційні показники фосфорно-кальцієвого обміну знаходяться в межах референтних значень.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ОЖИРІННЯ В ДІТЕЙ

Бешега П.Д.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Ожиріння – одне із найбільш поширених захворювань як у дорослих, так і дітей. На сьогодні надмірну масу тіла мають більше 1 мільярда людей у світі. Відомо, що кількість дітей із надлишковою масою тіла та ожирінням кожні три десятиріччя збільшується вдвічі. За результатами дослідження, проведеного за ініціативи Європейської ініціативи ВООЗ, в Україні кожна п'ята дитина віком 6-8 років має надлишкову масу тіла.

Більшість дослідників дитячого ожиріння відзначають, що надлишкова маса тіла має довготривалі наслідки, оскільки часто переходить в ожиріння в дорослому віці та підвищує ризик розвитку низки хронічних захворювань, таких як гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, хвороби опорно-рухового апарату та репродуктивної системи. Окрім фізичних наслідків, дослідження свідчать, що діти з надлишковою масою тіла часто постають перед психологічними труднощами, такими як знижена самооцінка, тривожність і депресія.

Мета дослідження: проаналізувати особливості клінічного перебігу ожиріння в дітей.

Методи дослідження. Методи обстеження включали збір анамнезу, антропометрію, лабораторні та інструментальні методи обстеження в 75 дітей шкільного віку. Фізичний розвиток оцінювали за центильними таблицями. Діагноз надмірної маси тіла встановлювали при ІМТ, який перевищує 85 перцентиль, але є меншим 95 перцентилю згідно з віково-статевими номограмами, ожиріння – при значеннях ІМТ, які дорівнюють або ж є вищими за показники 95 перцентиля. Надлишкову масу тіла (НМТ) діагностували при значеннях ІМТ, які становлять від 5 до 85 перцентиля. ІМТ оцінювали за стандартизованими перцентильними таблицями (ВООЗ, 2007).

Результати. За результатами дослідження 44 дітей (58,6%) мали НМТ та 31 дитина (41,4%) ожиріння. Як серед осіб із НМТ (56,8 %), так і з ожирінням (51,6%) перевагу мали хлопчики. Аналізуючи вік обстежених пацієнтів встановлено, що НМТ та ожиріння найчастіше реєструвались серед хлопчиків старше 17 років (59,4 %) та у дівчаток 15-16 років (64,2%, рф <0,05).

Абсолютна більшість дітей мали спадкову обтяженість щодо хронічної патології. У кожної третьої особи родичі страждали захворюваннями гепатобіліарної системи, підшлункової залози, органів шлунково-кишкового тракту. Обтяжену спадковість на гіпертонічну хворобу, цукровий діабет 2-го типу та іншу ендокринну патологію було виявлено у 59,4 % дітей із ожирінням. Серед скарг у дітей із ожирінням найчастіше були підвищений апетит (77,7%), спрага (66,6%), зростання артеріального тиску (51,1%), запаморочення (24,4%), носові кровотечі (22,2), кардіалгії (20,0%).

Євнуходні риси статури, гіноїдний тип ожиріння виявлено у трьох підлітків чоловічої статі, несправжня гінекомастія - у одного підлітка. У чотирьох підлітків жіночої статі виявлено гірсутизм, у трьох – акне та жирну себорею, що розцінено нами як ознаки андрогензалежних дермопатій.

Висновок. Дитяче ожиріння характеризується гендерною (частіше трапляється у хлопчиків) та віковою особливістю (період пубертату та юнацький вік), перебігає на фоні спадкової схильності та має різноманітні клінічні симптоми.

ОМЕНН-СИНДРОМ — СКЛАДОВА ПРОЯВУ ТЯЖКОГО КОМБІНОВАНОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ

Вакуленко А.І., Колісник В.О.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №2

Актуальність. Первинні імунодефіцити — поширені стани, які охоплюють значну групу захворювань та часто можуть бути неправильно діагностовані. Тяжкий комбінований імунодефіцит призводить до порушення функціонування гуморального та клітинного імунітету. Його механізм полягає в тому, що Т-клітини мають низький рівень, внаслідок чого В-клітини не виробляють антитіла та імунна пам'ять не формується, що призводить до виникнення дефіциту комплементу. При Оменн-синдромі найбільше проявляються захворювання шкірних покривів, лімфоїдних органів та порушення функцій шлунково-кишкового тракту. Основну роль у постановці діагнозу відіграють лабораторні методи обстеження, що включають в себе інтерпретацію клінічного аналізу крові, в багатьох випадках виявляється лімфопенія та еозинофілія. Методи діагностики та лікування імунодефіцитів постійно розширюються, з'являються можливості ранньої та раціональної терапії.

Мета дослідження: дослідити причинно-наслідкові зв'язки вроджених захворювань з патологією імунної системи, з'ясувати прояви, методи діагностики та лікування Оменн-синдрому, який є складовою тяжкого комбінованого імунодефіциту.

Матеріали та методи: для реалізації поставленої мети проаналізовано клінічний випадок пацієнта. Дитина поступила у відділення реанімації та інтенсивної терапії КНП “Міська багатопрофільна клінічна дитяча лікарня №25” ХМР в тяжкому стані, з такими симптомами: стійка лихоманка, прояви дихальної недостатності зі зниженням сатурації кисню (SpO_2 - 75-85%). При об'єктивному обстеженні звертали увагу полідактилія, значне відставання у фізичному розвитку, гіпотрофія II-го ступеню, мармуровий відтінок шкірних покривів. За клініко-рентгенологічними даними встановлений діагноз: двобічна вогнищева пневмонія, позагоспітальна, ускладнена загальнотоксичним синдромом. Лімфаденопатія. Гепатолієнальний синдром.

Результати: з 1,5-місячного віку у дитини спостерігались часті та затяжні респіраторні захворювання. На фоні лікування антибактеріальними препаратами пеніцилінового та цефалоспоринового ряду часто виникали ознаки алергічного дерматиту. У віці 4-х місяців дитина проходила стаціонарне лікування з приводу вторинного інфікування епідермальним стафілококом, синдром ендогенної інтоксикації, токсикодермії, з приєднанням гострого респіраторного захворювання, гострого назофарингіту, правобічного тубоотиту. При обстеженні виявлено пілоростеноз, катаральний езофагіт; вторинну лактазну недостатність, порушення обміну жирних кислот, дисбіоз кишечника, що призвело до гіпотрофії II-го ступеню. В клінічному аналізі крові виявлялася стійка тромбоцитопенія, лейкоцитоз та інколи лейкопенія, еозинофілія, моноцитоз. За весь період перебування в стаціонарі стан дитини залишався тяжким. Зберігалася лихоманка, десквамативна еритродермія, лімфаденопатія, гепатолієнальний синдром. Перебіг пневмонії характеризувався антибіотикорезистентністю з проявами деструкції та дворазовим розвитком правобічного напруженого пневмотораксу, у зв'язку з чим налагоджувався дренаж по Бюлау. Через певний період приєдналися часті епізоди діареї, ознаки вторинної кардіопатії, явища наростаючої анемії, тромбоцитопенії, періодичного лейкоцитозу, стійкої еозинофілії, диспротеїнемії. Результати ультразвукового дослідження вказували на наявність лімфаденопатії, збільшення розмірів печінки, селезінки, відсутність візуалізації вилочкової залози. Дитина неодноразово консультована лікарями інших спеціальностей.

На основі вищеперерахованого виникла підозра на наявність у пацієнта імунодефіциту, у зв'язку з чим було проведено дослідження клітинної та гуморальної ланки імунітету, фагоцитозу. В результаті чого виявлено підвищення значень Т-лімфоцитів (CD3+), зниження рівнів Т-хелперів (CD4+), співвідношення Тх/Тс (CD4/ CD8), суттєве зниження значень В-лімфоцитів (CD19+), а також рівня IgA, M, G при помірному підвищенні рівнів IgE.

З урахуванням клінічних симптомів, лабораторних значень, сформовано основний діагноз: первинний тяжкий комбінований імунodefіцит з клінічним феноменом синдрому Оменна. Незважаючи на проведення інтенсивної антибактеріальної, патогенетичної, замісної, симптоматичної терапії захворювання прогресувало з розвитком поліорганної недостатності та летальним наслідком.

Висновки: встановлення діагнозу первинного імунodefіциту вимагає ранньої діагностики та відповідного лікування для попередження ускладнень. Патогенетичний, клінічний перебіг ускладнює підбір раціональної терапії при тяжких імунodefіцитних станах. Найбільш часто при синдромі Оменна використовують аlogenну НЛА трансплантацію кісткового мозку (ТКМ), гемопоетичних стовбурових клітин (ТГСК), замісну, генну та симптоматичну терапію. Своєчасна діагностика та лікування сприяє значній виживаності дітей. Лікування супутніх захворювань призводить до покращення стану та швидкого одужання.

ЕКОЛОГО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВРОДЖЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Власова О.В., Боднарюк Н.І., Романова С.І.

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

Актуальність. Зростання частоти вроджених вад розвитку (ВВР) є актуальною проблемою сучасної педіатрії, оскільки ця група патології суттєво впливає на показники інвалідизації та дитячої смертності. У сучасних умовах особливої уваги потребує оцінка тератогенного впливу факторів довкілля, зокрема в регіонах, які належать до екологічно сприятливих через відсутність екстремальних перевищень гранично допустимих концентрацій (ГДК). Постійний вплив антропогенних чинників низької інтенсивності може мати кумулятивний характер та асоціюватися з порушенням процесів ембріонального морфогенезу. Тривале антропогенне навантаження у місцях постійного проживання батьків зумовлює хронічний вплив забруднювальних факторів, що може мати негативний вплив на перебіг внутрішньоутробного періоду із формуванням ВВР. Важливим є встановлення впливу токсикантів на формування «фатальних» аномалій (вад серцево-судинної, нервової систем та множинних вад), які є критичними для виживання плода та новонародженого. Просторова неоднорідність екологічного навантаження в межах досліджуваних територій обумовлює доцільність аналізу кореляційних зв'язків між величиною експозиції до екотоксикантів та частотою виникнення ВВР.

Мета дослідження. Вивчити кореляційний зв'язок між рівнем антропогенного навантаження в районах Чернівецької області та частотою виникнення ВВР у дітей.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані моніторингу ВВР у 11 районах області та м. Чернівці за 10 років. На основі даних ДГП «Північукргеологія», НДІ медико-екологічних проблем та ЧНУ ім. Ю. Федьковича проведено картування територій. Стійкість забруднення ґрунту екотоксикантами підтверджена динамічними спостереженнями. Обчислювали коефіцієнт інтегрального забруднення (КІЗ) як суму відношень концентрацій металів до їх ГДК. Межею безпеки визначено КІЗ $2,89 \pm 0,05$ у.о. До факторів низької інтенсивності відносили чинники, що не перевищували рівень ГДК. Ознакою комплексної оцінки тривалого навантаження на організм батьків новонароджених антропогенного забруднення повітря, води і ґрунту виступав запропонований коефіцієнт екологічного ризику (КЕР) з урахуванням екологічної обстановки в обласних центрах. Він складався з оцінки даних антропогенного забруднення повітря, води та ґрунту в

Чернівецькій області за останні три роки, що представлені в щорічних збірниках Державної служби статистики у відповідній області. Відповідно до цих даних вираховувався КЕР, та при роздільній точці 2,0 проводилась стратифікація об'єму подальших досліджень. Отримані результати дослідження аналізували за допомогою комп'ютерного пакету «Statistica 6» Stat Soft і Excell XP для Windows на персональному комп'ютері з використанням параметричних і непараметричних методів обчислення.

Результати. Встановлено пряму міцну залежність між рівнем КЕР у місцях проживання батьків та кількістю вроджених аномалій у дітей ($r=0,73$, $p<0,05$). У районах екологічного неблагополуччя ($КЕР \geq 2,0$) загальна частота вад становила 50,36%, тоді як у сприятливих зонах — 39,0% ($p<0,05$). У м. Чернівці зафіксовано найвищу частоту аномалій (79,0%). При перевищенні порогу КІЗ ґрунту ($>2,89$) ризик виникнення «фатальних» вад розвитку (серця, ЦНС, множинні вади) зростав у 3,41 раза ($p<0,05$). Найбільш вразливими виявилися серцево-судинна система (СШ=1,92), кістково-м'язовий апарат (СШ=7,1) та хромосомний апарат (СШ=1,83). Незважаючи на те, що регіон офіційно вважається екологічно сприятливим (через відсутність екстремальних перевищень ГДК), тривалий вплив стимулів низької інтенсивності призводить до кумулятивного тератогенного ефекту. При цьому частота передчасних пологів суттєво не відрізнялася (2,78% проти 3,09%, $p>0,05$).

Висновки:

1. Патогенна дія екологічного фону в Чернівецькій області має прихований (кумулятивний) характер, що проявляється зростанням частоти «сторожових» вад розвитку при формальному дотриманні норм ГДК.
2. Екологічні фактори низької інтенсивності мають виражений селективний вплив на морфогенез плода, не впливаючи на тривалість гестації.

КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Ганик Д.О., Шахова О.О.

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

Бронхіальна астма (БА) є одним із найпоширеніших хронічних захворювань дитячого віку яке зберігає високу медико-соціальну значущість. У дітей шкільного віку формується відносно стабільний клінічний фенотип захворювання, однак перебіг залишається гетерогенним, від контрольованих форм до тяжких персистувальних варіантів захворювання із високим ризиком тяжких загострень. Відповідно до сучасних положень Global Initiative for Asthma, у цій віковій групі переважає Т2-опосередковане алергічне запалення, що визначає взаємозв'язок між атопією, бронхіальною гіперреактивністю та клінічними проявами астми й обґрунтовує необхідність фенотип-орієнтованого підходу до ведення пацієнтів цієї вікової групи.

Метою дослідження було визначити клініко-анамнестичні та фенотипові особливості бронхіальної астми у дітей шкільного віку в післянападному періоді та оцінити їх динаміку під час спостереження.

Матеріали та методи. Обстежено 42 дитини шкільного віку (6-17 років) із персистувальною БА, у післянападному періоді, коли повністю зникали клінічні прояви обструкції бронхів, і відмінялися медикаменти, котрі могли вплинути на точність оцінки

неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів та імунологічні показники крові. Більшості дітей обстеження проводилися багаторазово в динаміці спостереження. Середня тривалість захворювання становила $5,9 \pm 0,77$ років (95%ДІ 3,1-5,5 років), тобто в більшості випадків БА в обстежених дітей можна розглядати як фенотип пізнього початку, який зазвичай асоціює з атопічною природою захворювання. У обстежених дітей змішана форма захворювання встановлена у 24 випадках (57,1%), а атопічна – у 18 підлітків (42,9%). У всіх дітей визначалася персистувальна форма захворювання, так, легкий ступінь БА встановлений у 6 хворих (14,3%), середньотяжкий – у 19 (45,2%) і тяжкий – у 40,5% випадків. Оскільки оцінка тяжкості БА багато в чому має суб'єктивний характер, у процесі спостереження відмічені її зміни у бік легшого перебігу. На початку динамічного спостереження легка персистувальна форма захворювання відмічалася у 7,7%, середньотяжка – у 30,8% і тяжка – у 61,5% дітей. Відмічено, що навіть за короткий період динамічного спостереження серед обстежених дітей суттєво збільшилась частка супутньої алергічної патології, за рахунок зростання поширеності алергічного риніту. Так, на початку анамнестичного спостереження вказана патологія визначалася лише у 55,0% дітей, зумовивши її зростання на 16,4% випадків при актуальному обстеженні.

Висновки. Таким чином, в більшості з обстежених дітей визначався фенотип бронхіальної астми «пізнього початку» з переважанням змішаної форми та легким і середньотяжким перебігом захворювання, який в процесі динамічного спостереження мав тенденцію до зменшення тяжкості, попри те, що супутня алергічна патологія з віком траплялася частіше.

АЦЕТИЛЯТОРНИЙ ФЕНОТИП ЯК ПРЕДИКТОР БРОНХІАЛЬНОЇ ГІПЕРРЕАКТИВНОСТІ ПРИ АСТМІ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ДІТЕЙ

Ганик Д.О., Шахова О.О., Кучерява В.А.

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

Бронхіальна астма фізичного навантаження (БАФН) є поширеним фенотипом астми в дитячому віці та розглядається як прояв підвищеної бронхіальної гіперреактивності й недостатнього контролю запалення дихальних шляхів. Вираженість бронхоконстрикції, індукованої фізичним зусиллям, може модифікуватися генетично детермінованими особливостями метаболізму, зокрема ацетиляторним статусом, що обґрунтовує доцільність дослідження його ролі у формуванні гіперсприйнятливості дихальних шляхів у дітей.

Метою дослідження було проаналізувати показники гіперсприйнятливості дихальних шляхів у дітей, хворих на астму фізичного зусилля, залежно від ацетиляторного статусу.

Матеріали та методи. Першу клінічну групу (I) сформували 27 дітей із фенотипом БА фізичного зусилля (індекс бронхоспазму (ІБС) > 12%) за повільного характеру ацетилювання, а решта 23 хворих на БА увійшли до складу другої (II) клінічної групи зі швидким типом ацетилювання. Групи порівняння не мали статистично значущих відмінностей за основними клінічними характеристиками. Оцінку неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів проводили до та після дозованого фізичного навантаження та інгаляційної проби з гістаміном, з урахуванням показників гіперчутливості, гіперреактивності та лабільності дихальних шляхів. Тип ацетилювання визначали методом В.М. Пребстинга – В.І. Гаврилова у модифікації Тимофеевої.

Виражена гіперсприйнятливість бронхів ($ПК20Г < 0,7$ мг/мл) спостерігалася у 73,3% дітей I групи та 66,6% дітей II групи. Показники ризику розвитку виразної гіперчутливості дихальних шляхів у дітей із повільним типом ацетилювання порівняно зі швидкими ацетиляторами становили: відносний ризик – 1,1 (95% ДІ 0,5 – 2,4), співвідношення шансів – 1,4 (95% ДІ 0,3 – 7,2). Таким чином, повільний тип ацетилювання асоціюється зі збільшенням ризику розвитку неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів за рахунок підвищеної лабільності та гіперчутливості дихальних шляхів, що може використовуватися для оцінки клінічно-інструментальної ремісії захворювання.

Висновок. Діти з бронхіальною астмою фізичного навантаження та повільним ацетиляторним типом мають підвищену бронхальну гіперсприйнятливість порівняно з швидкими ацетиляторами (відносний ризик – 1,1; співвідношення шансів – 1,4), що обґрунтовує врахування ацетиляторного фенотипу при оцінці контролю захворювання та персоналізації ведення пацієнтів.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО РОТАВІРУСНОГО ГАСТРОЕНТЕРИТУ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ З ПАТОГЕНЕТИЧНИМ ПІДХОДОМ

Головка М.І, Іванова Л.А

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

Актуальність. Гострі кишкові інфекції (ГКІ) є надзвичайно поширеним захворюванням серед немовлят та дітей у всьому світі. У розвинених країнах та у країнах, що розвиваються, віруси є основною причиною гострих кишкових інфекцій. Серед усіх вірусних діарейних агентів ротавірус є основною причиною гострих кишкових інфекцій у дітей віком до 5 років.

Актуальність оптимізації лікування ротавірусного гастроентериту зумовлена його лідерством у структурі дитячої смертності. За даними *Global Burden of Disease Study 2016*, ротавірус спричиняє майже 30% усіх летальних випадків від діарей у дітей до 5 років. Попри вакцинацію, інфекція залишається глобальною проблемою, охоплюючи навіть країни з високим рівнем доходу. Це вимагає вдосконалення терапії через впровадження сучасних патогенетично обґрунтованих підходів.

Основним ускладненням діарейних захворювань у дітей є дегідратація, яка визначає тяжкість перебігу хвороби та потребу в госпіталізації. Саме тому ключовим напрямком лікування гострих діарей залишається регідратаційна терапія. Впродовж тривалого часу стандартом лікування були пероральні регідратаційні розчини з високою осмолярністю, рекомендовані ВООЗ. Однак сучасні клінічні дослідження демонструють, що застосування гіпоосмолярних пероральних регідратаційних розчинів асоціюється зі зменшенням об'єму випорожнень, частоти блювання та потреби у внутрішньовенній інфузійній терапії.

Мета роботи – оцінити результативність використання регідратаційної суміші III покоління при лікуванні секреторних діарей у дітей першого року життя.

Матеріали та методи – робота виконувалася на базі інфекційного відділення Чернівецької обласної дитячої клінічної лікарні. До вибірки увійшло 108 немовлят з ознаками ексикозу на тлі гострого гастроентериту. Середній вік пацієнтів становив $9,2 \pm 0,8$ місяців. Більшість дітей проживали у сільській місцевості (58,7%), тоді як частка міських жителів склала 41,3%. За тяжкістю перебігу хвороби хворих можна поділити наступним чином: абсолютна більшість (97,3%) мали середньотяжкий ступінь перебігу, і лише у 2,7%

дітей було діагностовано тяжкий перебіг, який супроводжувався олігоанурією та гемодинамічними порушеннями. І ступінь дегідратації мали 51,9% хворих, II – 48,1%.

Було проведено дослідження випорожнень методом флуоресцентних антитіл, яке показало, що майже у половини хворих (49,1%) етіологічним чинником виникнення секреторної діареї була ротавірусна інфекція.

Для порівняльного аналізу всіх учасників ми розділили на дві групи: до I клінічної групи увійшло 73 дитини (67,5%), які отримували регідратаційну суміш III покоління в рамках оральної регідратаційної терапії (ОРТ). II клінічна група складалася з 35 пацієнтів, що складає 32,4% усієї вибірки, яким ОРТ ми забезпечували іншими регідратаційними розчинами. Варто зауважити, що обидві групи були також зіставлені за вихідними клінічними характеристиками.

Аналізуючи симптоматику у сформованій когорті, ми визначили, що діарейний синдром був досить вираженим: у 55% немовлят частота випорожнень перевищувала 6 разів на добу, ще у 5-ї частини (21,1%) – становила від 3 до 5 разів. Також значною проблемою було блювання, яке фіксувалося у 39,5% пацієнтів (матері 27,5% дітей повідомляли про наявність цієї скарги). У 27,5 % пацієнтів блювання мало багаторазовий та невпинний характер.

Результати дослідження. Спостерігаючи за станом пацієнтів протягом всього лікування, можемо стверджувати, що є ряд перевагу використанні регідратаційної суміші III покоління в межах ОРТ. У дітей I клінічної групи достовірно фіксували швидші темпи одужання: раніше нормалізувалася температура тіла, припинялося блювання, відновлювалися частота і характер стільця. Моніторинг змін тяжкості стану підтвердив, що починаючи вже з 3-го дня стаціонарного лікування хворі, що отримували суміш III покоління, почувалися об'єктивно краще, якщо порівнювати з II клінічною групою, яка приймала інші суміші.

Важливим критерієм ефективності стала динаміка відновлення маси тіла за 7 днів стаціонарного лікування. У дітей I групи середня прибавка у вазі склала $103,5 \pm 10,2$ г. Це суттєво більше, ніж у пацієнтів, які вживали інші суміші — там прибавка становила $78,5 \pm 8,7$ г (різниця статистично значуща, $p = 0,05$).

Аналіз результатів показав, що використання регідратаційної суміші III покоління знижує частоту застосування інвазивних процедур. Співвідношення шансів обмежитися ОРТ у I групі склало 3,7 у порівнянні з II клінічною групою.

Висновки. На підставі даного дослідження можна сформулювати висновок, що застосування регідратаційної суміші III покоління при гострих секреторних діареях у немовлят забезпечує швидшу позитивну динаміку. Це проявляється у прискореному припиненні блювання та діареї, нормалізації температури тіла та кращому наборі втраченої ваги. Така терапія підвищує шанси уникнути необхідності внутрішньовенної інфузії у 3,7 рази.

ПОІНФОРМОВАНІСТЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ 3 КУРСУ ЩОДО ДОНОРСТВА КІСКОВОГО МОЗКУ В УКРАЇНІ

Голюк К.О., Мірошніченко Т.А.

Навчально-науковий медичний інститут Сумського державного університету
Кафедра педіатрії

Вступ. Донорство кісткового мозку є одним із найбільш ефективних методів лікування тяжких гематологічних захворювань. Успішність трансплантації значною мірою залежить від своєчасного підбору сумісного донора. Таку функцію в Україні здійснює «Український реєстр донорів кісткового мозку» (UBMDR), діяльність якого спрямована на облік потенційних донорів, інтеграцію у світову систему пошуку та розширення можливостей надання високоспеціалізованої медичної допомоги. Водночас, рівень обізнаності щодо принципів роботи реєстру, умов вступу до нього та значення донорства кісткового мозку загалом залишається важливим чинником розвитку донорства та підвищення доступності трансплантації від неродинних донорів в Україні.

Мета. Визначити рівень інформованості, обізнаності та ставлення студентів-медиків 3 курсу ННМІ СумДУ щодо принципів роботи та значення «Українського реєстру донорів кісткового мозку»

Матеріали та методи. Проведено якісне дослідження шляхом анкетування студентів-медиків 3 курсу. Для збору даних застосовано структурований опитувальник за участі 20 респондентів, валідований на етапі пілотного тестування. Надійність і валідність інструменту підтверджені статистично:

Content Validity Ratio (CVR) = 0,46 – демонструє адекватність включених елементів;

Content Validity Index (CVI) = 0,89 – підтверджує покриття тематики та відповідність елементів змісту;

Item Importance Score (IIS) >1,5 – свідчить про високий рівень значущості кожного питання для досліджуваного феномену.

Дослідницькі питання:

-Яке ставлення студентів-медиків до UBMDR?

-Які фактори або обставини на думку студентів можуть впливати на рішення стати потенційним донором?

Аналіз результатів здійснюватися шляхом узагальнення відповідей та виділення ключових тематичних блоків.

Отримані результати. Аналіз відповідей дозволив виділити кілька ключових тематичних блоків.

1. Бажання допомогти іншим людям.
2. Дефіцит інформації про власне процедуру донорства і забір матеріалу.
3. Страх наслідків на власне здоров'я.

Важливо відмітити, що 75% опитуваних зацікавлені в отриманні додаткової інформації про донорство кісткового мозку в Україні так як вважають, що це суттєво може вплинути на їх рішення долучитись до Реєстру та стати потенційним донором.

Найбільш ефективними формами інформування студенти вважають:

- включення окремого навчального заняття з даної тематики;
- розробку доступних інформаційних матеріалів;
- проведення практичних тренінгів або донор-драйвів.

Висновки.

1. Рівень поінформованості студентів-медиків щодо діяльності Українського реєстру донорів кісткового мозку є недостатнім, що свідчить про потребу посилення інформаційно-освітньої роботи серед майбутніх лікарів.
2. Високий відсоток студентів, які зацікавлені в отриманні додаткової інформації, свідчить про наявність потенціалу для підвищення рівня залученості через цілеспрямовані освітні заходи.
3. Отримані результати підкреслюють необхідність інтеграції теми донорства кісткового мозку до освітніх програм медичних закладів вищої освіти з акцентом на доказову інформацію про безпеку процедури та механізми функціонування Реєстру.

ПЕДІАТРІЯ В УМОВАХ ВІЙНИ: УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ ДИТИНИ

Горбась В.А., Бугаєнко В.О., Васильєва О.Г., Спічакова Н.М.

Навчально-науковий медичний інститут СумДУ

Кафедра педіатрії

КНП «Дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» СМР

Повномасштабна війна в Україні кардинально змінила умови надання медичної допомоги дитячому населенню. Педіатрія воєнного часу характеризується поєднанням класичних медичних проблем із новими викликами, зумовленими безпековою нестабільністю, масовими переміщеннями населення, порушенням системи профілактики, зростанням психоемоційного навантаження на дітей та медичних працівників.

Однією з ключових проблем сучасної педіатрії в умовах війни є порушення безперервності медичного спостереження за дітьми. Часті евакуації, зміна місця проживання, втрата медичної документації ускладнюють динамічний контроль за дітьми з хронічними захворюваннями, недоношеними дітьми, пацієнтами з інвалідністю та орфанними хворобами. Це підвищує ризик декомпенсацій, загострень та відстрочених ускладнень.

Суттєвим викликом залишається зниження рівня охоплення профілактичними щепленнями. Перебування дітей у зонах бойових дій, страх батьків відвідувати заклади охорони здоров'я, перебої з логістикою та кадровим забезпеченням створюють умови для накопичення неімунізованих контингентів. Це формує загрозу спалахів керованих інфекцій, що в умовах війни може мати особливо тяжкі наслідки.

Окремої уваги потребує психічне здоров'я дітей. Тривалий вплив стресових факторів — повітряні тривоги, обстріли, втрата близьких, вимушене переселення — призводить до зростання тривожних розладів, порушень сну, поведінкових проблем, психосоматичних проявів. Педіатр воєнного часу змушений виконувати не лише клінічну, а й первинну психосоціальну функцію, виявляючи ознаки дистресу та спрямовуючи дитину до відповідних фахівців.

В умовах війни зростає роль міждисциплінарного підходу в педіатрії. Ефективне збереження здоров'я дитини можливе лише за умови тісної взаємодії педіатра з сімейним лікарем, психологом, психіатром, реабілітологом, соціальними службами та освітніми установами. Особливо це актуально для дітей із травмами, наслідками мінно-вибухових ушкоджень, хронічними захворюваннями та порушеннями розвитку.

Важливим аспектом є організаційна адаптація педіатричної служби до умов воєнного часу. Йдеться про гнучке планування роботи, забезпечення укриттів у закладах

охорони здоров'я, впровадження телемедичних консультацій, оптимізацію маршрутизації пацієнтів, навчання медичного персоналу діям у надзвичайних ситуаціях. Педіатр стає ключовою ланкою системи стійкості громади до кризових умов.

Таким чином, педіатрія воєнного часу — це не лише лікування соматичних захворювань, а комплексна діяльність, спрямована на збереження фізичного, психічного та соціального благополуччя дитини. Формування адаптивної, стійкої та пацієнт-орієнтованої педіатричної допомоги є одним із стратегічних завдань системи охорони здоров'я України в умовах тривалої війни та післявоєнного відновлення, особливо в регіонах, які максимально наближені до зони бойових дій.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ІЗ УКРАЇНИ ЗА КОРДОНОМ

Горюк Х.О.

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

Військова агресія Росії проти держави Україна, яка відзначається особливою підступністю і жорстокістю, цинічними вбивствами, гвалтуваннями жінок і дітей, катуваннями цивільного населення, знищенням цивільної інфраструктури, усе це спонукало громадян України до вимушених міграцій, шукаючи безпечного місця проживання для себе та членів своєї родини. Значна частина громадян України отримали допомогу всередині своєї держави і набули статусу внутрішньо переміщених осіб, інша ж частина громадян, незважаючи на побоювання, скористалася можливістю виїзду за кордон.

Відомо, що характер емоційно-поведінкових проявів у дітей і підлітків, які перебувають у складних життєвих ситуаціях, залежить від віку, а також індивідуальних психологічних і культурних особливостей.

Мета – оцінити рівень тривожності в дітей, які перебувають у вимушеній міграції.

Матеріали та методи. Проанкетовано 23 дітей та їх батьків, які перебувають у вимушеній міграції в США, за допомогою опитувальника “Оцінювання рівня тривожності й схильності дитини до неврозів». Анкета містить в собі ряд тверджень, за допомогою яких батьки мають можливість оцінити зміни в поведінкових реакціях своїх дітей протягом останнього часу. За кожну відповідь “так” нараховується – 2 бали, “іноді” - 1 бал, “ні” – 0 балів. Максимальна кількість балів – 30 балів, мінімальне значення – 0 балів.

Результати. У дітей, незалежно від віку, після важкої життєвої ситуації, були виявлені різні форми психоемоційних порушень. Найчастіше траплялися такі реакції дітей: дратівливість (78,2%), тремтіння, особливо при гучних звуках (73,9%), страхи (65,2%), хвилювання (65,2%), страх вийти на вулицю (43,4%), розчарування через дрібниці (43,4%), небажання грати в будь-які ігри (39,1%), проблеми з концентрацією уваги (39,1%),

порушення сну (34,7%), перепади настрою (34,7%), зображення, які з'являються в пам'яті впродовж дня (30,4%).

Висновок. Виявлені ознаки стресового стану не обов'язково є свідченням наявності серйозних відхилень у стані здоров'я дітей, а психоемоційний стан, ймовірно, відображає їх захисну реакцію на зовнішні стрес-фактори, відчуття небезпеки внаслідок тих подій, які їм прийшлося пережити.

ВПЛИВ ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ПОКАЗНИКИ ІМУНОЛОГІЧНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРИМ ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ

*Дяченко М.С., Усенко С.Г.**

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №2,

Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я*

Гострий обструктивний бронхіт (ГОБ) посідає одне з чільних місць у структурі захворюваності дітей перших років життя. Результати численних наукових праць свідчать, що кожна третя госпіталізація дитини з респіраторною патологією пов'язана саме з обструктивними процесами в бронхах. Попри глибоке вивчення механізмів розвитку та причин виникнення ГОБ, розробка методів ранньої діагностики та вдосконалення терапевтичних стратегій залишаються пріоритетними завданнями сучасної педіатрії.

Питання розвитку гострого обструктивного бронхіту у дітей на тлі хламідійної інфекції залишається надзвичайно актуальним у сучасній педіатрії. Згідно зі статистичними даними, хламідії ідентифікуються у 5–10% пацієнтів дитячого віку із зазначеною патологією.

Стан імунологічного гомеостазу у хворих дітей на гострий обструктивний бронхіт, інфікованих хламідіями, має свої особливості.

Мета дослідження. Проаналізувати стан імунологічного гомеостазу у дітей, інфікованих хламідіями.

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

Результати дослідження. У хворих на ГОБ, інфікованих хламідіями, в порівнянні з референтними показниками, відмічено підвищення відносної кількості CD4, CD8, CD22, показник фагоцитозу, рівня ЦІК з 3,5% ПЕГ, концентрації сироваткових IgA, IgM, IgG і абсолютної кількості CD3, CD4, CD8, CD22, CD25, а також зниження відносної кількості CD16, показників спонтанного НСТ, стимульованого НСТ, індексу активності нейтрофілів стимульованого і рівня лізосомально-катіонних білків.

Аналіз ступеню відхилень від норми показників субпопуляції Т-лімфоцитів показав, що мало місце помірне підвищення абсолютної кількості CD3, CD8 і CD25, а незначні зміни зареєстровані у підвищенні відносної кількості CD8, CD4, а також CD4 і зниження відносної кількості CD16. Що стосується таких показників, як абсолютний вміст CD16 і відносної кількості CD3 і CD25, то їх значення не відрізнялись від нормативних ($p > 0,05$).

Висновки. Аналіз отриманих результатів свідчить про стимуляцію Т-клітинної ланки імунітету у досліджуваної групи пацієнтів. Попри компенсаторну спрямованість цих

процесів, виявлене зниження рівня натуральних кілерів (CD16) вказує на ознаки імунної декомпенсації.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ

*Жар К.І., Горохова Г.С.**

КНП «Чернівецький обласний перинатальний центр»

ОКНП «Чернівецька обласна дитяча лікарня»*

Науковий керівник: проф. Власова О.В.

Актуальність. Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (ГІЕ) є станом мозкової дисфункції, що виникає внаслідок дефіциту кисню та порушення ауторегуляції мозкового кровотоку. У розвинених країнах частота ГІЕ становить від 1 до 8 на 1000 живонароджених. З огляду на високий ризик неонатальної смертності (20–30%) та інвалідизації (33–50% серед тих, хто вижив), вивчення клінічних особливостей перебігу захворювання є критично важливим для оптимізації терапевтичної стратегії.

Мета дослідження. Вивчити анамнестичні фактори ризику та динаміку клінічних проявів у новонароджених з ГІЕ різного ступеня важкості.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 54 новонароджених дітей (термін гестації > 36 тижнів), які перенесли ГІЕ у 2023–2024 рр. Пацієнти були розподілені на дві групи: I група (13 дітей) — ГІЕ помірного ступеня (Sarnat I); II група (41 дитина) — важкий перебіг (Sarnat II–III). Дослідження проводилося ретроспективно з оцінкою клініко-лабораторних даних на 1-шу, 3-тю та 7-му доби життя.

Результати дослідження. Середній вік матерів в обох групах становив близько 31 року. У групі з важким перебігом достовірно частіше реєструвалося родорозрішення шляхом кесарського розтину (41,4% проти 16,6% у I групі, $P < 0,05$). Також у II групі спостерігалися випадки фето-плацентарної недостатності (14,6%) та дистресу плоду (17,0%). У дітей II групи бали на 1-й хвилині були достовірно нижчими — 6,5 бала проти 7,8 бала у I групі ($P < 0,05$). На першу добу у пацієнтів II групи переважала неврологічна симптоматика: гіпорексія (66,7%) та гіпотонія (70,8%, $P < 0,05$). Потреба в інотропній підтримці була значно вищою у II групі — 40% проти 7,6% у I групі ($P < 0,05$). На 3-тю добу у групі з важким перебігом зберігалися судоми (27,7%) та тремор (11,1%). Глибоке пригнічення свідомості спостерігалося у 27,7% дітей II групи. Потреба у ШВЛ у цій групі становила 50,5%. До кінця тижня (7 доба) у 21,9% дітей II групи все ще був відсутній смоктальний рефлекс ($P < 0,05$). Ознаки сопору та глибокого порушення свідомості також залишалися характерними для пацієнтів з важким ступенем ГІЕ.

Висновки. Важкий перебіг ГІЕ асоціюється з нижчими балами за шкалою Апгар, високою потребою в апаратній вентиляції та інотропній підтримці. Клінічна картина пацієнтів другої групи характеризується стійким неврологічним дефіцитом (відсутність смоктального рефлексу, порушення свідомості) та ознаками мультиорганної дисфункції навіть на 7-му добу лікування.

ВПЛИВ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ НА ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН ТА РІВЕНЬ ЛЕПТИНУ В УКРАЇНСЬКИХ ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНО-АСОЦІЙОВАНОЮ СТЕАТОТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Завгородня Н.Ю., Кленіна І.А., Татарчук О.М., Кислова Р.М., Петішко О.П.
ДУ «Інститут гастроентерології Національної академії медичних наук України»,
м. Дніпро

Вступ. В останні роки спостерігається зростання кількості дітей, які страждають на метаболічно-асоційовану стеатотичну хворобу печінки (МАСХП). У 95% випадків розвиток цієї патології відбувається на тлі надмірної маси тіла або ожиріння. МАСХП у дітей не тільки знижує якість їхнього життя в короткостроковій перспективі, але й підвищує ризик розвитку віддалених наслідків, таких як цукровий діабет, серцево-судинні захворювання та метаболічний синдром у дорослому віці. Хронічний стрес, індукований воєнними діями в Україні, гіподинамія, зміни раціону харчування можуть призвести до прогресування несприятливих наслідків для здоров'я дітей.

Мета: визначити вплив тривоги, пов'язаної з війною, на вуглеводний обмін та рівень лептину у дітей з метаболічно-асоційованою стеатотичною хворобою печінки.

Матеріали та методи. У дослідження включено 90 дітей з МАСХП віком від 6 до 17 років, середній вік становив $11,50 \pm 0,33$ року. Визначення наявності стеатозу печінки проводили за допомогою транз'єнтної еластографії з визначенням CAP (FibroScan®502touch, Echosence, Франція). Наявність ожиріння підтверджували за допомогою біоімпедансного аналізу (TANITA MC-780MA, Японія). Скринінг на наявність тривожності проводився за допомогою опитувальника Screen for Child Anxiety-Related Disorders (SCARED).

Залежно від наявності тривожних розладів діти з МАСХП були розподілені на 2 групи: I група – 52 дитини з тривожними розладами, II група – 28 дітей без тривожних розладів. Контрольну групу склали 10 дітей з нормальною вагою без тривожних розладів.

Кількісне визначення концентрації інсуліну в сироватці крові проводили імуноферментним методом з використанням тест-систем фірми «DiaMetra», Італія, розраховували індекс НОМА-IR. Кількісне визначення концентрації лептину в сироватці крові проводили методом ІФА з використанням тест-систем фірми LDN LaborDiagnostika, Німеччина.

Результати. У пацієнтів I групи виявлено вірогідне підвищення медіани рівня інсуліну (в 1,4 рази, $p=0,010$) та індексу НОМА-IR (в 1,4 рази, $p<0,001$) відносно показників контрольної групи та в 1,3 рази ($p=0,015$) і 1,2 рази ($p=0,022$) порівняно з показниками II групи відповідно.

Рівень лептину в обох групах достовірно перевищував показники контрольної групи, а саме в 4,8 рази ($p<0,001$) в групі I та в 3,0 рази ($p=0,003$) в групі II. Крім того, у дітей з ожирінням і тривожністю його рівень був достовірно вищим в 1,6 рази ($p=0,027$) порівняно з дітьми без тривожності.

Виявлено кореляційні зв'язки між НОМА-IR та ІМТ ($r=+0,404$; $p<0,01$), жировою масою ($r=+0,585$; $p<0,01$), тривалістю ожиріння ($r=+0,341$; $p<0,05$), відсотком вмісту жиру ($r=+0,288$; $p<0,01$), рівнем загальної тривожності ($r=+0,291$; $p<0,05$), генералізованим тривожним розладом ($r=+0,356$; $p<0,01$), шкільною фобією ($r=+0,382$; $p<0,01$). Крім того, рівень інсуліну корелював з ІМТ ($r=+0,396$; $p<0,01$), коефіцієнтом атерогенності ($r=+0,293$; $p<0,03$), відсотком вмісту жиру ($r=+0,298$; $p<0,05$), тривалістю ожиріння ($r=+0,376$; $p<0,01$). Сильні прямі кореляційні зв'язки були виявлені між лептином та ІМТ ($r=+0,343$; $p<0,01$), жиром ($r=+0,345$; $p<0,05$), тривалістю ожиріння ($r=+0,432$; $p<0,01$), рівнем глюкози ($r=+0,295$;

$p < 0,05$) та розладом сепарації ($r = +0,279$; $p < 0,01$). Виявлені достовірні позитивні кореляційні зв'язки лептину з показниками тривожності свідчать про його участь у нейроімунній регуляції емоційного стану.

Висновки. У дітей з метаболічно-асоційованою стеатотичною хворобою печінки тривожні розлади асоціюються з посиленням інсулінорезистентності та гіперлептинемією, що може бути відображенням активації осі «стрес–нейроендокринна регуляція–імунна відповідь» і формування фенотипу стрес-індукованого метаболічного запалення. Таким чином, тривожність може розглядатися як потенційний модифікуючий фактор прогресування МАСХП.

ВПЛИВ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ НА СКЛАД ВІЛЬНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ В УКРАЇНСЬКИХ ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНО-АСОЦІЙОВАНОЮ СТЕАТОТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Завгородня Н.Ю., Кленіна І.А., Татарчук О.М., Кислова Р.М., Петішко О.П.

ДУ «Інститут гастроентерології Національної академії медичних наук України»,
м. Дніпро

Вступ. Метаболічно-асоційована стеатотична хвороба печінки (МАСХП) посідає одне з провідних місць серед патологій, пов'язаних з метаболічними порушеннями в дитячому віці. Одним із ключових патогенетичних механізмів МАСХП вважають порушення метаболізму жирних кислот, що проявляється зниженням активності β -окислення, підвищеним надходженням вільних жирних кислот у печінку та їх внутрішньоклітинним накопиченням, що ініціює ліпотоксичність і сприяє прогресуванню стеатозу. Тривожні та інші психоемоційні розлади, що виникають в умовах воєнного стану в Україні у дітей з МАСХП, обтяжують клінічний перебіг захворювання та ускладнюють лікування.

Мета: визначити вплив тривожності, пов'язаної з війною, на вміст вільних жирних кислот у сироватці крові у дітей з метаболічно-асоційованою стеатотичною хворобою печінки.

Матеріали та методи. У дослідження включено 90 дітей з МАСХП віком від 6 до 17 років, середній вік становив $11,50 \pm 0,33$ року. Визначення наявності стеатозу печінки проводили за допомогою транз'єнтної еластографії з визначенням CAP (FibroScan@502touch, Echosense, Франція). Наявність ожиріння підтверджували за допомогою біоімпедансного аналізу (TANITA MC-780MA, Японія). Скринінг на наявність тривожності проводився за допомогою опитувальника Screen for Child Anxiety-Related Disorders (SCARED). Залежно від наявності тривожних розладів діти були розподілені на 2 групи: I група – 52 дитини з тривожними розладами, II група – 28 дітей без тривожних розладів. Контрольну групу склали 10 дітей з нормальною вагою без тривожних розладів. Вміст метилових ефірів жирних кислот у сироватці крові визначали методом газової хроматографії. Розраховували загальний вміст вільних жирних кислот (ВЖК), кластерів насичених жирних кислот (НЖК) та мононенасичених вільних жирних кислот (МНЖК).

Результати. Виявлено тенденцію до підвищення медіани загального вмісту ВЖК у I групі в 1,9 рази ($4,47$ ($1,52$; $11,65$) $\mu\text{кг/мл}$ порівняно з контрольною групою ($2,41$ ($2,10$; $3,69$) $\mu\text{кг/мл}$, $p_{1-3} = 0,501$), у II групі - в 1,7 рази ($p_{2-3} = 0,485$). Різниця між I та II групами не досягла статистичної значущості ($p_{1-2} = 0,891$).

Медіана загального вмісту МНЖК у дітей I групи становила $0,73$ ($0,32$; $1,42$) $\mu\text{кг/мл}$, що було в 1,8 рази нижчим показників контрольної групи $1,28$ ($0,44$; $1,53$) $\mu\text{кг/мл}$. У II групі

концентрація МНЖК була нижчою в 2,0 рази порівняно з контрольною групою (0,65 (0,22; 1,31) мкг/мл, $p_{2-3} = 0,91$). Відмінностей між I та II групами не виявлено ($p_{1-2} = 0,930$), хоча спостерігалася тенденція до більш вираженого зниження медіани вмісту МНЖК у дітей II групи.

Вміст НЖК у дітей I групи був в 2,4 рази вищим, ніж у контрольній групі (2,38 (0,94; 9,16) мкг/мл проти 0,99 (0,58; 1,22) мкг/мл, $p_{1-3} = 0,396$). У II групі середній рівень НЖК був в 2,7 рази вищим, ніж у контрольній групі (2,69 (1,32; 7,93) мкг/мл, $p_{2-3} = 0,308$). Різниця між групами I та II не була статистично значущою ($p_{1-2} = 0,797$).

Загальний вміст ПНЖК в I групі в 1,8 рази перевищував показник контрольної групи (0,357 (0,12; 1,13) мкг/мл проти 0,194 (0,12; 0,28) мкг/мл, $p_{1-3} = 0,496$), в той час як у II групі цей показник був в 1,4 рази нижчим, ніж у контрольній групі (0,14 (0,06; 0,46) мкг/мл, $p_{2-3} = 0,788$). Відмінність рівня ПНЖК між I та II групами досягла статистичної значущості ($p_{1-2} = 0,049$).

Висновки. У дітей з метаболічно-асоційованою стеатотичною хворобою печінки спостерігається тенденція до підвищення загального вмісту вільних та насичених жирних кислот незалежно від наявності тривожних розладів. Наявність тривожності асоціюється зі статистично значущими відмінностями рівня поліненасичених жирних кислот між групами ($p=0,049$) та тенденцією до зниження мононенасичених жирних кислот. Отримані дані можуть свідчити про стрес-асоційовану перебудову метаболізму жирних кислот із потенційним посиленням ліпотоксичного та оксидативного навантаження у дітей з МАСХП.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У КЛІНІЧНО ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ М. СУМИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

Зайцев І.Е., Школьна І.І., Старостенко І.

Сумський державний університет

Навчально-науковий медичний інститут

Кафедра педіатрії

Мета дослідження вивчення функціонального стану серцево-судинної системи у дошкільнят в умовах військового стану.

Матеріали та методи. Випадковим методом у 2023 - 2025 роки було обстежено 170 клінічно здорових дітей віком від 4 до 6 років – вихованців середніх та старших груп міських та сільських дошкільних навчальних закладів: 83 (48,8%) хлопчика та 87 (51,2%) дівчаток. Програма дослідження включала клінічний огляд, оцінку фізичного розвитку, визначення функціональних показників серцево-судинної системи (частоти серцевих скорочень, систолічного та діастолічного артеріального тиску на верхніх кінцівках з використанням манжетки шириною 8 см, резервно-адаптаційних показників (систолічного об'єму крові, хвилинного об'єму кровотоку, індексу функціональних змін, індексу Робінсона). Функціональні дослідження проводилися за інформованою згодою батьків дітей групи спостереження. Функціональні дослідження проводилися з поінформованої згоди батьків дітей групи спостереження.

Результати та обговорення. Згідно з результатами дослідження, у 90,1% дітей встановлено нормальні вікові показники систолічного артеріального тиску, у 4,1% – підвищення (вище 111 мм рт. ст.), у 5,3% дітей зниження (нижче за 86 мм рт. ст.). Частота серцевих скорочень у 66,4% дітей перебувала в межах нормальних показників, тахікардію

(більше 126 уд/хв) визначили у 1,5%, брадикардію (менше 86 уд/хв) – у 32,1% обстежених дітей. Діастолічний артеріальний тиск у допустимих нормальних межах (48–66 мм рт. ст.) визначався у 86,3% дітей. У 6,1% обстежених спостерігалось його зниження щодо нижньої межі норми, у 7,6% випадків – підвищення щодо верхньої межі норми. При цьому показники резервноадаптаційних здібностей серцево-судинної системи обстежених дітей вказували на задовільний їх рівень лише у 93 (54,7±3,8%) дітей, а решта 77 (45,3±3,8%) – зниження адаптаційних можливостей організму.

Висновки. Результати вивчення показників функціонального стану серцево-судинної системи у дітей 4 – 5 річного віку показали, що майже у половини сучасних дошкільнят, за відсутності видимих патологічних відхилень серцево-судинної системи, спостерігається зниження функціональних та резервних можливостей. Рутинні дослідження функціонального стану системи кровообігу та використання розрахункових показників дозволяють на амбулаторному етапі прогнозувати реакцію дитини на фізичне навантаження та попередити стани, що загрожують здоров'ю та життю дитини.

НЕФЕРМЕНТУЮЧІ ГРАМНЕГАТИВНІ БАКТЕРІЇ У СТРУКТУРІ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У 2022–2024 рр.

Захарченко Н.А.

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

Інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ) стабільно посідають одне з провідних місць у структурі інфекційної патології, особливо у дитячому віці. Вони залишаються серйозним викликом як для амбулаторної, так і для госпітальної ланки медицини. Незважаючи на розвиток діагностичних методів, рівень захворюваності залишається високим, що зумовлює значне соціально-економічне навантаження на систему охорони здоров'я. Попри те, що традиційно основними етіологічними агентами вважаються представники родини Enterobacterales (зокрема *Escherichia coli*), останніми роками в клінічній практиці спостерігається тривожна тенденція до зростання питомої ваги неферментуючих грамнегативних бактерій (non-fermenting gram-negative bacilli, такі як *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* та інші). Ці мікроорганізми характеризуються надзвичайно високим адаптаційним потенціалом, що дозволяє їм виживати в агресивних умовах і швидко колонізувати слизові оболонки. Особливу тривожність викликає їхня виражена схильність до формування множинної антибіотикорезистентності, що суттєво обмежує вибір ефективних терапевтичних стратегій та підвищує ризик розвитку ускладнених і рецидивуючих форм захворювання.

Метою дослідження було проаналізувати частоту виявлення неферментуючих грамнегативних мікроорганізмів серед збудників ІСШ у 2022–2024 роках.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів бактеріологічних досліджень сечі у дітей, зі встановленим діагнозом інфекція сечовидільної системи, що знаходилися на лікуванні у КНП «Територіальне медичне об'єднання «Здорова родина» Запорізької обласної ради впродовж 2022-20224 рр. Проаналізовано 575 зразків сечі (166 – за 2022 рік, 228 – за 2023р. та 181 – за 2024р.) з позитивними результатами бактеріологічного дослідження щодо грамнегативної флори. Для розпізнання штамів бактерій застосовувалися загальноприйняті методи посіву сечі на готові живильні середовища фабричного виготовлення (Колумбійський кров'яний агар «BioMerieux»,

Франція і селективний шоколадний агар «BioMerieux», Франція. Верифікацію збудника проводили на бактеріологічному аналізаторі «BioMerieux», Франція.

Результати дослідження. Серед досліджуваних мікроорганізмів визначено два основні класи: ферментуючі грамнегативні бактерії (Enterobacterales) та неферментуючі грамнегативні бактерії (non-fermenters). До Enterobacterales належали *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Morganella morganii*, *Serratia marcescens* та *Providencia rettgeri*. Групу non-fermenters формували *Acinetobacter baumannii*, *Acinetobacter lwoffii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Alcaligenes faecalis* та *Burkholderia gladioli*.

У 2022 році група неферментуючих грамнегативних бактерій склала 17% (n=28). *Pseudomonas aeruginosa* становила 89%, *Acinetobacter baumannii* 7%, а *Stenotrophomonas maltophilia* – 4% серед бактерій цієї групи. Серед усіх грамнегативних бактерій показники були наступними: *Acinetobacter baumannii* 1,2%, *Pseudomonas aeruginosa* 15% та *Stenotrophomonas maltophilia* 0,6%.

У 2023 році спостерігалось збільшення різноманітності виділених non-fermenters збудників порівняно з попереднім періодом, проте загальна їх частка була меншою – 11% (n=24). *Pseudomonas aeruginosa* склала 67%, *Acinetobacter baumannii* – 13%, *Acinetobacter lwoffii* – 8%, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Alcaligenes faecalis* та *Burkholderia gladioli* по 4% кожний. Серед усіх грамнегативних бактерій, виділених у 2023 році, вони становили: *Pseudomonas aeruginosa* 7%, *Acinetobacter baumannii* – 1,3%, *Acinetobacter lwoffii* – 0,8%, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Alcaligenes faecalis* та *Burkholderia gladioli* по 0,4% кожний.

У 2024 році представники неферментуючих грамнегативних бактерій охоплювали лише 9% (n=17) і були представлені двома мікроорганізмами: *Pseudomonas aeruginosa* охоплювала 94%, *Acinetobacter lwoffii* – 6%. У загальній структурі грамнегативної флори, ідентифікованої протягом 2024 року, їхня частка склала 8,8% та 0,5% відповідно.

Як видно з наведених даних, питома вага неферментуючих грамнегативних бактерій зменшувалася з 2022 року до 2024 року, проте, відсотковий показник *Pseudomonas aeruginosa* залишався високим.

Висновки.

1. У 2022–2024 рр. серед збудників інфекцій сечовивідних шляхів переважали Enterobacterales, проте помітну частку (17% у 2022 р., 11% у 2023 р. та 9% у 2024 році) становили неферментуючі грамнегативні бактерії, що свідчить про їх клінічну значущість.
2. Результати проведеного дослідження підкреслюють необхідність локального мікробіологічного моніторингу та адаптації антибіотикотерапії у відповідь на зміни провідних збудників.

РОЛЬ МУЗИКОТЕРАПІЇ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ У СКЛАДНИХ ВИПАДКАХ: РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ І ОЧІКУВАННЯ БАТЬКІВ

Івасів Ю.В., Дубінська С.А., Стефанишин А.Б.

Івано-Франківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії

Актуальність. У світі близько 10% усіх дітей народжуються передчасно (дані ВООЗ). В Україні з 2013 року спостерігаються негативні тренди народжуваності, із різким

погіршенням показників із початком повномасштабної війни. У 2024 році 11 148 дітей народилися передчасно (6,16%), а кожна 4-та дитина має проблеми зі здоров'ям після народження (Центр громадського здоров'я, 2024). В структурі захворюваності хворих і передчасно народжених дітей одне з провідних місць займають захворювання з боку ЦНС, уроджені аномалії та хромосомні порушення. Тому особливої уваги та вдосконалення вимагають нейропротекторні практики. Одна зі складових комплексу таких заходів – музикотерапія.

Мета дослідження. Оцінити рівень обізнаності здобувачів медичної освіти щодо музикотерапії як складника нейророзвиткового догляду за новонародженими, а також вивчити очікування, досвід і сприйняття цього методу батьками передчасно народжених та хворих немовлят.

Завдання роботи. Провести анкетування здобувачів медичної освіти з метою визначення рівня їхніх знань про музикотерапію як терапевтичний і нейророзвитковий метод. Оцінити ставлення студентів до впровадження музикотерапії в клінічну практику неонатології. Провести опитування батьків / доглядальників щодо їхнього сприйняття музикотерапії, досвіду участі та готовності застосовувати її надалі. Вивчити обізнаність батьків щодо поведінкових сигналів новонародженої дитини та їхню здатність розпізнавати ознаки стресу, саморегуляції та готовності до взаємодії. Проаналізувати та узагальнити отримані результати з формуванням практичних висновків щодо подальшого впровадження музикотерапії у відділенні неонатології.

Методи дослідження. Дослідження виконане у форматі проспективного одноцентрового анкетування. Проведено структуроване опитування батьків / доглядальників дітей із постконцептуальним віком ≥ 28 тижнів, які перебували на лікуванні у відділенні інтенсивного виходжування та ранньої реабілітації передчасно народжених дітей КНП «Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня Івано-Франківської обласної ради». Опитувальник для батьків містив 33 запитання і охоплював такі тематичні розділи: обізнаність щодо музикотерапії як нейророзвиткового методу; сприйняття музикотерапії дитиною; вплив на психоемоційний стан батьків; готовність до подальшого застосування методу та бар'єри впровадження.

Паралельно проведене анонімне опитування здобувачів медичної освіти Івано-Франківського національного медичного університету. Опитувальник включав 11 запитань, спрямованих на визначення рівня знань, ставлення до методу та його практичного застосування. Отримані результати опрацьовано методами описової статистики, узагальнено та систематизовано відповідно до цілей дослідження.

Результати. В опитуванні здобувачів медичної освіти взяли участь 96 респондентів. Більшість – це особи віком 18–23 роки (66,4 %); 88,5% – жінки. Серед опитаних 65,6% – студенти, 17,7 % проходять інтернатуру, 4,2% – аспірантуру, інші працюють за фахом. Більшість (63,5%) зазначили, що знайомі з методом музикотерапії, однак основним джерелом інформації є соціальні мережі; менша частина отримує знання з наукових публікацій, конференцій або занять. Водночас 38,6% респондентів не обізнані з методом. Щодо впливу музикотерапії на новонароджених ≥ 28 тижнів гестації, 81,3% опитаних вважають його позитивним або різко позитивним, 8,3% – нейтральним, ще 8,3 % не змогли відповісти через нестачу інформації; лише 1% припускають негативний вплив. 63,5% респондентів очікують як наслідок інтервенції покращення дозрівання мозку та загальної стабілізації стану, 74,5% – покращення сну. Водночас виявлено помилкові уявлення щодо показань до проведення сеансів: 42,7% вважають допустимим застосування музики при ознаках надмірної стимуляції дитини, що суперечить клінічним рекомендаціям. Більшість

переконані, що метод має наукове підґрунтя, однак не впевнені щодо його впровадження в закладах м. Івано-Франківська, що свідчить про недостатню проінформованість щодо поточної практики.

Друга частина роботи побудована на аналізі опитування доглядальників, чії немовлята на момент дослідження перебувають у стаціонарі. Структуроване опитування відбувалося у змішаному форматі та продовжує свою дію у відділенні лікарні. На момент підготовки матеріалів вдалось опрацювати результати 8-ми сімей. Усі опитані стверджували, що сеанси музикотерапії застосували для заспокоєння дитини, покращення стану. В ході сеансів було застосовано в основному колискові без слів (87,5%), а 12,5% використовували метод начитування дитячих казок. 75% застосували сеанси коли дитина в стані бадьорості або на початку засинання, 37,5% негайно після болісних процедур, а 12,5% стверджують, що залишають музику ввімкненою постійною. Сеанси музикотерапії дозволили батькам навчитися більш точно спостерігати за реакціями та розуміти невербальні сигнали малечі: в цьому впевнені 75% респондентів, а 25% було складно відповісти на поставлене запитання. 62,5% батьків погоджуються із думкою, що із початком проведення музикотерапії відмітили спад тривожності своєї та немовляти, по 12,5% скоріше не погоджуються, повністю не погоджуються та не можуть відповісти на запитання. Після проведенні музикотерапії 87,5% впевнені у позитивному ефекті на стан немовляти, а 12,5% ефекту не помічають. Аналізуючи стан немовляти під час та після сеансу батьки стверджували: дитина була спокійною до та після сеансу у 87,5% опитаних, а у 12,5% немовля залишалось у звичному для себе стані. У 100% респондентів дитина відчувала лише комфорт та була розслабленою. Усі батьки впевнені, що продовжуватимуть сеанси вдома, самостійно наспівуючи прості мелодії для своєї дитини. Загалом музикотерапія впливає на бондинг між немовлям та батьками, на думку доглядальників, лише позитивно.

Висновки. Провівши дослідження серед студентів виявили, що лише 63,5% опитаних знайомі з цим методом, проте зовсім не володіють інформацією щодо основних засад музикотерапії. Загалом обізнаність про метод низька, а основне джерело інформації – соціальні мережі. Важливо популяризувати музикотерапію як нейророзвитковий метод серед медичної спільноти, студентів-медиків та молодих сімей. Більша частина батьків / доглядальників, які застосовували музикотерапію для свого немовляти в стаціонарі, впевнені в позитивному ефекті сеансів на немовля, бачать позитивні зміни та продовжуватимуть музикотерапію у домашніх умовах. Батьки впевнено стверджували, малеча зникає до наспівування, батьки відчувають важливий та потрібний для них зв'язок під час сеансів. А сам метод допомагає у скрутний час розлуки для багатьох українських сімей підтримувати спільний догляд за дитиною, роблячи запис колискових власним голосом.

ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У МОЛОДОМУ ВІЦІ: МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ МІЖНАРОДНИХ ПОПУЛЯЦІЙНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Кадук Д.Є.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Науковий керівник д.мед.н, проф. Шевченко Н.С.

Актуальність. Артеріальна гіпертензія у підлітків та молодих осіб є зростаючою популяційною проблемою. За даними систематичного огляду та метааналізу, глобальна поширеність гіпертензії серед осіб віком до 19 років суттєво зросла протягом останніх десятиліть. Порушення регуляції артеріального тиску у молодому віці має безсимптомний

перебіг та значною мірою залежить від методології вимірювання і класифікації. Лонгітюдні когортні дослідження демонструють феномен трекінгу артеріального тиску та асоціацію підвищених показників у підлітковому віці з підвищеним ризиком серцево-судинної смертності у дорослому віці.

Мета дослідження. Визначити незалежні та комбіновані предиктори ранніх порушень регуляції артеріального тиску у підлітків та молоді віком 15–25 років та розробити модель прогнозування ризику формування артеріальної гіпертензії з урахуванням міжнародних популяційних даних.

Завдання. Провести системний аналіз методології вивчення факторів ризику формування артеріальної гіпертензії у міжнародних популяційних дослідженнях.

1. Проаналізувати дизайн когорт, критерії включення, вікові стратифікації та тривалість спостереження.
2. Оцінити підходи до вимірювання та класифікації артеріального тиску, включаючи повторні вимірювання та поза офісні методи.
3. Проаналізувати статистичні моделі оцінки факторів ризику та ступінь інтеграції біохімічних і соціальних детермінант у прогностичні алгоритми.

Матеріали і методи. Проведено аналітичний огляд міжнародних популяційних та лонгітюдних досліджень, що вивчають фактори формування артеріальної гіпертензії у молодому віці. Як методологічні еталони розглянуто NHANES, Bogalusa Heart Study, Cardiovascular Risk in Young Finns Study та KiGGS.

Оцінювались:

- протоколи вимірювання артеріального тиску;
- критерії класифікації гіпертензії;
- використання амбулаторного моніторування артеріального тиску;
- підходи до багатофакторного аналізу ризику;
- інтеграція соціально-економічних та біохімічних показників у прогностичні моделі.

Результати. Встановлено, що методологія вимірювання істотно впливає на частоту виявлення підвищеного артеріального тиску у молодих осіб. Стандартизовані протоколи з повторними вимірюваннями зменшують варіабельність результатів та ризик гіпердіагностики.

Лонгітюдні дослідження підтверджують феномен трекінгу: підвищений артеріальний тиск у дитячому та підлітковому віці асоціюється з формуванням есенціальної гіпертензії у дорослому віці.

Мультифакторні моделі, що поєднують клінічні, біохімічні та соціальні детермінанти, демонструють вищу прогностичну точність порівняно з ізольованим аналізом окремих показників.

Позаофісні методи моніторування дозволяють виявити приховані фенотипи та підвищують точність стратифікації ризику.

Висновки:

1. Артеріальна гіпертензія у підлітків є популяційною проблемою з довгостроковими наслідками.
2. Методологія вимірювання та класифікації артеріального тиску визначає результати скринінгу та частоту виявлення патології.
3. Ризик формування гіпертензії закладається у підлітковому віці та має тенденцію до збереження у дорослому житті.
4. Найвищу прогностичну цінність мають комбіновані моделі, що інтегрують клінічні, біохімічні та соціальні фактори.

5. Для української популяції доцільним є впровадження ранньої стратифікації ризику у віці 15–25 років з подальшим калібруванням міжнародних моделей.

ОСОБЛИВОСТІ МІОКАРДІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Калініченко В.А.

Буковинський державний медичний університет,
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Науковий керівник проф. Колоскова О.К.

Бронхіальна астма розглядається сьогодні з позицій фактора ризику розвитку серцево-судинної патології, що обумовлено як змінами, пов'язаними із загостреннями захворювання, так і впливом протиастматичних препаратів, які пацієнти застосовують у вигляді базисної терапії.

Мета роботи: дослідити електрокардіографічні та ультрасонографічні морфометричні показники міокардальної дисфункції у дітей, хворих на бронхіальну астму (БА) різного ступеня тяжкості, для оптимізації менеджменту захворювання.

Матеріал і методи. Проведено комплексне дослідження 75 дітей, хворих на БА. Сформовано 2 клінічні групи: I група (n=37) — діти з легким персистувальним перебігом; II група (n=38) — пацієнти із середньо-тяжкою та тяжкою БА. Інструментальна діагностика включала електрокардіографію (ЕКГ) та ехокардіографію (Ехо-КГ) з оцінкою параметрів лівого шлуночка (ДЛШд, ТЗСЛШд, ТМШПд, ФУ) та стану клапанного апарату.

Результати. Встановлено, що легке перситування БА асоціювалося з кращим контролем симптомів на тлі низьких доз ІГКС (СШ=6,4; 95% ДІ: 3,06-13,4). ЕКГ-дослідження не виявило значущих відмінностей у положенні електричної осі серця, проте інверсія зубця Т у II групі траплялася в 1,55 рази частіше (27,27%). За даними Ехо-КГ, у пацієнтів із середньо-тяжким та тяжким перебігом достовірно частіше виявляли комбінацію пролапсу мітрального та тристулкового клапанів (СШ=3,7; 95% ДІ: 1,86-7,2). Морфометричні показники лівого шлуночка (ТЗСЛШд, ТМШПд) у дітей II групи мали тенденцію до збільшення, що за відсутності ознак гострого запалення (нормальні рівні СРБ, АСЛО) та гіпертрофії вказує на ймовірну роль дисплазії сполучної тканини у формуванні бівентрикулярної дисфункції.

Висновки. Легкий перебіг БА у школярів характеризується вищим рівнем контролю симптомів та мінімальними змінами з боку серцево-судинної системи. Середньо-тяжка та тяжка БА асоціюється з високою частотою бівентрикулярного пролапсу клапанів (40,0%). Виявлені відхилення морфометричних маркерів лівого шлуночка та клапанного апарату свідчать про залучення міокарда у патологічний процес при тяжких формах БА, що може бути обумовлено супутньою сполучнотканинною дисплазією та потребує врахування при побудові стратегії персоналізованої терапії.

ІСТОРІЯ СТВОРЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ПЕДІАТРИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ім. М. І. ПИРОГОВА

Кокус В.В., Коваль Б.Ф.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Наукова бібліотека ім. Гордія Палія

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

Педіатричний, нині медичний факультет №2, є важливим структурним підрозділом Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, який вже багато десятиліть займається підготовкою не лише лікарів-педіатрів, а й медичних психологів, реабілітологів та ін.

Мета та задачі. Метою дослідження є висвітлення основних етапів зародження, становлення та розвитку педіатричного факультету ВНМУ ім. М. І. Пирогова з 1961 р. до сьогоднішніх днів. Задачами дослідження є аналіз літературних та архівних джерел, періодичних видань з метою встановлення історії формування та розвитку одного з головних факультетів ВНМУ, який займається підготовкою дитячих лікарів.

Методи дослідження. Основними методами цього дослідження є літературний та історико-генетичний та хронологічний.

Результати дослідження. Педіатричний факультет Вінницького медичного інституту ім. М.І. Пирогова було засновано у 1961 р. згідно постанови уряду УРСР. До його складу увійшли 16 кафедр, з яких три – профільні (кафедра педіатрії, створена у 1964 р.; кафедра дитячої хірургії – сформована у 1960 р.; кафедра дитячих інфекційних хвороб – організована у 1965 р.). На перший курс педіатричного факультету у 1961 р. вступило понад 100 юнаків та дівчат.

Основними клінічними базами факультету стали Вінницька обласна дитяча лікарня, Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова, міський пологовий будинок №2 та Вінницька дитяча інфекційна лікарня. Клінічною базою педіатричного факультету стала також Вінницька районна лікарня, яка була обладнана сучасною медичною апаратурою. На її базі було створено кафедри хірургії і педіатрії педіатричного факультету. Обидві кафедри мали у складі кваліфікованих спеціалістів з великим досвідом роботи. Кафедру педіатрії очолив професор О.П. Кучук, завідувачем кафедри хірургії став професор С.І. Корхов. У 1973 р. було створено кафедру пропедевтичної та факультетської терапії, яку очолила професор Л. П. Решоткіна.

Вагомий внесок у розвиток факультету зробили його колишні декани. Першим деканом став професор О.О. Столярчук (1963-1972), згодом факультет очолювали: професори І.П. Гоменюк (1972-1984) та В.М. Мороз (1984-1986), доценти С.К. Псюк (1986-1997) та О.В. Власенко (2001-2016). У 2016 р. деканом медичного факультету № 2 став професор В.С. Школьніков.

У 1994 р. у зв'язку із значними змінами в організації вищої медичної освіти педіатричний та лікувальний факультети було об'єднано у єдиний «Медичний факультет» з підготовкою на ньому фахівців за спеціальностями: «лікувальна справа» та «педіатрія».

У зв'язку зі збільшенням обсягів підготовки педіатрів у 2001 р. виникла потреба у формуванні медичного факультету № 2, тоді як медичний факультет № 1 займається підготовкою студентів за спеціальністю «Медицина». Крім профільних, діють кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за дітьми, кафедра педіатрії № 1, кафедра педіатрії № 2, дитячих інфекційних хвороб, кафедра дитячої хірургії, кафедра внутрішньої

медицини медичного факультету № 2 та кафедра хірургії медичного факультету № 2, які і займаються підготовкою педіатрів. У 2003 р. у зв'язку з початком підготовки за спеціальністю «медична психологія», була організована кафедра медичної психології та психіатрії. Отже, на факультеті до педіатрії додалася ще одна спеціальність – медична психологія.

У 2005 р. у зв'язку із тимчасовим припиненням набору за спеціальностями «педіатрія» та «медична психологія» медичний факультет № 2 прийняв частину студентів-лікувальників. З 2006 р. набір за спеціальностями «педіатрія» та «медична психологія» було відновлено.

Із 2016 р. медичний факультет № 2 ВНМУ значно розширився і підготовка фахівців тут почала проводитись за чотирма спеціальностями — з педіатрії, медицини, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації.

У 2002-2021 рр. на факультеті було здійснено 19 випусків педіатрів та 13 випусків медичних психологів — загалом було підготовлено 2400 випускників. У 2022 р. вперше на факультеті відбувся випуск студентів за спеціальністю «Медицина». У 2023 р. на факультеті налічувалось понад 1200 студентів за спеціальностями «Медицина», «Педіатрія» і «Медична психологія». У вересні 2023 р. додалася ще одна спеціальність – «Терапія та реабілітація».

Значних успіхів на науковій ниві досягли випускники, які стали докторами наук та професорами: В.В. Погорілий, Л.В. Фомина, Б.М. Пухлик, І.В. Сергета, І.І. Незгода, О.С. Яблонь, В.М. Дудник, М.В. Йолтухівський, В.С. Коноплицький, В.С. Школьников та ін.

Серед випускників факультету є відомі практики, викладачі та організатори галузі охорони здоров'я України: О. К. Толстанов, С. О. Риков, О. О. Фомін, Т. Ф. Бабій, академік М. П. Захараш та ін.

Висновки. Отже, педіатричний, а нині медичний факультет №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова, пройшов складний шлях від зародження у 1961 р. до одного з головних структурних підрозділів університету, який має кваліфікований професорсько-викладацький склад, на базі якого функціонують наукові школи, відомі далеко за межами України, має розвинену матеріально-технічну та лікувальну базу, щорічно готує сотні кваліфікованих лікарів різного профілю.

ПУЛЬМОПРОТЕКТОРНА ДІЯ СИСТЕМНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ ПРИ SARS-COV-2 АСОЦІОВАНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Колоскова О.К., Білоус Т.М., Гарас М.Н., Ткачук Р.В., Ткачук В.І., Попадюк Н.І.

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

Актуальність. Позагоспітальна пневмонія вірусної етіології у дітей залишається однією з провідних причин госпіталізації та розвитку гострої дихальної недостатності. Вірус-індуковане ураження альвеолярної паренхіми супроводжується надмірною запальною відповіддю, ендотеліальною дисфункцією та порушенням сурфактантної системи, що сприяє прогресуванню респіраторних розладів. У цьому контексті актуальним є вивчення пульмопротекторної дії системних глюкокортикостероїдів (ГКС), зокрема їх впливу на потребу в інвазивній респіраторній підтримці у дітей із тяжким перебігом вірусної пневмонії.

Мета та задачі роботи. Оцінити пульмопротекторну ефективність системної глюкокортикостероїдної терапії у дітей із позагоспітальною вірусною пневмонією залежно від тяжкості перебігу захворювання.

Матеріали та методи. На базі інфекційного корпусу ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» методом простої випадкової вибірки за дизайном «випадок-контроль» було обстежено 122 дитини з верифікованою позагоспітальною пневмонією. До I клінічної групи увійшли 65 дітей із вірусною етіологією пневмонії, підтвердженою епідеміологічними, клінічними та лабораторно-інструментальними методами. II клінічну групу склали 57 пацієнтів із бактеріальною пневмонією, що підтверджувалося позитивними бактеріологічними посівами та негативними результатами вірусологічних досліджень. Залежно від тяжкості перебігу виділяли нетяжкі та тяжкі форми пневмонії. Системні глюкокортикостероїди призначалися з першого дня госпіталізації парентерально коротким курсом. Оцінювали потребу в інтубації, інвазивній штучній вентиляції легень (ШВЛ), неінвазивній вентиляційній підтримці (CPAP), а також розраховували показники відносного та абсолютного зниження ризику (ЗВР, ЗАР), відношення шансів (OR), відносний ризик (RR) та мінімальну кількість хворих для лікування (МКХ). Отримані результати аналізувалися з використанням методів клінічної епідеміології.

Результати дослідження. Системні глюкокортикостероїди достовірно частіше застосовувалися у дітей із тяжким перебігом вірусної пневмонії порівняно з нетяжкими формами (90,0% проти 57,7%, $p < 0,05$). Встановлено прямий кореляційний зв'язок між тяжкістю стану на момент госпіталізації та потребою в системній ГКС-терапії ($r = 0,41$; $p = 0,001$). У дітей із тяжкою вірусною пневмонією, асоційованою з SARS-CoV-2, ризик призначення системних глюкокортикостероїдів був вірогідно вищим порівняно з пацієнтами з нетяжкими формами вірусної та бактеріальної пневмонії (OR від 6,6 до 14,4). Отримані результати свідчать, що у дітей I клінічної групи з тяжким перебігом захворювання на тлі ГКС-терапії спостерігалось значне зниження потреби в інтубації та інвазивній ШВЛ порівняно з дітьми з тяжкою бактеріальною пневмонією (OR=42,7; RR=3,8; ЗАР=0,7). Натомість відсутність ГКС-терапії у дітей із тяжкою вірусною пневмонією асоціювалася зі зростанням необхідності респіраторної протекції на 90,0%. Аналіз показників ефективності лікування продемонстрував, що на 5-й день терапії у дітей із вірусною пневмонією відмічалось суттєве зростання загального відносного зниження ризику (ЗВР=92,0%) та зменшення МКХ до 1,8 пацієнта, тоді як у дітей із бактеріальною пневмонією позитивна динаміка була значно менш вираженою.

Висновок. Системна глюкокортикостероїдна терапія є важливим компонентом лікування дітей із тяжкою позагоспітальною вірусною пневмонією. Використання ГКС асоціюється зі зниженням потреби в інвазивній респіраторній підтримці та інтубації трахеї. Пульмопротекторна дія глюкокортикостероїдів більш виражена при вірусній етіології пневмонії порівняно з бактеріальною. Отримані дані обґрунтовують доцільність раннього призначення коротких курсів системних ГКС у дітей із тяжким перебігом вірусної позагоспітальної пневмонії з метою запобігання прогресуванню дихальної недостатності.

ФУЛЬМІНАНТНИЙ ПЕРЕБІГ КОРУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ КОМОРБІДНОСТІ У ДИТИНИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

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

Актуальність. Кір залишається однією з найбільш актуальних вірусних інфекцій у педіатричній практиці, оскільки характеризується високою контагіозністю, значною

частотою ускладнень та ризиком летальних наслідків, особливо у дітей із супутньою патологією.

Мета та задачі роботи. Робота присвячена детальному опису клінічного перебігу фульмінантної форми кору у дитини з тяжкою супутньою патологією, аналіз діагностичних та лікувальних заходів, а також визначення факторів, що сприяли розвитку критичного стану та несприятливого прогнозу.

Для досягнення поставленої цілі, перед нами поставлено ряд задач, а саме: проаналізувати клінічні особливості перебігу кору у дитини з коморбідними метаболічними та неврологічними порушеннями; оцінити лабораторно-інструментальні показники, що характеризують тяжкість перебігу захворювання; проаналізувати застосовані методи інтенсивної терапії та їх ефективність; визначити основні патогенетичні механізми розвитку поліорганної недостатності; узагальнити клінічні висновки для практичної педіатрії та дитячої інтенсивної терапії.

Матеріали та методи. Дослідження ґрунтується на аналізі клінічного випадку дитини віком 10 років, яка перебувала на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії з тяжким перебігом кору. Проводився безперервний клінічний моніторинг стану пацієнтки із застосуванням стандартних протоколів ведення критичних станів у дітей.

Лабораторні методи включали загальний аналіз крові, біохімічні дослідження (печінкові проби, електроліти, білкові фракції), коагулограму, визначення маркерів системного запалення (С-реактивний протеїн, прокальцитонін), а також бактеріологічні дослідження біологічних матеріалів. Верифікацію діагнозу кору здійснювали методом імуноферментного аналізу з визначенням специфічних IgM антитіл до вірусу кору.

Інструментальні методи дослідження включали рентгенографію органів грудної клітки, ультразвукове дослідження легень, серця та органів черевної порожнини, електрокардіографію. Після летального наслідку проведено патологоанатомічне дослідження з макро- та мікроскопічною оцінкою змін внутрішніх органів.

Результати дослідження (опис клінічного випадку). Дитина, 10 років, захворіла гостро з підвищення температури тіла до 39°C, сухого кашлю, риніту та кон'юнктивіту. На третю добу захворювання з'явився типовий плямисто-папульозний висип на обличчі з подальшим поширенням на тулуб і кінцівки. Стан швидко прогресував, з'явилися блювання, дегідратація, наростання інтоксикаційного синдрому та порушення свідомості.

У зв'язку з різким погіршенням загального стану дитину госпіталізовано до відділення інтенсивної терапії. При поступленні стан розцінювався як вкрай тяжкий: виражена дихальна недостатність (SpO₂ 71%), тахіпноє, артеріальна гіпотензія, ознаки ДВЗ-синдрому, порушення свідомості до рівня коми. Проведено оротрахеальну інтубацію та переведено на штучну вентиляцію легень, розпочато інфузійну та інотропну терапію, емпіричну комбіновану антибактеріальну терапію, корекцію електролітних порушень.

Лабораторні показники характеризувалися лейкоцитозом із нейтрофіліозом, підвищенням рівня С-реактивного протеїну та прокальцитоніну, гіпопротеїнемією, гіпоальбумінемією, електролітними порушеннями та коагулопатією. Рентгенологічно та за даними ультразвукового дослідження встановлено двобічну полісегментарну пневмонію, плеврит та перикардит. Бактеріологічні дослідження виявили мультирезистентну госпітальну флору, що зумовило необхідність застосування антибактеріальних препаратів резерву.

Незважаючи на проведення комплексної інтенсивної терапії, стан дитини прогресивно погіршувався з розвитком поліорганної недостатності, порушенням функції дихальної, серцево-судинної, нервової та видільної систем. Патологоанатомічне дослідження підтвердило генералізований запальний процес, абсцедуючу пневмонію, некротичні зміни

легень, тромботичні ураження мікроциркуляторного руслу та дистрофічні зміни паренхіматозних органів.

Висновок: Кір може мати фульмінантний перебіг у дітей із тяжкою коморбідною патологією, що суттєво погіршує прогноз захворювання. Двобічна пневмонія, септичні ускладнення та поліорганна недостатність є основними причинами летальних наслідків при тяжких формах кору. Рання діагностика, своєчасна інтенсивна терапія та мультидисциплінарний підхід є ключовими чинниками покращення виживаності критичних пацієнтів. Вакцинація проти кору залишається найефективнішим методом профілактики тяжких ускладнень та летальних наслідків, особливо у групах ризику.

ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІПАТИЧНИЙ АРТРИТ

Комаров Д.О.

**Науковий керівник к.мед.н., доцент Стоян О.Ю.
Харківський національний медичний університет
Кафедра стоматології**

Актуальність. Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) є багатofакторним системним захворюванням, яке чинить вплив на стан стоматологічного здоров'я підлітків. У зв'язку з цим вивчення особливостей розвитку та перебігу стоматологічної патології на тлі цієї соматичної хвороби є своєчасним і науково обґрунтованим.

Мета. Провести аналіз основних чинників, що призводять до погіршення стану стоматологічного здоров'я, у підлітків, які хворіють на ЮІА.

Матеріали та методи. Дослідження проведене на базі відділення кардіоревматології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків» НАМН України. Були залучені 80 підлітків із ЮІА та 20 дітей без супутньої загальносоматичної патології (група контролю). Учасники проходили анкетування з використанням опитувальника Всесвітньої організації охорони здоров'я «Опитувальник стоматологічного здоров'я для дітей». Статистична обробка даних проведена у програмі IBM SPSS Statistics 22. Оцінка наявності достовірних відмінностей показників між двома непов'язаними групами проводилась з використанням χ^2 -Пірсона із поправкою Йейтса, а за наявності значення менше за 5– використовували точний критерій Фішера.

Результати. Оцінка показників самосприйняття стоматологічного здоров'я серед учасників дослідження, констатувала, що, як пацієнти з ЮІА, так і підлітки контрольної групи переважно характеризували стан своїх зубів як добрий, тоді як стан ясен частіше визначали як задовільний (за результатами точного тесту Фішера: $p=0,27$ та $p=0,087$ відповідно).

У ході дослідження з'ясовано, що підлітки із ЮІА частіше відзначали поодинокі випадки зубного болю порівняно з представниками контрольної групи ($p=0,0039$).

Аналіз частоти відвідувань стоматолога показав, що серед підлітків з ЮІА 27 із 80 учасників не зверталися до лікаря протягом останніх 12 місяців, тоді як у контрольній групі таких респондентів було лише 3 із 20. Раз на рік стоматолога відвідували 31,25% підлітків із ЮІА та 40% підлітків групи порівняння ($p=0,215$). Отримані дані свідчать про досить значну частку пацієнтів, які не проходять профілактичні огляди з рекомендованою періодичністю — двічі на рік.

У ході вивчення причин останнього звернення дитини до лікаря-стоматолога виявлені статистичні розбіжності між досліджуваними показниками ($\chi^2 (2, n = 70) = 9,45; p = 0,007$). Зокрема, серед підлітків із ЮІА значно частіше підставою для візиту було проведення лікування або контроль після лікування порівняно з контрольною групою (50,9% проти 11,8% відповідно; $p = 0,0037$). На нашу думку, такі дані свідчать про недостатній рівень залучення підлітків із ЮІА до профілактичних стоматологічних заходів.

Оцінка використання засобів індивідуальної гігієни порожнини рота встановила, що зубною щіткою користуються 100% респондентів обох груп. Дерев'яні зубочистки застосовують 26 із 80 (32,5%) підлітків із ЮІА та 3 із 20 (15%) осіб групи порівняння ($p=0,099$). Пластмасові зубочистки використовує 1 із 80 (1,25%) підлітків із ЮІА, тоді як у контрольній групі таких випадків не зафіксовано ($p=0,8$). Про використання зубної нитки повідомили 16 із 80 (20%) дітей з ЮІА та 3 із 20 (15%) підлітків групи порівняння ($p=0,44$).

Установлено, що 100% респондентів обох груп застосовували зубну пасту під час чищення зубів. Водночас більшість підлітків у кожній із груп не володіли інформацією щодо наявності фтору в складі використовуваних ними паст; при цьому серед дітей із ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) частка таких осіб була статистично значуще більшою (73/80 проти 11/20; χ^2 з поправкою Сйтса (1, $n=100$) = 13,06; $p=0,0003$). На нашу думку, це може свідчити про недостатній рівень охоплення учасників дослідження програмами стоматологічної просвіти. Разом із тим за результатами анкетування встановлено, що достовірно більша частка підлітків групи порівняння використовує зубні пасти без вмісту фторидів (35% проти 3,75% відповідно; $p=0,0004$).

Серед підлітків із ЮІА 27 із 80 (33,75%) та 9 із 20 (45%) осіб у групі порівняння висловили задоволення зовнішнім виглядом своїх зубів, тоді як 62,5% (50/80) підлітків із ЮІА та 55% (11/20) учасників контрольної групи були незадоволені їхнім виглядом ($p=0,64$). 10/80 (12,5%) респондентів з ЮІА та 4/20 (20%) підлітків групи порівняння уникають посмішок та сміху через стан зубів; 69/80 (86,25%) підлітків із ЮІА та 16/20 (80%) - ні, 1 пацієнтка із ЮІА не знала як відповісти на поставлене питання ($p= 0,57$). 79/80 та 20/20 опитаних не відчували глузування через стан зубів ($p=0,8$). 5/80 (6,25%) та 1/20 (5%) підлітків досліджуваних груп пропускали заняття чи не відвідували школу через зубний біль ($p=0,66$). Проблеми з відкушуванням твердої їжі мали 8/80 (10%) підлітків із ЮІА та 1/20 (5%) ($p=0,43$). Складнощі з пережовуванням їжі спостерігались у 4/80 (5%) підлітків з ЮІА та 2/20 (10%) опитаних групи контролю ($p=0,35$).

При аналізі питань, пов'язаних із карієсогенністю дієти, враховувалися лише статистично значущі відмінності. Так, підлітки із ЮІА значно рідше вживали кондитерські вироби щодня (9/20 — 45 %) порівняно з контрольною групою (11/80 — 13,75 %) (χ^2 Yates corrected (1, $n = 100$) = 7,91, $p = 0,0049$). Крім того, підлітки з ЮІА рідше споживали газовані цукровмісні напої кілька разів на тиждень, ніж діти контрольної групи (25/80 та 1/20 відповідно). Водночас загалом підлітки з ЮІА частіше вживали газовані напої з цукром, проте ці дані носять описовий характер.

Висновки. Отримані дані вказують на обмежену участь підлітків із ЮІА у програмах стоматологічної профілактики та просвітництва, розширюють знання про поширені шкідливі для зубів звички та підкреслюють необхідність розробки комплексних заходів профілактики стоматологічних захворювань.

ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ЗА ДОПОМОГОЮ SWOT-АНАЛІЗУ ЩОДО ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ ДИТЯЧОГО КОНТИНГЕНТУ НАСЕЛЕННЯ

Кошман Т.В.¹, Водолажський М.Л.¹, Страшок Л.А.^{2,3}, Сидоренко Т.П.², Фоміна Т.В.¹

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

¹Відділ науково-медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи

²Відділення наукової організації

медичної допомоги школярам та підліткам

Харківський національний медичний університет

³Кафедра педіатрії № 3 та неонатології

Вступ. SWOT-аналіз традиційно застосовується для оцінки діяльності організацій та продуктів як провідний інструмент управління ризиками у різних сферах життєдіяльності, також є у нагоді у галузі охорони здоров'я дітей і підлітків. SWOT-аналіз набуває особливої актуальності в умовах соціальної невизначеності під час воєнного стану. Висока динамічність і невизначеність соціального середовища зумовлюють необхідність системного аналізу внутрішніх і зовнішніх чинників, що впливають на ефективність медичного забезпечення дітей і підлітків. Ризики розглядаються як можливі негативні наслідки реалізації управлінських рішень, а SWOT-аналіз дозволяє їх ідентифікувати та структурувати для подальшого стратегічного планування. Оцінка ризиків здійснюється із застосуванням кількісних і якісних методів, що дає змогу визначити ймовірність виникнення несприятливих подій і масштаби їх наслідків.

Мета та задачі роботи: надати експертну оцінку проведення профілактичних медичних оглядів дітей мультидисциплінарною командою лікарів в організованих колективах в закладах освіти та виховання в прифронтовому місті або сільській місцевості.

Матеріали і методи дослідження: експертну оцінку проведено методом опитування за допомогою спеціальної анкети «SWOT-аналіз проведення медичних профілактичних оглядів дітей та підлітків». Анкету розроблено науковцями ДУ «ІОЗДП НАМН», опитано 26 експертів.

Отримані результати дослідження. За допомогою експертної оцінки з використанням «SWOT-аналізу» проведення профілактичних медичних оглядів в прифронтовому місті або сільській місцевості визначено існуючі сильні та слабкі сторони пропозиції, її потенційні можливості, загрози та ризики. Серед сильних сторін зазначених оглядів: забезпечення безпечного середовища, зручність для батьків, раннє виявлення патологічних станів, системний моніторинг, комплексність надання послуг, просвітницька робота; слабкі сторони - недосконалість нормативно-правового регулювання, недостатня поінформованість та мотивація батьків, брак кваліфікованого персоналу — «вузьких» спеціалістів, обмеженість у можливості проведення лабораторно-інструментальних досліджень, відсутність/обмеженість повної медичної інформації про здоров'я дитини; можливості — підвищення інформаційної компетентності вихователів, педагогічних працівників, батьків, дітей і підлітків, розширення спектру послуг, системна інтеграція з первинною ланкою, впровадження мобільних медичних модулів, розробка системи оцінки/моніторингу, підвищення кваліфікації медичного персоналу, можливості до більш повного охоплення попереднім on-line анкетуванням батьків, залучення вихователів та педагогічних працівників, впровадження сучасних інформаційних технологій у медичні процеси. Серед можливих загроз: проблеми з інтеграцією до системи медичних інформаційних систем за електронними напрямками, зміна законодавства, складність

залучення «вузьких» спеціалістів, які не визначені Наказом МОЗ № 2003 від 03.12.2024 р., економічна нестабільність, епідемічні загрози, технологічна відсталість та логістичні проблеми, недовіра батьків, недостатня ефективність і необґрунтовані витрати.

Висновки. Експертна оцінка з використанням SWOT-аналізу показує, що пропозиція має високий потенціал впровадження. Її успішність залежить від мінімізації слабких сторін пропозиції та врахування можливих загроз, розробки стратегії впровадження з акцентом на сильні сторони і наявні можливості. Проведення запропонованих профілактичних оглядів має значну соціальну важливість для удосконалення надання медичної допомоги дітям в прифронтовому місті або сільській місцевості.

СЕПСИС-ІНДУКОВАНА МІОКАРДІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У НОВОНАРОДЖЕНОГО: МАРКЕРИ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛЕТАЛЬНОГО НАСЛІДКУ

(клінічний випадок)

Крецу Н.М.

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

Неонатальний сепсис – життєзагрожуючий стан, який характеризується порушенням регуляції реакції організму на інфекцію, що призводить до значної мульторганної дисфункції (МОД). На сьогодні, серцево-судинна недостатність визнана ключовим фактором, що визначає прогноз сепсису. Саме сепсис-індукована міокардіальна дисфункція (СІМД) відноситься до типово оборотної форми міокардіальної дисфункції, що виникає під час сепсису та відображає комбінований вплив системного запалення, гемодинамічних порушень та клітинного пошкодження на серцеву функцію. Частота виникнення СІМД значно варіює, коливаючись від 18 до 60%, залежно від методів діагностичної візуалізації, критеріїв, що використовуються для діагностики, часу оцінки серцевої діяльності та обсягу початкових реанімаційних заходів, включаючи введення рідини, використання вазопресорів та штучну вентиляцію легень. Хоча вперше була описана понад чотири десятиліття тому, СІМД залишається нечітко визначеною і може проявлятися вражаючою різноманітністю фенотипів – від дисфункції лівого або правого шлуночка до динамічної гіперкінезії або діастолічної недостатності. Тому, у багатьох випадках ознаки є ледь помітними та тимчасовими, що сприяє постійному недостатньому розпізнаванню СІМД у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених.

Мета дослідження: на прикладі клінічного випадку з власної практики розширити знання щодо особливостей перебігу сепсис-індукованої міокардіальної дисфункції в неонатальному періоді.

Хлопчик Т., від 2 вагітності, яка перебігала на фоні передчасного старіння посліду та гострої респіраторної вірусної інфекції за 3 дні до пологів. Перша вагітність закінчилась самовільним викиднем у 5-6 тижнів вагітності. Генеалогічний анамнез не обтяжений. Пологи І, фізіологічним шляхом, у терміні гестації 38-39 тижні. Відмічалось двократне обвиття пуповини навколо ший плода та меконіальні навколоплідні води. Хлопчик народився з вагою 2750 грам. Оцінка за шкалою Апгар 3-6 балів. Загальний стан дитини при народженні оцінений як вкрай тяжкий. Одразу після народження проводились первинні реанімаційні заходи та стабілізація гемодинаміки (внутрішньовенно введено 0,9% NaCl в дозі 10 мл/кг та розпочато інотропну дотацію (добутамін (10 мкг/кг/хв)). Після стабілізації стану на 1 добу

дитина доставлена в ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» і госпіталізована у відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН). Загальний стан дитини при поступленні розцінений як вкрай тяжкий за рахунок проявів МОД (ДН III ст., за шкалою Downes 8-10 балів, показник сатурації (SpO_2) – 90-92%), серцево-судинної недостатності, ураження ЦНС (оцінка за шкалою Sarnat III ст.). За час перебування у ВІТН стан дитини залишався вкрай тяжкий, з потребою в постійній інотропній дотації. На 7 добу життя відмічалось різке погіршення стану дитини у вигляді інфекційно-токсичного шоку (різке падіння середнього артеріального тиску до 30 мм.рт.ст., брадиаритмія, потреба у жорстких параметрах вентиляції). В подальшому дитина потребувала постійної комбінованої інотропної дотації (добутамін, дофамін, норадреналін) у вікових дозах. Міокардіальна дисфункція також підтверджувалась і параклінічними методами дослідження, зокрема ехокардіографія дозволила верифікувати гіперкінетичний тип гемодинаміки в перші дні після поступлення (фракція викиду –78%, фракція укорочення – 42%, товщина задньої стінки лівого шлуночка – 5,3 мм) з подальшим зниженням скоротливої здатності лівого шлуночка. В біохімічному аналізі крові відмічалась тенденція до постійного наростання рівня сироваткової активності аспартатамінотрансферази (від 206,7 до 761,8 Од/л) та лактатдегідрогенази (від 683,9 до 3459,5 Од/л). На фоні різкого погіршення стану у вигляді наростання проявів серцево-судинної недостатності у віці 17 днів 14 годин даний випадок закінчився летально.

Висновок: таким чином, представлений клінічний випадок демонструє, що незважаючи на своєчасну ідентифікацію переходу від компенсаторної гіпердинамії до міокардіальної депресії за допомогою ехокардіографії та моніторингу ферментативної активності крові, все ж сепсис-індукована міокардіальна дисфункція залишається одним з найважчих факторів, що визначає летальність в когорті новонароджених із сепсисом.

ЙМОВІРНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ РАКУ ТОВСТОЇ КИШКИ

Лазарук В.В.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та медичної генетики

У глобальному масштабі впродовж останніх 50 років рівень смертності від злоякісних пухлин виріс майже на 40%. Прогнозується, що до 2030 року від злоякісних новоутворів загинуть біля 13 мільйонів людей різного віку. З метою визначення пріоритетів в організації спеціалізованої допомоги пацієнтам із онкологічними хворобами проводяться моніторингові масштабні онкоепідеміологічні дослідження.

Мета: проаналізувати ймовірні чинники розвитку раку товстої кишки.

Методи. Характеристика хворих базувалася на даних, взятих із історії хвороби. Всього проаналізовано 37 історій хвороб із діагнозом раку товстої кишки. Проведено анкетування хворих з метою виявлення ймовірних чинників розвитку у них злоякісного новоутворення товстої кишки.

Результати. Загалом, усі чинники, що сприяють виникненню раку товстої кишки, були поділені на дві основні групи:

1. Немодифікуючі (на які неможливо вплинути):

-демографічні: вік, стать, расова та етнічна приналежність;

-генетичні та сімейні: обтяжений сімейний анамнез (випадки раку або аденоматозних поліпів у родичів), спадкові синдроми;

-супутні захворювання: запальні хвороби кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт), цукровий діабет II типу.

2. Модифікуючі (залежать від способу життя):

-особливості харчування;

-гіподинамія (низька фізична активність);

-ожиріння;

-шкідливі звички (тютюнокуріння, зловживання алкоголем).

Структура факторів ризику має суттєві відмінності у чоловіків та жінок. У жінок провідними ймовірними чинниками виступали (статистично значущі показники): метаболічні фактори: гіподинамія ($\chi^2=20,99$, $p<0,05$) та ожиріння ($\chi^2=12,69$, $p<0,01$); онкологічний анамнез: перенесений рак грудної залози або жіночих статевих органів ($\chi^2=9,64$, $p<0,05$).

У чоловіків найчастішими супутніми факторами були: шкідливі звички: тютюнокуріння ($\chi^2=8,35$, $p<0,01$) та вживання алкоголю ($\chi^2=4,56$, $p<0,01$); специфічні "кишкові" чинники: рак товстої кишки у родичів ($\chi^2=8,90$, $p<0,01$) та поліпоз товстої кишки ($\chi^2=10,2$, $p<0,01$).

Висновок. Ймовірні чинники раку товстої кишки включають поєднання модифікуючих та немодифікуючих факторів та мають відмінності залежно від статі.

ОЦІНКА ІНДИВІДУАЛЬНОЇ МІНЛИВОСТІ РОЗМІРНИХ ПАРАМЕТРІВ ХРОСОМ ЗДОРОВИХ ТА ХВОРИХ ДІВЧАТ

Лазоренко Д.О.

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

Лабораторія медичної генетики

Під час цитогенетичного дослідження каріотипу людини важливу роль відіграють розмірні параметри хромосом. Завдяки їм встановлюється не лише належність кожної хромосоми до певної групи, але й виявляються хромосомні аномалії. Розмірні параметри залежать від морфометричних характеристик хромосом у метафазі, що обумовлено індивідуальним ступенем конденсації. При гомогенному забарвленні важко ідентифікувати номери та гомологи більшої частини хромосом, за винятком великих аутосом (1, 2, 3) та статевої X-хромосоми. Для того щоб дізнатися, чи існує різниця між однією і тією самою хромосомою індивідуально для кожної особи й загалом у досліджувальній вибірці, доречно використовувати центромерний індекс. Такий підхід є актуальним при порівнянні вимірюваного центромерного індексу хромосом 1, 2, 3 та X у дівчат з нормальним каріотипом (46,XX) і при мозаїцизмі 45,X/46,XX. Отримані результати важливі для подальших досліджень у галузі цитогенетики людини. Вони дозволяють актуалізувати для даного часу параметри генетично здорових дівчаток та хворих на мозаїчну форму синдрому Шерешевського–Тернера, що в подальшому може бути використано для підтвердження чи спростування наявності хромосомних аберацій завдяки вимірюванню центромерного індексу.

Метою роботи є характеристика розмірних параметрів хромосом 1, 2, 3 та X у дівчат з нормальним каріотипом і при мозаїцизмі 45,X/46,XX та оцінка варіабельності центромерного індексу для цих хромосом. Для досягнення мети було поставлено ряд задач: опанувати техніку виготовлення препаратів метафазних хромосом людини; зібрати вибірку фотографій метафазних хромосом генетично здорових дівчат та з мозаїчною формою

синдрому Шерешевського-Тернера; проаналізувати метафазні пластинки та візуально визначити на кожній хромосомі 1, 2, 3 та X; здійснити виміри довжин та плечей відібраних хромосом на фото метафазних пластинок; розрахувати центромерний індекс та проаналізувати його мінливість для зазначених хромосом методами варіаційної статистики.

Матеріалами дослідження слугували метафазні пластинки препаратів дівчат з нормальним каріотипом та з мозаїчною формою синдрому Шерешевського-Тернера. Заздалегідь виготовлені препарати стандартним цитогенетичним методом, забарвлювали гомогенним способом. Відбирали метафази за схожим ступенем конденсації, щоб підвищити ступінь достовірності результатів. Спершу проводилася первинна візуальна ідентифікація кожної пари хромосом 1, 2, 3 та X. У двох учасниць додатково виявили ізохромосому Xq, проте через початкову методику відбору матеріалу отримано лише декілька ізохромосомних метафаз. Для більш детального вивчення сфотографовані метафазні пластинки завантажували у програму TourView для вимірювання центромерного індексу. Центромерний індекс розраховувався як відсоткове співвідношення довжини короткого плеча до довжини всієї хромосоми, що дозволяло не враховувати масштаб зображень. Статистичний аналіз даних проводили з використанням методів варіаційної статистики, як індивідуально для кожної особи, так і всієї досліджуваної групи. Розрахувавши середнє значення та стандартну похибку центромерного індексу, результати візуалізували і виконали міжгрупове порівняння з використанням критерія Краскела-Уолліса та t-критерія Стьюдента.

Результати досліджень. При проведенні цитогенетичного аналізу вдалося підтвердити належність хромосом 1, 2, 3 та X до тих же номерів, гомологів та до певного відповідного стандартного типу (1 та 3 – метацентричні; 2 та X – субметацентричні), яких було від самого початку ідентифіковано візуально. За результатами вимірювань та аналізу встановлено, що досліджувані хромосоми характеризуються невеликою варіабельністю центромерного індекса. Це спостерігається через індивідуальну конденсацію хромосом в метафазних пластинках, що є нормою, не належачи до аберації. Значення центромерного індекса хромосом окремих пацієнтів не відрізняються, що дозволило об'єднати дані по різних пацієнтках і порівняти групи з нормальним та мозаїчним каріотипом. Відмінностей за даним показником між пацієнтами з нормальним та мозаїчним каріотипом також виявлено не було. Окремо були виділені результати обрахунку центромерного індекса для кількох виявлених ізохромосом X. У даному випадку, генетичний матеріал представлений тільки матеріалом довгого плеча. І центромерний індекс чітко відображає, що представлені X хромосоми не субметацентричні, як мають бути, а фактично метацентричні.

Висновки. Отже, результати проведеного дослідження показали, що статистично значущі відмінності за центромерним індексом хромосом 1, 2, 3 та X між пацієнтами з нормальним та з мозаїчним каріотипом відсутні. Отримані дані важливі для цитогенетичних досліджень, які можна застосовувати для ідентифікації хромосомних аберацій, навіть при гомогенному забарвленні хромосом.

ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ПЕДІАТРІЇ НА ПРИКЛАДІ ПОСІБНИКА «МАТИ І ДИТИНА» В. Н. ЖУКА (С.-ПЕТЕРБУРГ, 1911) З ФОНДУ РІДКІСНОЇ КНИГИ ТА РУКОПИСІВ

Мазур О.П.

ВНМУ ім. М. І. Пирогова

Наукова бібліотека імені Гордія Палія

Сьогодні трудно уявити, що педіатрія як окрема галузь медицини почала розвиватися тільки в другій половині 19 сторіччя. До того часу медики не розуміли, що дитячий організм – особливий. Дітей лікували як маленьких дорослих. Для них виписували ті ж самі ліки, тільки зменшували дозу та підсолюджували.

Кафедру дитячих хвороб при Київським університеті Св. Володимира було створено тільки в 1889 р. А в 1930 р. у Київському медичному інституті за ініціативи проф. Фінкельштейна Л.О. було організовано факультет охорони материнства і дитинства, який у 1934 році було реорганізовано в педіатричний факультет. Саме тоді педіатричні факультети було створено і в усіх 5 українських медичних інститутах: в Одесі, Дніпрі, Вінниці, Донецьку, Харкові. У ВНМУ першу сформовану кафедру дитячих хвороб очолив проф. Б. П. Бруханський. Відомо, що важливу роль в освіті майбутніх педіатрів відіграють бібліотеки. У секторі рідкісної книги і рукописів є велика добірка посібників, дисертацій, довідників та монографій з педіатрії. Але сьогодні хочеться розповісти про книгу В. М. Жука «Мати і дитина».

Володимир Миколайович Жук (1847-1915), доктор медицини, лікар, гігієніст, педіатр, публіцист, просвітитель, перекладач. Народився в Київській губернії у родині лікаря. Середню освіту здобув в Києві. Вчився в університеті Св. Володимира. Зі студентських років займався літературною діяльністю. Готував статті на ветеринарну та медичну тематику, компіляції, реферати, переклади. Крім цього, Жук проводив велику суспільну роботу. Він працював піклувальником «Товариства захисту дітей», був постійним співробітником «Шкільної гігієнічної комісії» та «Комісії з розбору народного читання», членом «Батьківського кружка» тощо. Після відкриття в 1878 р. товариства «Охорони народного здоров'я», Володимир Миколайович працював секретарем секції гігієни. Його посібник «Мати і дитина. Гігієна в загальнодоступному викладі» написаний з метою вказати все найважливіше, що повинні знати освічені батьки про гігієну, правильний догляд за матір'ю і розумне виховання дитини та рекомендації вагітним, матерям, що годують і виховують дітей до 2-х р. Вперше книгу було надруковано в 1880 р. Кожне перевидання доповнювалося і перероблялося згідно з новими відкриттями у фізіології, практичній хірургії та науковій медицині і розрослося к 1911 р. в солідний том.

У 8-му виданні, яке Жук написав в Одесі, багато уваги приділено «Ламановський дієті вагітних»: «Дієта матері – це її здоров'я, сила і витримка при пологах, лактація і чиста, здорова дитина». Там же в Одесі книгу було перекладено болгарською мовою. Серед багатьох доповнень в 9-му виданні є і «маточний душ» по Лазаревичу. Лазаревич Іван Павлович (1829-1902), народився на Вінниччині у Могилеві-Подільському, харківський професор, засновник наукового акушерства. Змістовно і цікаво Жук розповідає про спадковість, фізіологію, гігієну та одяг вагітних. Детально показано життя немовля в утробі. Лікар пропонує відмовитися від корсету, реформувати сукні, носити шведський ліф, спідницю-панталони тощо. Окремим розділом в посібнику є «Дієтетика душі». Тут написано про страх пологів, забобони, обов'язкову лікарську допомогу та важливість попередніх досліджень. Окремий розділ присвячений материнському інстинкту і його ролі в збереженні

нації. Декілька розділів присвячені немовлятам. Перші турботи – очищення рота і промивання очей. Далі підготовка дитячої, вибір предметів для догляду і гігієни немовлят. В книзі багато історичного та етнографічного матеріалу. Є малюнок колиски, надруковано креслення спеціального ліжечка-теплички для недоношених дітей. Жук радить при купанні використовувати воду мертвого моря, але і нагадує про вимоги педіатрів щодо подібних гігієнічних процедур. Текст супроводжується примітками-порадами «Випадковості». Тут є відомості про уявну смерть, бленорейне запалення очей, інші дитячі захворювання. Наприклад, Володимир Миколайович розповідає, як діяти при застуді під час хрещення. Докладно описує проблеми при годуванні дитини. Тут ми зустрічаємо відомості про харчування матері, травлення немовляти, природне та штучне вигодовування, вибір годувальниці. Далі у посібнику написано про піклування батьків про дитину в перші роки життя. Тут є відомості про прорізування зубів, фізіологію та розвиток нервової діяльності згідно поглядів вчених медиків Кейфера, Россі, Шульца, Кірка, Форберга. Жук представив нову, на той час, німецьку термінологію дитячих захворювань. Та головну увагу автора було зосереджено саме на гігієні та профілактиці хвороб матері і дитини. Важливу роль відведено фізичним вправам та вакцинації. Володимир Миколайович Жук указав могутню зброю батькам в боротьбі з дитячими захворюваннями. Мова йде про «...испоконъ вѣка испытанномъ средствѣ» як лікування світлом та кольором. В той період цей метод був подекуди невідомий та ігнорований більшістю практиків. Лікування червоним світлом було рекомендовано при всіх заразних шкірних захворюваннях: кір, скарлатина, екзема, рожа, нома (водяний рак), вовчак, плішивість. Жук наголошував, що світлолікування є суто гігієнічним методом і не виключає іншого лікування, яке призначить лікар. На закінчення автор написав читачам: «Якщо вірний вибраний нами девіз «Знання є сила», то нехай же цю силу кожен експлуатує в міру можливостей». Посібник мав шалений успіх. Ще до виходу в світ 9-го ювілейного видання, видавництво отримало декілька тисяч замовлень. Наш примірник знаходився в особовій книгозбірні І. І. Огієнко. На форзаці книги є власницький штамп «Изь книгъ №----- И. И. Огієнко». Іван Іванович Огієнко, митрополит Іларіон (1882–1972) — визначний український вчений-мовник, церковний та освітній діяч, перекладач Біблії, міністр освіти УНР (1919) та перший ректор Кам'янець-Подільського університету. Огієнко все життя присвятив утвердженню української мови, культури та автокефалії православної церкви. З книжного формуляру видно, що ця праця в бібліотеці ВНМУ видавалася двічі в 1948 і в 1965 рр. Після цієї презентації маємо надію на зростання читацького інтересу у всіх небайдужих до історії педіатрії.

ОЦІНКА СКЛАДОВИХ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ПРИФРОНТОВОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

Медведєва К.¹, Оліфенко М.¹, Головка Т.О.^{1,2}, Шевченко Н.С.^{1,2}

¹Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,

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

м. Харків, Україна

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) є хронічним запальним захворюванням дитячого віку, що суттєво впливає на фізичне, емоційне та соціальне функціонування дитини. В умовах бойових дій діти з ЮІА, які мешкають у прифронтових регіонах України, зазнають додаткового психоемоційного навантаження та змін умов медичного й соціального

супроводу, що зумовлює актуальність комплексної оцінки показників їх якості життя (ЯЖ) з урахуванням як суб'єктивної оцінки пацієнтів, так і батьків.

Мета дослідження: дослідити показники якості життя дітей із ювенільним ідіопатичним артритом, які мешкають в прифронтових регіонах України, за даними анкетування пацієнтів та їхніх батьків.

Матеріали та методи: у відділенні ревматології та коморбідних станів ДУ «ІОЗДП НАМН», м. Харків після початку повномасштабного вторгнення було обстежено 53 дитини, хворих на ЮІА (олігоартикулярний варіант мали 30 хворих, поліартикулярний – 23 пацієнти), з них дівчат 28, хлопців 25. Середній вік обстежених хворих становив $13,86 \pm 0,28$ років.

Для оцінки ЯЖ використано валідизований для України опитувальник PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales за останній тиждень та місяць. Анкета містить 4 шкали (фізичного, емоційного, соціального та шкільного функціонування), складається з 33 питань та має 4 вікові версії (для дітей від 2 до 18 років). Оцінка отриманих результатів проводилась за методикою шкали Лікерта (найвищий результат 100 балів демонструє найкращу ЯЖ) як для опитувальника в цілому, так і для кожної шкали окремо. Анкетування проводили діти та їхні батьки від 10 років і старше. Статистична обробка отриманих даних проводилась за допомогою параметричних та непараметричних методів статистики з використанням сертифікованих прикладних комп'ютерних програм SPSS 17.0 (ліцензія 4a180844250981ae3dae-s/nSPSS17) як по групі в цілому, так і з урахуванням варіанту перебігу захворювання (олігоартикулярний та поліартикулярний), статі пацієнтів (чоловіча та жіноча), віку (перша група від 10 до 13 років, друга – 14-18 років), тривалості захворювання (до 3-х років та більше 3-х років) та активності ЮІА (перший, другий та третій ступені).

Результати: порівнюючи показники ЯЖ загальний рівень за даними анкетування дітей в цілому по групі не відрізнявся від показників загального рівня ЯЖ за даними анкетування батьків, як за оцінкою за тиждень ($72,89 \pm 2,42$ бала проти $68,85 \pm 2,43$ бала, $p > 0,1$), так і за місяць ($70,35 \pm 2,93$ бала проти $68,87 \pm 2,21$ бала, $p > 0,1$). При аналізі окремих складових ЯЖ за даними опитування хворих їх фізичне функціонування за тиждень було вірогідно вищим, ніж за оцінкою батьків ($71,60 \pm 2,60$ балів проти $63,99 \pm 2,86$ бала, $p < 0,05$). Діти з олігоартикулярним варіантом перебігу захворювання вважали своє емоційне функціонування значно кращим, ніж діти з поліартикулярним варіантом як протягом останнього тижня ($77,22 \pm 3,99$ бала проти $65,43 \pm 4,32$ бала, $p < 0,05$), так і протягом місяця ($77,59 \pm 4,02$ балів проти $63,02 \pm 3,94$ бала, $p < 0,01$). При цьому оцінка ЯЖ батьками пацієнтів з урахуванням варіанту перебігу вірогідно не відрізнялась. Батьки дівчаток вважали, що фізичне функціонування за місяць у них значно ліпше, ніж у хлопчиків за відповідний період ($70,53 \pm 3,67$ бала проти $61,31 \pm 3,59$ бала, $p < 0,05$), хоча анкетування дітей відмінностей за статтю не показало. Пацієнти старшого віку вірогідно вище оцінили своє соціальне функціонування протягом останнього тижня ($86,19 \pm 3,82$ бала проти $76,88 \pm 4,46$ бала, $p < 0,05$). Батьки старших дітей істотно краще оцінили їх соціальне функціонування за тиждень ($86,50 \pm 2,95$ бала проти $73,62 \pm 4,66$ бала, $p < 0,05$) та за місяць ($85,34 \pm 3,50$ балів проти $69,51 \pm 5,29$ бала, $p < 0,01$), при цьому емоційне функціонування протягом останнього місяця було гіршим у них ніж у молодших пацієнтів ($62,84 \pm 4,81$ бала проти $72,15 \pm 3,72$ бала, $p < 0,05$). Аналіз показників ЯЖ з урахуванням тривалості захворювання не виявив вірогідних відмінностей як за даними анкетування дітей, так і їхніх батьків. При обробці даних анкетування дітей з урахуванням активності ЮІА встановлено найменший показник емоційного функціонування за місяць у хворих з другим ступенем активності в порівнянні з

пацієнтами, які мали третій ступінь ($61,27 \pm 4,95$ бала проти $78,56 \pm 3,92$ бала, $p < 0,01$). Вірогідних відмінностей за іншими компонентами та загального рівня ЯЖ в цих групах не виявлено, як і не встановлено значних відмінностей між показниками хворих з першим ступенем активності в порівнянні з другим ступенем, а також з першим ступенем та третім ступенем активності ЮІА. За даними опитування батьків рівень емоційної складової за місяць був значно нижчим у дітей з другим ступенем активності артриту як в порівнянні з першим ступенем ($59,22 \pm 3,88$ бала проти $72,38 \pm 5,05$ балів, $p < 0,05$), так і з третім ступенем активності захворювання ($59,22 \pm 3,88$ бала проти $74,30 \pm 3,92$ бала, $p < 0,05$).

Таким чином, проведене дослідження показало, що загальний рівень ЯЖ дітей із ЮІА, які перебувають у зоні бойових дій, є відносно стабільним, а оцінки дітей та їхніх батьків загалом збігаються, що свідчить про високий рівень адаптації родин до умов тривалого стресу. Результати роботи обґрунтовують необхідність комплексного підходу: лікування дітей з ЮІА в умовах бойових дій повинно включати не лише медикаментозну терапію, а й цілеспрямовану психологічну підтримку. Для раннього виявлення прихованої емоційної дезадаптації рекомендовано сумісне використання дитячих та батьківських форм анкетування, оскільки це дає можливість виявити супутні стани, приховані за клінічною маскою основного захворювання.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКУ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ ЗА ШКАЛОЮ SIBDQ

Музика О.О., Шлєєнкова Г.О., Волошин К.В., Слободянюк О.Л., Цюра О.М.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Кафедра педіатрії

Функціональні та органічні хвороби органів травлення на сьогодні посідають одне з провідних місць в структурі соматичної патології дитячого та підліткового віку та мають негативний вплив на якість життя юних пацієнтів. Серед захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей перше місце займає патологія органів гастродуоденальної зони. Захворювання ШКТ рідко зустрічаються ізольовано у вигляді ураження лише верхніх чи лише нижніх відділів травної системи, особливо у дитячому віці. Тому, при наявності симптомів порушення функцій та патологічних змін з боку верхніх відділів ШКТ, доцільно за допомогою неінвазивних засобів проводити діагностику на предмет виявлення патологічних змін і в нижніх відділах ШКТ.

Мета: проаналізувати якість життя дітей та підлітків з захворюваннями верхніх відділів ШКТ за результатами опитування за шкалою SIBDQ.

Матеріали та методи. До дослідження було залучено 174 дитини, що звернулись до КНП «МДКЛ №19» ХМР зі скаргами з приводу порушень функціонування верхніх відділів ШКТ (7 – 18 років). Пацієнти були проанкетовані за допомогою опитувальника SIBDQ, який дає можливість оцінити фізичний, соціальний та емоційний стан (результат визначається від 10 до 70 балів, де 10 найгірший стан).

Результати. Медіана SIBDQ для всієї вибірки становила 51 бал [QR 45; 58], до 50 балів мали $47,1 \pm 3,7\%$ респондентів. У дівчат медіана була достовірно нижче ніж у хлопців – $Me=49$ [QR 40; 55], проти $Me=55$ [QR 49; 65,5; $p_u=0,05$]. За характером ендоскопічної картини, низький бал за шкалою SIBDQ мали 55% дітей з гастроєзофагеальним та дуоденогастральним рефлексом (ГЕР - ДГР), 38,6% дітей з еритематозною дуоденопатією, 45,9% дітей з ерозивно-виразковими змінами та 61,5% пацієнтів з езофагітом. До ГЕР та ДГР

були більш схильні хлопці з низькими балами за шкалою SIBDQ. Всі інші ендоскопічні зміни достовірно частіше ($p < 0,05$) зустрічались у дівчат, що мали менше 50 балів за результатами проведеного опитування.

Висновки. У 47% дітей, що мали скарги на порушення функції з боку верхніх відділів ШКТ, мала місце низька оцінка якості життя – SIBDQ < 50. Медіана балів за шкалою SIBDQ у дівчат була достовірно нижче ніж у хлопців: Me=49 балів [QR 40; 55], проти Me=55 балів [QR 49; 65,5; $p_u=0,05$] відповідно. Дівчата з інструментально підтвердженим езофагітом мали достовірно нижчі бали за шкалою SIBDQ у порівнянні з хлопцями з езофагітом та з дівчатами з іншими ураженнями ШКТ – Me=41,5 ([QR 37; 46], $p < 0,05$). Використання опитувальників SIBDQ у дітей шкільного віку та підлітків доцільно не лише при хворобах нижніх відділів ШКТ а і при захворюваннях гастродуоденальної зони.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НОВОГО ВАРІАНТУ ТЯЖКОГО КОМБІНОВАНОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ В ГЕНІ DOCK2

Олійник Р.А., Круліковська І.О., Урбась О.В. Голодних О.А.

Івано-Франківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії

Актуальність. Тяжкий комбінований імунодефіцит (ТКІД) є одним з важких та рідкісних первинних імунодефіцитів, який характеризується глибокими дефектами Т-клітин з можливо не зміненою функцією В- і НК-клітин. Без своєчасної діагностики та трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин (ТГСК) ТКІД має смертність понад 90% у перший рік життя. Але впровадження неонатального скринінгу за допомогою визначення TREC/KREC в Україні у 2022 році дало можливість раннього виявлення SCID.

Задачі роботи. Представити детальний опис клінічного випадку дитини із SCID, виявленого за результатами неонатального скринінгу, проаналізувати клінічний, імунологічний та генетичний профіль пацієнта; оцінити характерні прояви та ускладнення, притаманні DOCK2-дефіциту; підкреслити значення раннього скринінгу TREC/KREC і важливість своєчасного направлення до центру для ТГСК; сформулювати обґрунтовані висновки щодо тактики ведення подібних дітей.

Матеріал і методи. Опис та оцінка різноманітних клініко - параклінічних методів діагностики пацієнта, оцінка даних генетичної верифікації первинного імунодефіциту

Отримані результати дослідження. Неонатальний період та скринінг. Хлопчик Р., народжений доношеним від II вагітності на 39 тижні гестації фізіологічним шляхом, з нормальними фізичними параметрами. Неонатальний скринінг констатував значно знижені TREC, що підтверджує Т-клітинну лімфопенію. З 28 дня дитина знаходилась в дитячій лікарні з приводу двобічної пневмонії, кандидозного періанального висипу, білково-енергетичної недостатності II ступеня, гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС II ст. Проводилась нутритивна підтримка, замісна терапія довенним імуноглобуліном, антибактеріальна терапія, профілактична противірусна, протитуберкульозна та протигрибкова терапії. На 48 день у стабільному стані хлопчик був виписаний на амбулаторне лікування.

Динамічно проводилась лабораторна діагностика і було констатовано низку характерних змін. Загальний аналіз крові: лімфопенія протягом усього періоду (лімфоцити 5–29%); високий тромбоцитоз до $600 \times 10^9/\text{л}$; динамічна анемія – зміна рівня Нb від 153г/л до

118 г/л. Субпопуляції лімфоцитів (30 день життя). Різко знижено рівні Т-лімфоцитів: CD3+ Т-клітини: 23,3% / $0,23 \times 10^9$ /л (норма 2–6,5); CD4+: $0,11 \times 10^9$ /л; CD8+: $0,06 \times 10^9$ /л. Рівні В-клітини CD19+ - 42,7% відносно високі та NK-клітини CD56+ - 29,4% абсолютні нормальні. Заклученням є імунофенотип T-low, NK-normal/high, B-relative-high, яке є характерним для DOCK2 дефіциту. Рівні сироваткових імуноглобулінів: IgG: 7,47 → 6,01 г/л (материнський), IgA, IgM знижені та IgE різко підвищений в межах 1176 - 1064 МО/мл, що не виключає Omenn-синдрому. Запальні маркери: прокальцитонін 28,5 нг/мл — тяжка бактеріальна інфекція та CRP: 244 - 173 - 55 - 4,3 мг/л — позитивна динаміка. Спинно-мозкова пункція: цитоз 2/мкл, нейтрофіли 75%, білок 0,165 г/л — без ознак менінгіту. Дані вірусологічного дослідження крові: ПЛР на герпес-інфекції I, II, V, VI типу та антитіла HIV — негативні. Результати генетичної діагностики отримані у 2,5 місячному віці та виявлено: ген DOCK2, гомозигота, варіант с.2249C>T, р.Ser750Leu, варіант відсутній у ClinVar, міссенс-заміна полярного серину на неполярний лейцин, порушення функції Rac1/Rac2, міграції лімфоцитів, NK-синапсу. Діагноз підтверджено: ТКІД - DOCK2-пов'язаний варіант (IMD40).

Обговорення. У представленому випадку скринінг на SCID був позитивним — значення TREC/KREC виходили за межі норми, що зумовило ранню діагностику. Цей випадок є особливо значущим, оскільки подальше генетичне дослідження виявило гомозиготний варіант с.2249C>T (р.Ser750Leu) у гені DOCK2, що відповідає рідкісному варіанту комбінованого імунодефіциту. DOCK2-дефіцит належить до надзвичайно рідкісних хвороб: за світовими даними, його поширеність становить менше 1 на 1 000 000 населення (Orphanet), і описано лише поодинокі випадки у світі.

DOCK2 — ключовий регулятор цитоскелету лейкоцитів і Rac-залежної сигналізації. Дефіцит DOCK2 призводить до: тяжкої Т-клітинної дисфункції; порушення рухливості лімфоцитів; дефектів NK-клітинної цитотоксичності; вразливості до бактеріальних та вірусних інфекцій; можливих Omenn-подібних проявів (висип, підвищення IgE).

Клінічна картина пацієнта повністю відповідає описаним фенотипам DOCK2-дефіциту: 1. Ранній дебют (перший місяць життя): важка пневмонія, гастроінтестинальна-контамінація, висип; характерні для SCID ранні бакт./вірусні інфекції; 2. Імунофенотип: виражена Т-лімфопенія; збережені NK -лімфоцити, що відповідає DOCK2 моделі; В-клітини відносно високі, але дисфункціональні; 3. IgE різко підвищений: ознака Omenn-like синдрому, раніше описаного при DOCK2-дефіциті; 4. Позитивний TREC-скринінг: підтвердив значне зниження Т-клітинного компоненту; 5. Виявлений новий генетичний варіант: с.2249C>T (р.Ser750Leu) — невідомий до цього часу. Ймовірно патогенний за сукупністю: функціональна значущість Ser750; гомозиготність; фенотип-патогенний збіг; характерний імунофенотип; 6. Відповідь на лікування: замісна імуноглобулінотерапія (Біовен-моно) призвела до зменшення запалення; ескалація антибіотикотерапії як контроль пневмонії; нутритивна підтримка - нормальний набір маси.

Висновки

1. Цей випадок — один з не багатьох лабораторно підтверджених DOCK2-дефіцит у світі, верифікований генетично, клінічно та імунофенотипово.
2. Неонатальний скринінг TREC/KREC довів свою ефективність: раннє виявлення дозволило уникнути фатальних ускладнень.
3. Фенотип пацієнта (T-low, NK-norm/high, IgE↑, Omenn-like rash) є типовим для DOCK2-пов'язаного SCID.
4. Виявлений варіант с.2249C>T (р.Ser750Leu) потребує подальшого функціонального аналізу та внесення до міжнародних баз даних варіантів.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ІЗ ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ У ПРИФРОНТОВИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ ДО ТА ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ

Оліфенко М.В.¹, Медведєва К.А.¹, Головка Т.О.^{1,2}, Фадєєва А.О.^{1,2}

¹Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,

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

У сучасній дитячій ревматології оцінка якості життя (ЯЖ) пацієнтів із ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) є важливим клініко-функціональним показником поряд з активністю захворювання, особливо при динамічному порівнянні з використанням стандартизованих та валідизованих інструментів. В умовах війни діти, які проживають у прифронтових регіонах, зазнають додаткового фізичного та психосоціального навантаження, а поєднання хронічного запалення з тривалим стресом може знижувати показники якості життя, що визначає необхідність їх системного вивчення.

Мета дослідження: порівняти показники якості життя дітей із ювенільним ідіопатичним артритом у прифронтових регіонах до та під час повномасштабного вторгнення в Україні.

Матеріали та методи: у відділенні ревматології та коморбідних станів ДУ «ІОЗДП НАМН», м. Харків було обстежено 122 пацієнти з ЮІА, з них 69 до початку воєнних дій в Україні (олігоартикулярний варіант 38 дітей, поліартикулярний – 31), 53 після початку повномасштабного вторгнення (олігоартикулярний варіант мали 30 хворих, поліартикулярний – 23 пацієнти). В першій групі дівчат було 37, хлопців 32; в другій групі – дівчат 28, хлопців 25. Середній вік хворих, обстежених до початку повномасштабного вторгнення склав $14,28 \pm 0,29$ роки, під час воєнних дій в Україні - $13,86 \pm 0,28$ років

Для оцінки ЯЖ використано валідизований для України опитувальник PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales за останній тиждень та місяць. Анкета містить 4 шкали (фізичного, емоційного, соціального та шкільного функціонування), складається з 33 питань та має 4 вікові версії (для дітей від 2 до 18 років). Оцінка отриманих результатів проводилась за методикою шкали Лікерта (найвищий результат 100 балів демонструє найкращу ЯЖ) як для опитувальника в цілому, так і для кожної шкали окремо. Анкетування проводили діти від 10 років і старше. Статистична обробка даних проводилась за допомогою параметричних та непараметричних методів статистики з використанням сертифікованих прикладних комп'ютерних програм SPSS 17.0 (ліцензія 4a180844250981ae3dae-s/nSPSS17).

Результати: при порівнянні показників ЯЖ в цілому по групі встановлено, що загальний рівень у дітей обох груп не відрізнявся, як за оцінкою за тиждень ($70,99 \pm 1,50$ балів проти $72,89 \pm 2,42$ балів, $p > 0,1$), так і за місяць ($72,67 \pm 2,07$ бали проти $70,35 \pm 2,93$ балів, $p > 0,1$). Аналіз окремих складових ЯЖ показав, що емоційне функціонування за тиждень у дітей з ЮІА під час воєнних дій було вірогідно вищим ніж у дітей з ЮІА в мирний час ($71,80 \pm 3,02$ бали проти $64,78 \pm 2,50$, $p < 0,05$). Показники складової функціонування в школі як за тиждень ($68,44 \pm 2,91$ бали проти $61,16 \pm 1,61$, $p < 0,05$), так і за місяць ($72,24 \pm 3,03$ бали проти $65,54 \pm 2,42$, $p < 0,05$) були істотно вищими у дітей під час війни.

При аналізі складових ЯЖ з урахуванням варіанту перебігу ЮІА (олігоартикулярний проти поліартикулярного) встановлено, що в період до початку війни загальний показник ЯЖ як за тиждень ($74,01 \pm 2,56$ бали проти $64,88 \pm 3,18$, $p < 0,05$), так і за місяць ($78,27 \pm 2,37$ бали проти $65,80 \pm 3,20$, $p < 0,01$) був вірогідно вищим у пацієнтів з олігоартикулярним варіантом перебігу. Також у дітей на оліго-ЮІА значно вищими були показники фізичного та соціального функціонування за тиждень ($79,89 \pm 3,40$ бали проти $65,28 \pm 3,23$, $p < 0,01$;

87,24±1,99 бали проти 78,87±2,58, $p < 0,01$) та за місяць (81,74±3,15 бали проти 66,72±3,58, $p < 0,01$; 87,50±2,09 бали проти 79,35±3,29, $p < 0,05$). Показник складової функціонування в школі був вищим у дітей з олігоартикулярним варіантом за місяць (71,12±3,26 бали проти 58,71±3,29, $p < 0,01$). Під час воєнних дій лише показники емоційної складової істотно вищими були у дітей з олігоартикулярним варіантом перебігу як за тиждень (77,22±3,99 бали проти 65,43±4,32, $p < 0,05$), так і за місяць (77,59±4,02 бали проти 63,02±3,24, $p < 0,01$).

При порівнянні показників ЯЖ у дітей з оліго-ЮІА до та під час повномасштабного вторгнення виявлено збільшення емоційного функціонування за тиждень (64,87±3,06 бали до воєнних дій проти 77,22±3,99, $p < 0,01$) та зменшення соціального функціонування за місяць (87,50±2,09 бали проти 79,72±4,78, $p < 0,05$) під час війни в Україні. При порівнянні показників ЯЖ з полі-ЮІА до війни та під час активних воєнних дій вірогідних відмінностей як загального рівня ЯЖ, так і окремих його складових не встановлено.

Отже, у дітей із ЮІА, що живуть у прифронтових регіонах України, загальний показник якості життя до початку війни та під час бойових дій статистично не змінився, окрім деяких компонентів. У період воєнних дій підвищились показники емоційного та шкільного функціонування. Кращі показники якості життя у пацієнтів з олігоартикулярним варіантом ЮІА підтверджують значення клінічного фенотипу захворювання при оцінці функціонального стану дітей та обґрунтовують необхідність індивідуалізованого підходу до їх спостереження й реабілітації в умовах війни.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЖОВТЯНИЦЬ ТА ВАД ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ

¹Пахольчук О.П., ²Димитрюк Д.С.

¹Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Кафедра дитячої хірургії

²Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Кафедра клінічної лабораторної діагностики та біологічної хімії
Перинатальний центр, м. Запоріжжя, Україна

Неонатальна жовтяниця є одним із найбільш частих станів періоду новонародженості. Переважно у немовлят діагностується фізіологічна жовтяниця, обумовлена особливостями розвитку та мета-болізму в цьому віковому періоді і не є ознакою захворювання. Однак, з огляду на потенційну токсичність білірубину та у зв'язку з тим, що жовтяниця може бути симптомом інших захворювань, слід проводити діагностику дитини для своєчасного виявлення проблем, що вимагають додаткових втручань, зокрема обстеження та лікування.

Патологічна жовтяниця є одним з найбільш поширених захворювань, які потребують медичної допомоги у новонароджених, і пов'язана з більш високим рівнем білірубину в сироватці крові, визначається як стан гіпербілірубінемії. Патологічна жовтяниця може виникати внаслідок багатьох причин, зокрема, несумісності за резус-фактором (Rh-фактором) або системою АВО, за умов септичного процесу внаслідок інфекції, при вроджених вадах розвитку печінки жовчних шляхів, крововиливах, метаболічних розладах (наприклад, дефіцит ферменту глюкозо-6-фосфат-дегідрогенази, тощо).

Діагностика атрезії жовчних шляхів є складною, оскільки багато клінічних та візуалізаційних ознак цього стану перетинаються з ознаками інших причин холестазу у новонароджених. Якщо жовтяниця триває довше 2 тижнів, новонародженого слід обстежити

на холестази, і слід враховувати атрезію жовчних шляхів – найпоширенішу причину неонатального холестази.

Диференціація біліарної атрезії від інших нехірургічних причин неонатального холестази є складною, оскільки не існує єдиного методу діагностики біліарної атрезії, а клінічні, лабораторні та візуалізаційні ознаки цього захворювання перетинаються з ознаками інших причин неонатального холестази. Однак проблему не можна вважати повністю вирішеною. Певні труднощі створює різноманіття клініко-анатомічних варіантів патології.

Мета: вивчити результати діагностики та лікування новонароджених з жовтяницею.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 42 новонароджених дітей з жовтяницею, які проходили лікування у на базі ЗДМФУ м. Запоріжжя з 2020 по 2025 роки, а симптоми включали жовтяницю (кон'юговану гіпербілірубінемію) та ахолічний стілець або будь-який із симптомів окремо. Віком від 1 доби до 6 місяців.

Серед причин жовтяниці у 16 дітей – фізіологічна жовтяниця, у 12 дітей – пов'язана з несумісністю за резус-фактором та/або АВО, у – 7 пацієнтів – атрезія жовчних шляхів, та у 7 дітей – пов'язана з кефалогематомою великих розмірів.

Результати та обговорення. Проведений аналіз показав, що середній термін гестації – $38,2 \pm 1,5$ тижнів. Середня маса тіла при народженні становила $3220,4 \pm 830,5$ г. Переважали хлопчики – 28 (66,7%) дитини. У 18 (42,8%) дітей виявлені поєднані вади розвитку.

Рівень білірубину в крові у дітей в середньому становив 180 (123:320) мкмоль/л.

Аналіз клінічних симптомів показав, що у всіх дітей визначалась жовтяниця, так у 18 (42,8%) дітей визначалась на 3 добу, у 7 (16,6%) дітей на 10 добу, а у 14 (33,3%) дітей у 14 день. У 7 (16,7%) дітей визначалась ахолічний стілець, у 28 (66,7%) випадків – блювота.

Аналіз результатів ультразвукового дослідження визначив що у дітей 7 дітей виявлено відсутність жовчного міхура, наявність «трикутного тяжа», що визначило наявність біліарної атрезії.

Жовчний міхур вважався патологічним, якщо він був менше 1,5 см завдовжки, не виявлявся або виявлявся, але не мав просвіту. Жовчний міхур був патологічним у 7 (16,7%) немовлят з атрезією жовчних шляхів.

Дітям проводили фототерапію в 35 (83,3%) пацієнтів. Пацієнтам з кефалогематомою після проведення пункції рівень білірубину крові зменшився у 16,7% пацієнтів.

Таким чином, порівняльна характеристика діагностичних критеріїв показує тісні кореляційні зв'язки даних пренатальної діагностики та клінічних симптомів, які прямо пропорційні даним рентгенологічного методу обстеження.

Висновки.

1. Своєчасна та адекватна діагностична тактика новонароджених з атрезією жовчних шляхів дозволяє визначити повну форму вади і провести підготовку до хірургічного лікування.
2. Ультразвукове дослідження є основним інструментом пренатальної та неонатальної діагностики при клінічних проявах в діагностиці вроджених вадах жовчних шляхів.
3. Результати лікування жовтяниці залежать, головним чином, від правильної оцінки стану новонародженого і раціонального вибору діагностично-лікувальної тактики.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ

Петрашенко В.О., Редько О.К., Бутенко В.В., Лазоренко В.В.

Сумський державний університет

Навчально-науковий медичний інститут

Кафедра педіатрії

Мета дослідження: вивчення функцій серцево-судинної системи (ССС) у дітей з ожирінням.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клінічне обстеження 20 дітей віком від 8 до 10 років (8 дівчаток (40%) та 12 хлопчиків (60%)) з I–III ступенем ожиріння, що включає оцінку анамнезу, даних антропометрії, а також обстеження ССС (ЕКГ та вимірювання артеріального тиску (АТ)).

Результати та обговорення. З анамнезу за словами батьків надмірна вага відзначалася з перших років життя у 30% дітей, з 5 років – у 50%, з 7 років – у 20%. При аналізі скарг виявлено, що надмірна вага турбувала 70% хлопчиків та 80% дівчаток та їхніх батьків. З наявних скарг найчастіше в дітей із II–III ступенем ожиріння були головний біль у 50% випадках, біль у серці і задишка при фізичній навантаженні в 40%. Відчуття серцебиття у спокої пред'являли 20% хлопчиків та 30% дівчаток, підвищення артеріального тиску до $130 \pm 0,2$ та $90 \pm 0,3$ мм рт. ст. 18% обстежуваних.

Серед обстежених дітей з ожирінням встановлено переважання хлопчиків над дівчатами у 1,5 раза. 80% обстежених дітей з I–III ступенем ожиріння мали абдомінальний тип ожиріння, а у 45% спостерігався стріарний синдром. Вегетативні порушення зареєстровані серед 85% дітей з ожирінням, які характеризувалися акроціанозом, мармуром шкіри, гіпергідрозом долонь і стоп (80% хворих), ослабленістю серцевих тонів (85%), систолічним шумом на верхівці серця і т. Боткіна (80%), акцентом II тону. За ЕКГ дослідженнями у 75% дітей встановлено порушення функцій ССС: синусова аритмія у 30% випадках, помірна синусова тахікардія у 20%, порушення внутрішньошлуночкової провідності у 10%, реполяризації міокарда у 15%. Встановлено кореляційний взаємозв'язок систолічного (САТ) та діастолічного АТ з показниками зросту ($r = 0,52-0,38$, $p < 0,001$), маси ($r = 0,48 - 0,38$, $p < 0,001$) та індексу маси тіла ($r = 0,37-0,34$ середніми значеннями САД із синусовою тахікардією ($r=0,46$, $p < 0,001$) та порушеннями процесів реполяризації ($r=0,48$, $p < 0,001$).

Висновок. Таким чином, виявлено низку порушень функцій серцево-судинної системи у дітей 8–10 років, що викликає певну тривогу, оскільки серцево-судинні порушення, пов'язані з ожирінням, виникають саме в дитячому віці, задовго до клінічної маніфестації захворювань у підлітковому та дорослому періодах.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ

Продан О.В.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Хронічне соматичне захворювання веде до зниження рівня психічних можливостей людини в здійсненні діяльності, до обмеження контактів з іншими людьми, до зміни

об'єктивного місця, яке людина займає в житті, а тим самим і її внутрішньої позиції по відношенню до всіх обставин життя і до себе. Хвороба, включаючись у соціальну ситуацію розвитку, змінює умови перебігу багатьох видів діяльності, що призводить до появи окремих психологічних наслідків, які суттєво впливають на перебіг життєвих криз і становлення особистості.

У переважної більшості дітей, хворих на пептичну виразку, реєструються загальноневрологічні порушення. Важливу роль у перебігу хвороби відіграє психоемоційний стан пацієнтів.

Мета – дослідити залежність перебігу пептичної виразки від психоемоційного стану хворих дітей.

Методи. Вивчення показників нервово – психічного розвитку дітей проводили після ознайомлення зі станом їхнього здоров'я, виключення психічних розладів та неврологічної патології, оцінки стану слухового та зорового аналізаторів (за даними огляду відповідних спеціалістів). Проведено анкетування 37 дітей віком від 7 до 15 років за допомогою шкали самооцінки Ч.Д. Спілберга. Дітям пропонувалося відповісти на 40 запитань. Із 4-х запропонованих варіантів вони повинні були вибрати той, що найбільш точно відповідав їх почуттям у момент обстеження. Шкала самооцінки складалася з 2-х частин, що окремо визначали реактивну (РТ, запитання №1 - 20) та особистісну (ОТ, запитання № 21 - 40) тривожності.

Результати. Діти були розподілені на 2 підгрупи (I – діти із високим та середнім рівнем тривожності та нейротизму, n=17, II – діти із низьким рівнем тривожності та нейротизму, n=20). Спостереження за дітьми показало, що більш часті та тривалі рецидиви загострень, що виникали декілька разів на рік, відмічались у I підгрупі у 64,7% дітей, в II підгрупі – у 45% хворих та з меншою вираженістю клінічних проявів захворювання.

Ремісії тривалістю від 1 до 3 років відмічались в обох підгрупах майже в однаковій мірі – 35,2% (I підгрупа) та 45,0% (II підгрупа). Більш тривалі ремісії (від 3 до 5 років) спостерігались лише у 11,7% дітей I підгрупи та у 25% дітей II підгрупи.

На гостроту та тяжкість перебігу опосередковано вказувала також середня кількість госпіталізацій на одного хворого: в I підгрупі – 3,1, в II підгрупі 1,3.

Аналіз особливостей перебігу пептичної виразки не дозволив нам виявити чіткої сезонності у дітей обох підгруп, хоча найменша частота виникнення загострень відмічалася в літній період.

Висновок. Отримані результати дослідження доводять суттєву роль психоемоційного стану хворого на пептичну виразку у формуванні особливостей її перебігу.

ОКИСНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ І СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З COVID-19:

ДІАГНОСТИЧНО-ПРОГНОСТИЧНІ МАРКЕРИ

Романчук Л.І.

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

Порушення рівноваги між прооксидантними та антиоксидантними механізмами є одним із ключових патофізіологічних компонентів респіраторних інфекцій. При SARS-CoV2-інфекції системна запальна відповідь супроводжується активацією вільнорадикальних процесів, що може призводити до структурних змін білкових молекул та модифікації їх

функціональної активності. Показники окисної модифікації білків (ОМБ) відображають інтенсивність цих процесів, тоді як активність каталази та глутатіонпероксидази (ГПО) характеризує стан ферментативного антиоксидантного захисту.

Мета. Визначити особливості ОМБ у сироватці крові та конденсаті видихуваного повітря у дітей із COVID-19 та при інших респіраторних інфекціях і встановити їх зв'язок із показниками антиоксидантної системи та клініко-епідеміологічними ризиками інфікування SARS-CoV2.

Матеріали та методи. У сироватці крові дітей із пневмонією оцінювали продукти ОМБ основного (E430) і нейтрального (E370) характеру: I група (n=30) та II група (n=29). Аналізували порогові значення E370 ($>2,45$ mmol/gr protein та $<2,45$ mmol/gr protein), активність каталази (<60 μ mol/min/mg protein і >60 μ mol/min/mg protein) та ГПО ($<0,44$ μ mol/min/mg protein) з розрахунком AR, OR (95 % CI), RR (95 % CI). Додатково вивчали E370 у конденсаті видихуваного повітря (E370 $<2,42$ mmol/gr protein та $>2,45$ mmol/gr protein).

Результати. Отримані дані свідчать, що саме нейтральні фракції продуктів окисної модифікації білків (E370) є найбільш чутливим індикатором системного оксидативного ушкодження при SARS-CoV2-інфекції у дітей. Відсутність статистично значущих відмінностей за показником E430 ($61,6\pm 4,4$ проти $64,4\pm 4,4$ mmol/g protein; $p>0,05$) вказує на подібну глибину структурної деструкції білкових молекул у групах порівняння. Натомість достовірне підвищення E370 у дітей з COVID-19 ($2,44\pm 0,07$ проти $2,11\pm 0,1$ mmol/gr protein; $p<0,05$) відображає більш виражений протеолітичний компонент оксидативного стресу з накопиченням низькомолекулярних білкових фрагментів.

Саме порогове значення E370 $>2,45$ mmol/gr protein продемонструвало найбільшу прогностичну інформативність: AR:35,0 %, OR:4,3 (95 % CI:2,4–7,8), RR:2,1 (95 % CI:1,6–2,8). Це означає, що перевищення даного рівня більш ніж удвічі підвищує ймовірність інфікування SARS-CoV2. Водночас показник E370 $<2,45$ mmol/gr protein (AR:36,0 %, OR:4,6 (95 % CI:2,5–8,4), RR:2,1 (95 % CI:1,4–2,98)) може використовуватись як диференційно-діагностичний критерій на користь відсутності COVID-19.

Таким чином, E370 у сироватці крові виступає ключовим елементом прогностичної моделі, який дозволяє стратифікувати пацієнтів за ризиком SARS-CoV2-інфікування ще на етапі первинної лабораторної оцінки.

Ферментативна складова антиоксидантної системи доповнює цю модель. Зниження активності каталази <60 μ mol/min/mg protein (27,9 % проти 13,6 %) асоціюється з ризиками AR:23,0 %, OR:2,5 (95 % CI:1,2–5,0), RR:1,5 (95 % CI:0,8–2,7). Це свідчить, що виснаження ферментативного антиоксидантного резерву є додатковим предиктором інфікування SARS-CoV2. Аналогічну тенденцію продемонструвало зниження ГПО $<0,44$ μ mol/min/mg protein (16,7 % проти 4,5 %) із ризиками AR:32,0 %, OR:4,3 (95 % CI:1,4–12,5), RR:1,7 (0,6–4,6). Сукупність цих змін відображає формування дисбалансу між прооксидантними та антиоксидантними механізмами, що може визначати тяжкість перебігу інфекції.

Важливо, що у конденсаті видихуваного повітря (E370 $<2,42$ та $>2,45$ mmol/gr protein) статистично значущих розбіжностей між групами не встановлено ($p>0,05$). Це вказує на універсальну активацію локальних оксидативних процесів у дихальних шляхах при гострих респіраторних захворюваннях незалежно від етіології. Отже, саме системні показники ОМБ мають вищу прогностичну цінність для моделювання ризику COVID-19.

Поєднання трьох компонентів - підвищення E370 $>2,45$ mmol/gr protein, зниження активності каталази <60 μ mol/min/mg protein, зниження ГПО $<0,44$ μ mol/min/mg protein формує біохімічний профіль пацієнта з високою ймовірністю SARS-CoV2-інфікування. Така

комбінація відображає не лише факт оксидативного ушкодження, а й неспроможність антиоксидантної системи адекватно компенсувати надлишкове утворення активних форм кисню.

Отримані результати дозволяють розглядати показники ОМБ і ферментативного антиоксидантного захисту як елементи лабораторної прогностичної моделі, здатної доповнювати клінічну оцінку та підвищувати точність стратифікації ризику перебігу COVID-19 у дітей.

Висновки. COVID-19 у дітей супроводжується вираженим оксидативним дисбалансом із накопиченням продуктів окисної модифікації білків нейтрального характеру та зниженням активності антиоксидантних ферментів. Показник E370 у сироватці крові є найбільш інформативним маркером інфікування SARS-CoV2, а зменшення активності каталази та глутатіонпероксидази відображає напруження ферментативної ланки антиоксидантного захисту. Сукупність цих змін може бути використана як лабораторна основа для стратифікації ризику та уточнення перебігу COVID-19 у дітей.

ГЕМАТОЛОГІЧНІ ІНДЕКСИ ІНТОКСИКАЦІЇ ЯК ПРЕДИКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ СЕПСИСУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Руснак М.С.

**Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Науковий керівник PhD Крецу Н.М.**

Вступ. Неонатальний сепсис є однією із провідних причин неонатальної захворюваності та смертності у світі, зумовлюючи високий ризик розвитку тяжких ускладнень. Сучасні підходи до діагностики та лікування новонароджених із сепсисом покращили результати, проте раннє прогнозування перебігу захворювання та ідентифікація груп ризику залишаються клінічним викликом. Саме тому, гематологічні індекси інтоксикації, які відображають імунну та запальну відповідь організму, можуть слугувати доступними, швидкими та економічними маркерами.

Мета роботи. У ретроспективному когортному порівняльному дослідженні оцінити діагностичну інформативність та прогностичну значущість інтегральних гематологічних індексів інтоксикації у новонароджених із різними клінічними наслідками неонатального сепсису.

Матеріал і методи. Було проаналізовано медичні карти стаціонарних хворих, що дозволило ретроспективно вивчити клініко-параклінічні характеристики 41 новонароджених, які отримували лікування у неонатальних відділеннях ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня». У відповідності до мети роботи немовлят розподілили на 2 клінічні групи порівняння. I групу сформували 26 пацієнтів із діагнозом «Неонатальний сепсис», який закінчився одужанням, II групу – 15 новонароджених, у яких септичний процес закінчився летально. За результатами загального аналізу крові, при поступленні та в динаміці через 72 години від початку лікування, проаналізовано значення гематологічних індексів інтоксикації: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) (за нормальні значення приймали рівень від 0,3 до 1,5 ум.од.) та індекс ядерного зсуву (ІЯЗ) (при рівні 1,0 ум.од. розцінювали стан дитини як тяжкий). Статистичну обробку фактичних даних проводили за допомогою програми StatSoft Statistica v 8.0. на персональному комп'ютері при відомому числі

спостережень (n). Критичний рівень значущості «Р» при перевірці статистичних гіпотез у даному дослідженні вважали при $p < 0,05$.

Результати та обговорення. Статистично значимих відмінностей між групами за основними антропометричними показниками, гестаційним віком та шляхом пологорозрішення нами не встановлено. Летальний перебіг неонатального сепсису асоціювався з тяжким станом новонароджених одразу при народженні, необхідністю проведення початкових реанімаційних заходів та вищою бальною оцінкою за шкалою nSOFA, що свідчить про виражену початкову мультиорганну дисфункцію. Аналізуючі середньогрупові значення інтегральних гематологічних показників активності запального синдрому нами встановлено, що при поступленні рівень ЛШ у представників I клінічної групи становив $1,69 \pm 0,27$, у новонароджених II групи $2,39 \pm 1,19$ ум. од; ІЯЗ $0,63 \pm 0,09$ та $0,73 \pm 0,18$ ум.од. відповідно. В динаміці через 72 години під впливом лікування покращувались значення індексів інтоксикації у новонароджених I групи (ЛШ $0,94 \pm 0,38$, ІЯЗ $0,58 \pm 0,08$ ум.од.). Водночас, у представників II групи відмічалась негативна динаміка (ЛШ $3,63 \pm 0,32$, ІЯЗ $0,98 \pm 0,13$ ум.од.), що підтверджувало резистентність даних пацієнтів до лікування та важчий перебіг запального процесу.

Висновки. Таким чином, значення ЛШ більше 2,3 ум.од. можна розглядати як важливий маркер тяжкості перебігу сепсису, який супроводжуються зростанням показників клініко-епідеміологічного ризику летальності (ВШ=6,3, ВР=2,2, АР=42 %) зі специфічністю 84,7%.

РІВЕНЬ SP-D ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ, АСОЦІЙОВАНИХ ІЗ HELICOBACTER PYLORI У ДІТЕЙ

Савченко Д.С.

Науковий керівник д.мед.н., професор Леженко Г.О.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кафедра госпітальної педіатрії

Актуальність. Поширеність захворювань гастродуоденальної зони, асоційованих із *H. pylori* у дітей залишається високою протягом багатьох років. Патологія шлунку та дванадцятипалої кишки характеризується хронічним перебігом і розвитком ускладнень, особливо у дитячому віці, що обумовлює актуальність вивчення етіологічних чинників та патогенезу морфологічних змін слизової оболонки. Сурфактантний протеїн D (SP-D) є антимікробним пептидом і розглядається як складова бар'єрного захисту слизових оболонок, проте дані щодо його впливу у гастродуоденальній зоні є обмеженими. У зв'язку з цим, вивчення рівнів SP-D у дітей із захворюваннями верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є актуальним для поглиблення розуміння патогенезу запального процесу і участі в ньому *H. pylori*.

Мета дослідження. Дослідити вміст SP-D у сироватці крові дітей із захворюваннями гастродуоденальної зони, асоційованими з *H. pylori*.

Матеріали і методи дослідження. Під наглядом перебувало 60 дітей із захворюваннями верхніх відділів ШКТ, віком від 10 до 17 років 11 міс. 29 днів (середній вік $14,8 \pm 1,9$), серед яких у 30 (50%) дітей підтверджено інфікування *H. pylori*, у 30 (50%) дітей захворювання не були асоційовані з *H. pylori*. Контрольна група - 20 умовно здорових дітей, репрезентативних за віком та статтю. Наявність інфекції *H. pylori* визначалась за результатами уреазного тесту та біопсії. Рівень SP-D

визначався в сироватці крові методом ІФА з використанням комерційного набору Human SP-D, ELISA Kit, Elabscience Biotechnology, USA.

Результати дослідження: Встановлено, що рівень SP-D у дітей із захворюваннями гастродуоденальної зони складав $43,1 \pm 2,1$ нг/мл і був майже вдвічі менший за показники контрольної групи - $77,9 \pm 3$ нг/мл ($p < 0,05$). Знижений рівень означеного пептиду у дітей із патологією верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, вказував на зрушення в імунному захисті, та вочевидь, виступав тригером, що унеможлиблював попередження розвитку запального процесу у слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки.

Подальше ранжування з урахуванням наявності інфекції *H.pylori* показало, що різниці між рівнем SP-D у сироватці крові дітей із захворюваннями, асоційованими та неасоційованими з *H.pylori*, не було, а показники становили $42,3 \pm 3$ нг/мл та $43,9 \pm 3,2$ нг/мл відповідно ($p > 0,05$). Одержані результати свідчили про відсутність прямого впливу *H.pylori* на концентрацію SP-D і одночасно вказували на те, що зниження рівня даного антимікробного пептиду не створювало більш сприятливих умов для доєднання бактерії. Отримані дані вказували на те, що патогенетичним механізмом розвитку захворювань гастродуоденальної зони у дітей є порушення імунного захисту, а запальний процес формується на тлі зниження SP-D незалежно від наявності чи відсутності *H.pylori*.

Висновок. Розвиток запальних процесів верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у дітей відбувається на фоні зниження рівня SP-D в сироватці крові, незалежно від наявності *H.pylori*.

ДОДАТКОВІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ ОСТЕОАРТРОПАТІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Сивоєризова К.Б.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кафедра госпітальної педіатрії

Одним з розповсюджених ускладнень цукрового діабету 1 типу у дітей є діабетична остеоартропатія (ДОАП). На фоні абсолютної інсулінової недостатності та хронічної гіперглікемії розвиваються ангіопатія та нейропатія, що в подальшому виражається в погіршенні мінерального обміну кісток та порушенні рухливості суглобів. Через компенсаторні можливості дитячого організму ці порушення виявляють не одразу, а з часом, що може проявлятися підвищеними ризиками переломів кісток та погіршенням якості життя через діабетичну остеоартропатію.

Мета та задачі роботи. Дослідити вміст дезоксиіпрідиноліну в сечі у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, та визначити його роль в якості додаткового діагностичного маркеру розвитку діабетичної остеоартропатії.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходились 98 дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, віком від 10 до 17 років. Групу контролю склали 24 умовно здорових дитини. Групи були репрезентативні за віком та статтю. Всім дітям проводилося визначення кісткової маси, жирової маси та їх співвідношення. З метою мінімізації впливу віку дитини, її маси та росту проводився розрахунок індексів даних показників. Визначення об'єму рухів в суглобах проводилося за допомогою гоніометра. Ступінь обмеження рухливості суглобів визначали за методикою та класифікацією Arian L. Rosenbloom (1982). ДОАП діагностували при наявності обмеження рухливості суглобів 1 та більше ступеню. Додатково проводилося визначення рівню загального кальцію та фосфору в сироватці крові. Дослідження вмісту

дезоксипіридиноліну в сечі проводилося за допомогою методу ІФА (MICROVUE DPD EIA, QuidelOrtho, USA).

Отримані результати та їх обговорення. За результатами проведеного дослідження діабетичну остеоартропатію було встановлено у 69,4% обстежених дітей, клінічна картина якої характеризувалася різним ступенем порушення рухливості суглобів, в тому числі, 1 ступінь обмеження рухливості суглобів виявлено у 41 (41,8%) пацієнта, 2 ступінь – у 21 (21,4%) пацієнта та 3 ступінь обмеження рухливості суглобів визначено у 6 (6,1 %) дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу. Встановлено, що збільшення ступеню порушення рухливості суглобів супроводжувалося зменшенням індексу кісткової маси за рахунок збільшення відсотка жирової маси, що підтверджувалося зменшенням співвідношення кісткової маси до жирової тканини. Якщо у дітей без ознак ДООП та з 1 ступенем обмеження рухливості суглобів дане співвідношення не мало статистичної відмінності з показниками групи контролю і склало $2,86 \pm 0,27$ у.о. та $2,75 \pm 0,17$ у.о., відповідно проти $3,13 \pm 0,26$ у.о. групи контролю ($p > 0,05$), то у пацієнтів з 2 та 3 ступенем цей показник склав $2,35 \pm 0,13$ у.о., що в 1,3 рази менше, ніж в групі контролю ($p > 0,05$). В той же час, нами не було виявлено статистичної різниці між вмістом загального кальцію та фосфору сироватки крові у пацієнтів, хворих на цукровий діабет 1 типу, та групи контролю. Було встановлено лише тенденція до зниження рівня загального кальцію у пацієнтів з 2-3 ступенем обмеження рухливості суглобів, але без статистичної значущості ($p > 0,05$). Тому на наступному етапі роботи ми проаналізували рівень дезоксипіридиноліну, як продукту деградації колагену кісткової тканини, в сечі у дітей з груп спостереження. Було встановлено, що збільшення ступеню порушення рухливості в суглобах супроводжувалося підвищенням рівню дезоксипіридиноліну в сечі. Рівень дезоксипіридиноліну у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, без ознак ДООП не мав статистичної різниці від аналогічного показника контрольної групи ($1,4 \pm 0,04$ mMol/l проти $1,39 \pm 0,03$ mMol/l, відповідно, ($p > 0,05$); в той час як серед дітей з ознаками ДООП спостерігалася поступове підвищення цього показника до $1,49 \pm 0,07$ mMol/l у дітей з 1 ступені обмеження рухливості та $1,51 \pm 0,05$ mMol/l з 2-3 ступенем порушення рухливості суглобів. Слід відмітити, що найбільша екскреція дезоксипіридиноліну спостерігалася у пацієнтів з глікемічним контролем з високим ризиком для життя, в той час, як при наявності ідеального та оптимального глікемічного контролю, вміст дезоксипіридиноліну в сечі не відрізнявся від аналогічних показників контрольної групи ($p > 0,05$).

Висновки. Таким чином, отримані результати дослідження свідчать, що діабетична остеоартропатія є поширеним ускладненням, яка зустрічається у 69,4% дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу. Основним клінічним проявом даного ускладнення є синдром обмеження рухливості суглобів із залученням в патологічний процес усіх груп суглобів. Прогресування ДООП супроводжується збільшенням екскреції з сечею дезоксипіридиноліну, визначення якого можна використовувати в якості одного із ранніх маркерів діабетичної остеоартропатії. Додатковим незалежним фактором розвитку ДООП виступає стан глікемічного контролю.

ОСОБЛИВОСТІ МАНІФЕСТАЦІЇ ГРИПУ У ПОЄДНАННІ З ЕБВ-ІНФЕКЦІЄЮ

Сидорчук Д.М., Гарас М.Н.

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

Актуальність. У структурі дитячої інфекційної захворюваності гострі респіраторні вірусні інфекції залишаються одними з найпоширеніших причин звернення за медичною допомогою. Водночас інфекційний мононуклеоз, асоційований з вірусом Епштейна–Барр (EBV), часто дебютує під маскою неспецифічних симптомів ГРВІ, що ускладнює ранню клінічну діагностику. Особливі труднощі виникають у випадках ко-інфекції, зокрема при поєднанні EBV-інфекції з вірусом грипу, коли клінічна картина набуває бурхливого характеру та супроводжується системними проявами.

Супутній грип може посилювати катаральні симптоми, потягчувати симптоми дегідратації та пролонгувати гарячковий період, що маскує типові ознаки інфекційного мононуклеозу, зокрема гепатоспленомегалію та гематологічні зміни. У таких ситуаціях своєчасне визначення специфічних серологічних маркерів EBV-інфекції має вирішальне значення для встановлення остаточного діагнозу та вибору раціональної тактики ведення пацієнта. З огляду на можливість розвитку ураження печінки, виражених метаболічних порушень та ексикозу у дітей, поєднаний перебіг грипу та EBV-інфекції потребує підвищеної клінічної настороженості й менеджменту хворих та реконвалесцентів.

Мета: проаналізувати особливості клінічного перебігу мікст-інфекції грипу та ЕБВ-мононуклеозу в дитячому віці з наступною оптимізацією терапевтичної стратегії.

Матеріали та методи. Під спостереженням в умовах інфекційного стаціонару знаходилася школярка з середньотяжким перебігом EBV-мононуклеозу та ідентифікованим грипом типу В з виснаженням об'єму рідин організму.

Результати. Дівчинка, 8 років, захворіла гостро з підвищення температури тіла до 38°C, катаральних проявів (нежить, покашлювання), млявості, відмови від їжі та появи запаху ацетону з рота. Упродовж 10 діб амбулаторного лікування зберігалися субфебрилітет з порушенням загального стану та наростанням ацетонемічного синдрому, у зв'язку з чим дитину й було госпіталізовано. Перед ушпиталенням виконано швидкісний тест на грип – виявлено антигени вірусу грипу типу В.

При надходженні стан середньої тяжкості за рахунок порушення загального стану та ексикозу. Аксилярна температура тіла складала 37,7°C (тривалий субфебрилітетом упродовж 11 діб). Відзначалися гіперемія ротоглотки, збільшені піднебінні мигдалики без нашарувань, шийна лімфаденопатія. З 3-ї доби стаціонарного лікування виявлена помірна гепато- та спленомегалія. У загальному аналізі крові при надходженні реєструвалися відносний лімфоцитоз і нейтропенія, при повторному дослідженні на 3-тю добу виявлено 44% атипівих мононуклеарів.

Біохімічне дослідження крові продемонструвало гіперферментемію та помірну гіпербілірубінемію, збільшення рівня С-реактивного. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини підтвердило помірну гепатоспленомегалію з реактивними змінами паренхіми печінки. Верифіковано серологічні маркери гострої EBV-інфекції (аEBV VCA IgM, аEBV VCA IgG), що дозволило встановити діагноз інфекційного мононуклеозу, викликаного γ-герпесвірусом на тлі супутнього грипу типу В.

Терапевтична тактика включала інфузійну та оральну регідратаційну терапію, антибактеріальну, жарознижувальну та гепатопротекторну терапію. На 10-ту добу відзначено позитивну клінічну динаміку: нормалізацію температурної реакції, зменшення інтоксикації,

регрес гепатоспленомегалії та тенденцію до зниження трансаміназ. В подальшому дитину виписано в задовільному стані з клінічним одужанням.

Обговорення. Представлений клінічний випадок демонструє складність діагностики та ведення поєднаної вірусної інфекції у дитини шкільного віку — інфекційного мононуклеозу, асоційованого з вірусом Епштейна–Барр, на тлі лабораторно підтвердженого грипу типу В. Початковий перебіг захворювання мав характер типової гострої респіраторної вірусної інфекції, що зумовило певні труднощі ранньої диференційної діагностики. Наявність позитивного швидкого тесту на грип В об'єктивно пояснювала виразні катаральні прояви та порушення загального стану, однак пролонгований субфебрилітет, лімфаденопатія, поява гепатоспленомегалії та значна кількість атипичних мононуклеарів у периферійній крові потребували розширеного діагностичного пошуку. Виявлена гіпертрансфераземія, підвищення гострофазових білкових показників і ультразвукові ознаки реактивних змін печінки свідчили про залучення гепатобіліарної системи до патологічного процесу, що характерно для EBV-інфекції, проте могло бути потенційно обтяжене супутнім грипом. Мікст-інфекція сприяла більш виразним системним проявам, розвитку дегідратації середньої тяжкості та ацетонемічного синдрому, що ускладнило клінічний перебіг і вимагало комплексної терапевтичної тактики.

Висновки. Таким чином, даний випадок підкреслює необхідність збереження клінічної настороженості щодо інфекційного мононуклеозу при тривалому субфебрилітеті та лімфопроліферативному синдромі навіть за наявності підтвердженого грипу. Поєднаний перебіг вірусних інфекцій у дітей може змінювати класичну клінічну картину, маскувати типові прояви та посилювати системні ураження, що обґрунтовує потребу у своєчасному лабораторному дообстеженні та індивідуалізованому підході до лікування.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОЇДІВ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Смулка М.В., Федоряк С.О., Тарнавська С.І.

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

З огляду на неоднорідність та різноманітність астми у дітей, на даний момент нагальним є дослідження фенотипів та ендотипів запальних захворювань з метою пошуку нових методів боротьби з цією хворобою.

Мета дослідження – оцінити ефективність застосування інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС) у дітей, хворих на бронхіальну астму з урахуванням запальних патернів крові.

Матеріал і методи. Проведено комплексне клініко-параклінічне обстеження 120 дітей, хворих на бронхіальну астму з урахуванням патернів запалення крові (34 дитини ще мали гіпогранулоцитарний патерн запалення — з кількістю еозинофілів (EOS) у загальному аналізі крові <250 клітин/мм³ та <5000 нейтрофілів (NEU)/мм³; 60 дітей із еозинофільним патерном периферичної крові: ≥ 250 EOS/мм³); 14 дітей в яких відзначали нейтрофільний патерн (≥ 5000 NEU/мм³); 12 дітей з гіпергранулоцитарним патерном запальної реакції крові (≥ 250 EOS/мм³ і ≥ 5000 NEU/мм³). За основними клінічними характеристиками групи порівняння були співставимі.

Результати. Отримані результати показали, що частка дітей з неконтрольованим перебігом БА (АСТ-тест <16 балів) до початку лікування серед пацієнтів I, II, III та IV груп

дорівнювала: 43,2%, 50,0%, 34,3% та 37,5%. Після проведеного 3 міс. лікування ІГКС дані показники дорівнювали: 24,4% ($p<0,05$), 14,3% ($p<0,05$), 18,2% ($p<0,05$), та 33,3% ($p>0,05$).

Отримані результати показали, що ефективність базисної терапії ІГКС була вищою у пацієнтів II групи, оскільки частка дітей, які мали ознаки неконтрольованої астми зменшилась втричі з 50,0% до 14,3%. Серед пацієнтів I та III груп відбулося зменшення вдвічі частки дітей, в яких була неконтрольована астма. Таким чином, ефективність застосування ІГКС у пацієнтів з еозинофільним запальним патерном крові по відношенню до пацієнтів із гіпогранулоцитарним патерном показала зростання абсолютного ризику (ЗАР) досягнення контролю на 17,0%, зростання відносного ризику (ЗВР) - 42,2% при мінімальній кількості хворих (МКХ), яких необхідно пролікувати для отримання позитивного результату -2,1. Водночас ефективність ІГКС порівняно до пацієнтів із нейтрофільним запальним патерном крові дорівнювала: ЗАР -20,0% , ЗВР – 55,5% при МКХ – 1,8.

Висновки. Найбільш ефективними інгаляційні глюкокортикостероїди виявилися у пацієнтів з еозинофільним запальним патерном крові та можуть бути застосовані для контролю бронхіальної астми як терапія першої лінії.

ІНФОРМАЦІЙНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ БАТЬКІВ ДО ВАКЦИНАЦІЇ ДІТЕЙ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА ВОЄННОГО СТАНУ

Ставнійчук С.С.

Науковий керівник Гарас М.Н.

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

Вступ. Реалізація програм імунного контролю у педіатрії значною мірою залежить від поінформованості та довіри батьків. В умовах пандемії коронавірусної хвороби та воєнного стану система імунопрофілактики в Україні функціонує під впливом подвійного навантаження: організаційних обмежень та інформаційного тиску. В період інфодемії зростає роль джерел інформації, які здатні як підтримувати довіру до щеплень, так і формувати настороженість щодо їх безпеки. У цьому контексті аналіз трансформації інформаційного поля та його впливу на прихильність до вакцинації дітей є актуальним для сучасної педіатричної практики.

Мета дослідження. Проаналізувати динаміку ставлення батьків до вакцинації дітей, визначити актуальні та провідні джерела інформації та їх трансформацію у допандемічний період, під час пандемії та в умовах воєнного стану.

Матеріали і методи. Проведено анонімне одноцентрове анкетування батьків дітей госпіталізованих в ОКНП «ЧОДКЛ», середній вік дітей ~5,5 років, у трьох незалежних вибірках: у грудні 2019 – лютому 2020 року ($n=87$), у квітні – травні 2022 року ($n=75$) та у 2025 році ($n=66$). Анкета містила питання щодо джерел отримання інформації про вакцинацію та джерел поширення інформації про її можливу шкідливість та базувалася на опитувальниках Центру громадського здоров'я. Результати подані у відсотковому співвідношенні та проаналізовані у динаміці між періодами.

Результати дослідження. Аналіз джерел отримання інформації щодо щеплень засвідчив збереження провідної ролі медичних працівників у всі роки дослідження (65% у 2019 році, 58% у 2022 році та 59% у 2025 році). Водночас у період пандемії відбулося помітне зростання ролі інтернет-ресурсів — з 15% у 2019 році до 29% у 2022 році; у 2025

році цей показник становив 18%. Частка респондентів, які отримували інформацію від родичів, друзів чи сусідів, у 2025 році була вищою, ніж у 2022 році.

Серед найбільш важливих для прийняття остаточного рішення джерел медичні працівники посідали перше місце в усі періоди (79% у 2019 році, 66% у 2022 році та 60% у 2025 році). Інтернет як ключове джерело зазначали 5% у 2019 році, 18% у 2022 році та 12% у 2025 році, що вказує на його суттєву, але другорядну роль порівняно з професійною консультацією.

Окремої уваги потребує структура джерел інформації про можливу шкідливість вакцинації. У 2019 році такі повідомлення найчастіше надходили із засобів масової інформації (35%) та інтернету (29%). У 2022 році провідними стали інтернет та соціальне оточення (по 31%). У 2025 році серед джерел негативної інформації частіше згадували соціальне оточення (25%), інтернет (22%) та медичних працівників (23%), тоді як 13% респондентів зазначили, що не отримували подібної інформації.

Висновки. Структура джерел інформації зазнала суттєвих змін. Медичні працівники впродовж усіх років дослідження залишалися основним та найбільш значущим джерелом інформації для батьків, однак їхня домінуюча позиція поступово послаблюється. Пандемія супроводжувалася різким зростанням ролі інтернет-ресурсів як каналу отримання інформації, а у воєнний період зберігається активність неформальних каналів, зокрема соціального оточення. Особливої уваги потребує поширення інформації про можливу шкідливість вакцинації через інтернет та мікросоціум, а також збільшення частки випадків, коли джерелом таких повідомлень називаються медичні працівники, що підкреслює важливість єдиної професійної позиції та стандартизованої комунікації.

Отримані дані свідчать, що в умовах воєнного часу поряд із забезпеченням фізичної доступності вакцинації зростає значення інформаційної складової імунопрофілактики. Педіатрична практика потребує активної, доказової та послідовної комунікаційної стратегії, спрямованої на підтримання довіри батьків, протидію дезінформації та формування відповідального ставлення до щеплень як складової захисту здоров'я дитини.

ВПЛИВ ВОЄННОГО ЧАСУ НА РІВЕНЬ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ

Степанов Ю.М., Завгородня Н.Ю., Очеретянко Ю.А.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпро, Україна

Вступ. Воєнні дії в Україні є потужним хронічним стресовим чинником, який істотно впливає на спосіб життя дітей, зокрема на рівень їх фізичної активності (ФА). Обмеження пересування, дистанційне навчання, порушення режиму дня, підвищена тривожність і зниження мотивації до рухової активності формують умови для розвитку гіподинамії. Діти з ожирінням є найбільш вразливою групою, оскільки зниження фізичної активності може поглиблювати метаболічні порушення та сприяти прогресуванню надлишкової маси тіла.

Мета дослідження. Оцінити рівень ФА дітей з ожирінням в умовах воєнного часу та визначити відмінності фізичної активності залежно від належності батьків до військовослужбовців.

Матеріали та методи. Обстежено 90 дітей віком 6–17 років. Наявність ожиріння підтверджували за допомогою біоімпедансного аналізу (TANITA MC-780MA, Японія). За наявністю ожиріння та належності батьків до військовослужбовців дітей розподілено на три

групи: 1 група — 65 дітей з ожирінням із цивільних родин; 2 група — 15 дітей з ожирінням батьків-військовослужбовців; 3 група (контрольна) — 10 дітей з нормальною вагою.

Рівень ФА оцінювали за результатами анкетування (PAQ-A) з подальшим розподілом на п'ять категорій: низький, нижче середнього, середній, вище середнього та високий. Статистичний аналіз проводили з використанням критерію χ^2 Пірсона; відмінності вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Результати. Низький рівень ФА частіше спостерігався у дітей із ожирінням цивільних батьків (18,5%, $p > 0,05$) ніж у контрольній групі (10,0%) та у дітей військовослужбовців (6,7%). Рівень ФА нижче середнього домінував у дітей з ожирінням (1 та 2 групи), незалежно від соціального статусу батьків, складаючи 58,5% та 53,3%, відповідно, що достовірно відрізняло їх від групи контролю ($p < 0,05$). Середній рівень ФА найчастіше зустрічався в контрольній групі (40,0%) та вдвічі рідше серед дітей 1 та 2 груп (23,1% та 26,7%, відповідно). Рівень ФА вище середнього зустрічався в поодиноких випадках лише в 2 та 3 групах. Діти з нормальною вагою демонстрували більшу фізичну активність, що може бути важливим фактором підтримання їх ваги в межах норми. Високий рівень фізичної активності виявлений лише в групі контролю.

Сумарна кількість балів фізичної активності виявила негативний кореляційний зв'язок з сироватковим загальним вмістом ВЖК ($r = -0,31$, $p < 0,05$), вмістом МНВЖК ($r = -0,37$, $p < 0,05$), рівнем омега 6 ВЖК ($r = -0,38$, $p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, в умовах воєнного часу у дітей з ожирінням незалежно від соціального статусу батьків спостерігається переважання рівня ФА нижче середнього, що асоціюється із формуванням метаболічної дезадаптації, і може бути важливим чинником у прогресуванні ожиріння.

КОНЦЕНТРАЦІЯ ДЕФЕНЗИНІВ ЯК ПОКАЗНИК ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ДІТЕЙ

Тельман Д.А., Романчук Л.І.

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

Перебіг COVID-19 у дитячому віці варіює від легких форм до станів, що потребують інтенсивної терапії. Пошук біомаркерів тяжкості захворювання залишається актуальним і на сьогодні. Перспективним на сьогодні є визначення протимікробних пептидів, як учасників формування імунного бар'єру дихальних шляхів, не лише у крові, але й легеневого експіраті.

Мета дослідження: оцінити зв'язок між концентрацією дефензинів у конденсаті легеневого експірату та клінічною тяжкістю перебігу гострих респіраторних інфекцій у дітей.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня». Для аналізу даних включено 74 пацієнти. I групу сформували 34 пацієнти з підтвердженим COVID-19, II групу – 40 дітей з гострими респіраторними вірусними інфекціями іншої етіології. Вивчали маршрутизацію пацієнтів, потребу у лікуванні у відділенні інтенсивної терапії та рівень дефензинів у конденсаті легеневого експірату. Визначення концентрації антимікробних пептидів проводилось на 1-й, 3-й та 7-й день захворювання

Результати дослідження. Порівняльний аналіз клінічного перебігу захворювання в обстежених дітей засвідчив більшу частоту тяжких форм у пацієнтів з підтвердженою інфекцією SARS-CoV-2. До відділення інтенсивної терапії було госпіталізовано 31,45 % дітей I групи (з підтвердженим COVID-19) та 19,19 % пацієнтів II групи ($p < 0,05$). Ризик потреби інтенсивної терапії при COVID-19 складав AR: 16 %, OR: 1,35 (95 % CI 1,01–2,22), OR: 1,93 (95 % CI 1,0–3,71).

Пікові концентрації дефензинів у зразках конденсату видихуваного повітря визначали у дітей із тяжкою формою COVID-19, які проходили лікування у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії. Найнижчий рівень протимікробних пептидів фіксували серед пацієнтів II групи з помірним клінічним перебігом, госпіталізованих до інфекційного стаціонару. На 1-й день лікування середній рівень дефензинів у сироватці крові був практично ідентичним, у I групі — $3284,47 \pm 328,44$ pg/ml, у II групі — $3283,77 \pm 314,68$ pg/ml ($p > 0,05$). Отже, системна концентрація дефензинів не продемонструвала міжгрупових відмінностей. У дітей I групи, що перебували у відділенні інтенсивної терапії, ймовірність виявлення антимікробних пептидів у легеневому експіраті в концентрації понад 300 pg/ml була достовірно більшою, ніж у пацієнтів II групи: AR — 33 %, OR — 4,0 (95 % CI 2,14–7,49), RR — 1,86 (95 % CI 1,19–2,88).

На відміну від сироватки крові, локальний рівень дефензинів мав достовірні відмінності. На 1-й день - $412,72 \pm 98,38$ pg/ml у дітей I групи проти $281,54 \pm 22,52$ pg/ml у пацієнтів II групи ($p < 0,05$). На 4-й день: $604,27 \pm 319,89$ pg/ml проти $220,8 \pm 13,3$ pg/ml, $p < 0,05$. На 7-й день: $239,75 \pm 18,52$ pg/ml проти $203,16 \pm 10,11$ pg/ml, $p > 0,05$. Таким чином, у дітей з COVID-19 спостерігалось значне підвищення локального рівня дефензинів у перші 4 доби лікування з подальшою тенденцією до зниження.

Щодо гендерних особливостей, то у конденсаті легеневого експірату простежувалась цікава закономірність. У дівчат I групи рівень дефензинів достовірно перевищував показники хлопчиків та дітей II групи ($789,0 \pm 47,33$ pg/ml проти $332,64 \pm 48,17$ ($p < 0,05$)). Що ймовірно зумовлено впливом статевих гормонів на характер та інтенсивність імунної відповіді при інфекційному процесі.

Висновки. Високий рівень дефензинів у конденсаті легеневого експірату асоціюється з тяжким перебігом COVID-19 у дітей. Незважаючи на обмежену чутливість, показник характеризується достатньою специфічністю та може застосовуватися як допоміжний критерій оцінки тяжкості респіраторної інфекції. У дівчат з COVID-19 відзначено достовірно вищий локальний рівень дефензинів ($789,0 \pm 47,33$ pg/ml), що може відображати особливості імунної відповіді.

КОМОРБІДНИЙ ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ У ДІТЕЙ: КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ АСПЕКТИ

Федоряк С.О., Тарнавська С.І.

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

Коморбідність в дитячій алергології є актуальною проблемою, зокрема що стосується бронхіальної астми (БА) та алергічного риніту (АР). Тривають наукові дискусії щодо імунопатологічної подібності та відмінностей між ізольованим перебігом БА та її поєднанням із АР. Встановлено, що коморбідність БА та АР асоціюється із розширенням

спектру сенсibiliзації, погіршенням контролю над астмою та може сприяти її прогресуванню. Водночас, ефективне лікування АР може покращити контроль БА.

Мета дослідження. Ретроспективно вивчити особливості клінічного перебігу та вплив коморбідності на перебіг бронхіальної астми у дітей для оптимізації стратегій комплексного лікування пацієнтів із поєднанням БА та АР.

Матеріали та методи дослідження. Проведено комплексне клініко-імунологічне та алергологічне обстеження 66 дітей з БА, розподілених на дві зіставні клінічні групи: I група – 34 дітей (35,6%), хворих на БА з інтермітуючим алергічним ринітом (АР) (середній вік - $10,8 \pm 0,4$ року, частка хлопчиків - 70,0%), II група - 32 дітей (64,4%), хворих на БА з персистуючим алергічним ринітом (середній вік - $12,6 \pm 0,8$ року, частка хлопчиків - 80,0%).

Результати дослідження. Аналіз тяжкості перебігу БА засвідчив значуще переважання важкого перебігу у пацієнтів II групи (37,5%) порівняно з I групою (13,0%, $p < 0,05$). Оцінка контролю БА за допомогою тесту АСТ (Asthma Control Test) показала, що середній показник АСТ у II групі ($17,1 \pm 0,9$ балу) був нижчим, ніж у I групі ($19,2 \pm 1,2$ балу), що вказує на домінування частково контрольованого або неконтрольованого перебігу у пацієнтів з коморбідністю БА та персистувальним АР. Встановлено, що ризик втрати контролю (АСТ < 19 балів) у дітей II групи був значно вищим: відносний ризик склав 1,3 (95% ДІ: 0,8–2,6), а співвідношення шансів (СШ) — 3,8 (95% ДІ: 2,0–9,6).

При оцінці перебігу алергічного риніту у дітей за шкалою TSS встановлено, що у пацієнтів II групи вірогідно частіше реєструвалися прояви ринореї, порушення денної активності, та, в цілому сума балів була вищою – $18,0 \pm 1,3$ балів проти $15,2 \pm 1,2$ балів ($p < 0,05$) у представників I групи.

При оцінці показників назоцитограми встановлено, що відносний ризик виразного еозинофілопосередованого запалення слизової оболонки носа за наявності коморбідності БА та персистувального АР порівняно до пацієнтів з інтермітуючим перебігом АР зростав у 2,1 раза (95% ДІ: 1,1 – 4,3), а співвідношення шансів – у 3,4 раза (95% ДІ: 1,8- 5,4).

Висновки. Наявність коморбідного перебігу персистувального алергічного риніту та бронхіальної астми в дітей зростали шанси неконтрольованого перебігу захворювання - у 3,8 разу, розвитку еозинофілопосередкованого запалення – у 3,4 рази. Отримані дані підкреслюють необхідність інтегрованого підходу до діагностики та лікування обох станів.

СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Харук Н.В., Гарас М.Н.

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

У сучасних умовах реформування медичної освіти та впровадження компетентісно орієнтованої моделі підготовки фахівців особливої значущості набуває удосконалення практичної складової навчального процесу лікарів-інтернів. Актуальним завданням є впровадження освітніх технологій, які забезпечують ефективну інтеграцію теоретичних знань із практичною діяльністю. Одним із провідних інноваційних підходів у післядипломній медичній освіті є симуляційне навчання, що створює умови для формування професійної готовності лікаря до самостійної клінічної роботи.

Симуляційне навчання передбачає використання сучасних технічних засобів (манекенів, тренажерів, симуляторів), стандартизованих пацієнтів та структурованих клінічних сценаріїв з метою відпрацювання алгоритмів діагностичних і лікувальних дій, а

також навичок надання невідкладної медичної допомоги. Зазначений метод забезпечує можливість багаторазового повторення практичних маніпуляцій у безпечному освітньому середовищі без ризику для пацієнтів, що має принципове значення на етапі інтернатури.

Застосування симуляційних технологій сприяє формуванню ключових професійних компетентностей лікаря-інтерна, зокрема розвитку клінічного мислення, удосконаленню мануальних навичок, формуванню комунікативної компетентності, здатності до міжпрофесійної взаємодії та прийняття обґрунтованих рішень у складних клінічних ситуаціях. Невід'ємним компонентом симуляційного процесу є дебрифінг, який забезпечує системний аналіз виконаних дій, корекцію допущених помилок і закріплення раціональних алгоритмів поведінки, що сприяє розвитку професійної рефлексії.

Практичний досвід проходження інтернатури підтверджує доцільність інтеграції симуляційного навчання в освітній процес. Участь у симуляційних тренінгах сприяє більш глибокому засвоєнню клінічних алгоритмів, підвищує рівень професійної впевненості та зменшує психоемоційне напруження під час виконання медичних маніпуляцій у реальних умовах. Відпрацювання сценаріїв невідкладних станів і типових клінічних випадків у контрольованому середовищі забезпечує ефективнішу адаптацію до самостійної практичної діяльності.

За результатами освітньої практики встановлено, що впровадження симуляційного навчання сприяє підвищенню рівня професійної компетентності лікарів-інтернів, зниженню рівня стресу при першому контакті з пацієнтом та покращенню якості медичної допомоги.

Симуляційне навчання є ефективною освітньою технологією формування професійних компетентностей лікаря-інтерна, яка поєднує безпечність навчального середовища з високою практичною результативністю. Його впровадження забезпечує поступовий перехід від теоретичної підготовки до самостійної клінічної діяльності, підвищує рівень професійної впевненості та готовність до прийняття відповідальних клінічних рішень. Отже, симуляційне навчання доцільно розглядати як обов'язковий компонент сучасної системи післядипломної медичної освіти.

СІМЕЙНИЙ АДЕНОМАТОЗНИЙ ПОЛІПОЗ ЯК МОДЕЛЬ СПАДКОВОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗУ: РОЗБІР КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Цицюра О.О., Іванова С.В.

**Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії**

Сімейний аденоматозний поліпоз (САП) відноситься до гетерогенної групи спадково обумовлених захворювань, які характеризуються утворенням поліпів в шлунково-кишковому тракту з високим ризиком малигнізації, а також небезпечними ускладненнями такими як, кровотеча, інвагінація, обструкція кишечника тощо. САП має аутосомно-домінантний тип успадкування не пов'язаний зі статтю, обумовлений мутацією гена, відповідального за нормальну проліферацію слизової оболонки шлунково-кишкового тракту. Відомо, що новоутворення товстої кишки – це багатоетапний процес, в основі якого лежать мутації. Успадковується у 70 % випадків та передається дітям у 50 % випадків, трапляється з частотою 1 випадок на 10 000 осіб. Ризик розвитку САП та раку товстої кишки у носіїв мутацій гена APC близький до 10 0%. Клінічну гетерогенність САП є результат функції двох генів – APC і MSH. Ген Adenomatous polyposis coli (APC-ген) – типовий пухлинний супресор, розташовується в довгому плечі 5-ї хромосоми в локусі 5q 21, містить 15 мекзонів.

Наслідком порушення функції МҮН є накопичення G:C/T:A – трансверсій в різних генах, що збільшує вірогідність появи злоякісно трансформованих клітин, особливо при порушенні функції APC, який є ключовим gatekeeper-геном в епітеліальній тканині. Це захворювання характеризується прогресуючим розвитком від 100 до 1000 невеликих аденоматозних поліпів упродовж всієї прямої і ободової кишки; як звичайно, вони з'являються рано — вже на другому десятиріччі життя. Середній вік, в якому розвивається рак товстої кишки, становить 39 років, і поява раку невідворотна, якщо не видалити товсту кишку (Лозинська М.Р. та ін., 2017; Zare B., Monahan K.J., 2025; Hender J.R. et. al., 2026).

Мета та завдання роботи: проаналізувати клінічний випадок сімейного аденоматозного поліпозу як моделі спадкового канцерогенезу, висвітлення особливостей клінічного перебігу, діагностики, генетичного консультування та профілактики колоректального раку.

Матеріали і методи: аналіз медичних карт стаціонарних хворих КНП «Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні Івано-Франківської обласної ради» ендокринологічного відділення (з гастроентерологічними ліжками) з встановленим діагнозом сімейний аденоматозний поліпоз.

На лікування в КНП «Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні Івано-Франківської обласної ради» поступили два брати 12 та 16 років із скаргами, що турбують останній рік: на періодичні приступоподібні спазмуючі болі в животі після їди, часто пов'язані з актом дефекації, без іррадіації, печію, інколи нудоту, нестійкий стілець 6-8 разів на добу, в тому числі нічний, виражене здуття, швидку втому, загальну слабкість. Раніше не обстежувалися. В старшого брата ріст і розвиток згідно віку, в молодшого брата – затримка фізичного розвитку. Спадковий анамнез обтяжений по батьківській лінії (у пацієнтів бабуся і батько померли від САП). На час огляду загальний стан середньої важкості. Язик густо обкладений біло-сірим налетом, сухуватий. Живіт при пальпації м'який, болючий в епігастрії, навколопупкової ділянці, обох здухвинних ділянках, піддутий. Відрізки кишківника піддуті, спазмуючі в обох здухвинних ділянках. Стілець 6-8 р/день, нестійкий (чергування твердої та рідкої кашкоподібної консистенції). Печінка і селезінка не збільшені. Результати додаткових методів обстеження: загальний аналіз крові – лейкоцитоз із зсувом вліво, С-реактивний білок – 32,4 мг/л, кальпопротектин фекальний – 738,0 мкг/г. ФЕГДС: ерозивний, ексудативно еритематозний рефлюксний езофагіт, катарально-застійна гастродуоденопатія з високою кислотопродукцією. Дрібні поліпи субкардіальної зони. За даними колоноскопії виявлено зміни в термінальному відділі клубової кишки - слизова оболонка рожевого кольору, дрібноворсинчаста з множинними округлої форми поліповидними утворами, розміром від 0,5×0,5 до 1×1 мм. В інших ділянках товстого кишечника слизова оболонка блискуча, еластична, рожевого кольору, на всьому протязі з вогнищами еритеми. Судинний малюнок кишківника – збережений, контури правильні, в сигмовидній кишці розмиті. В товстій кишці (переважно більшість в прямій, сигмоподібній кишці) наявні множинні округлої форми поліпоподібні утвори на широкій основі, розміром від 1×0,5×0,5 мм до 4-5×3×2 мм. Більшість утворів рожевого кольору, ряд утворів яскраво-червоного кольору. Біопсія слизової оболонки кишківника виявила: фрагменти поліповидно гіперемованої слизової товстої кишки з вогнищевою проліферацією епітелію залоз, що відповідає САП. Проведено медико-генетичну консультацію: аналіз родовету - зі слів пацієнта встановлено наявність аналогічного захворювання у батька та бабусі по батьківській лінії. Ураження представників двох послідовних поколінь із передачею від батька до сина свідчить про вертикальний тип успадкування, характерний для автосомно-домінантної моделі. Такий тип передачі зумовлює 50% ризик успадкування патологічного варіанта для

нащадків хворого незалежно від статі дитини. Для родичів першого ступеня спорідненості існує високий ризик носійства мутації. На основі анамнезу захворювання та сімейного анамнезу, основних та додаткових методів дослідження встановлено діагноз: сімейний аденоматозний поліпоз.

Висновок. Сімейний аденоматозний поліпоз є тяжким спадковим захворюванням із високим ризиком розвитку колоректального раку внаслідок мутації гена APC та реалізації механізмів спадкового канцерогенезу. Проаналізовані клінічні випадки двох братів підтверджує, що своєчасна діагностика, заснована на ретельному зборі сімейного анамнезу, проведенні ендоскопічного обстеження та морфологічної верифікації, має ключове значення для попередження малігнізації. Виявлення САП потребує мультидисциплінарного підходу, що включає гастроентеролога, хірурга, генетика та онколога. Профілактичне хірургічне лікування, регулярний ендоскопічний контроль та медико-генетичне консультування родичів значно знижують ризик розвитку злякисних новоутворень. Таким чином, сімейний аденоматозний поліпоз є класичною моделлю спадкового канцерогенезу та прикладом важливості раннього виявлення спадкових онкологічних синдромів у клінічній практиці.

НАКОПИЧЕННЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ-МЕШКАНЦІВ ПРИФРОНТОВОГО РЕГІОНУ ХАРКІВЩИНИ

Черкашин М.М.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Кафедра педіатрії медичного факультету

Подовження війни в Україні безперечно негативно впливає на всі сфери суспільного життя, в тому числі на стан здоров'я людей та функціонування системи охорони здоров'я. Російсько-українська війна глибоко вплинула на найбільш вразливу категорію населення – дітей і підлітків. Вчені-педіатри України підкреслюють необхідність вивчення фізичного та соціального благополуччя дітей, наголошуючи на проблемах збереження відповідної терапії і вимушеного переривання лікування хронічних хворіб.

Найбільш дослідженою сферою стану здоров'я населення України стали зміни ментального благополуччя та психоемоційного стану. Результати досліджень вказують на зростання рівнів тривожності та депресії. За даними лабораторії соціальних детермінант здоров'я населення (2025 р.), у 2023–2024 рр. симптоми депресивних розладів мали 28–29% дітей (у 3,6 рази більше, ніж до 2020 року).

Зазначається, що для вирішення проблем охорони здоров'я під час війни, також необхідно враховувати такі соціальні фактори як міграція, освіта, офіційне працевлаштування та доступ до медичної допомоги. За звітами міжнародних та державних організацій (UNICEF та ООН) наводяться дані про 2,6 млн переміщених дітей та понад 3,2 тис. постраждалих від обстрілів.

Продовження війни в Україні, тривалість впливу стресових ситуацій, перебування дітей і підлітків в прифронтових містах, де щоденно продовжуються воєнні дії, нічні повітряні тривоги, обстріли, переривання навчального процесу в школах, перебування у сховищах, постійне очікування небезпеки, призводить до подальшого накопичення негативних змін, які надалі будуть визначати погіршення стану здоров'я дитячого населення.

Метою дослідження стало вивчення динаміки ознак, які визначають ризик розвитку післятравматичних стресових розладів (ПТСР) у дітей - мешканців прифронтового міста.

Матеріал та методи. Учасниками дослідження стали діти, які жили в м.Харкові до 24.02.2022 р., спостерігались педіатром, не мали хронічних захворювань. За умов добровольної участі і дозволу на обробку інформації отримано дані і відповіді на питання про стан психічного благополуччя 2235 осіб віком від трьох до вісімнадцяти років.

Для з'ясування впливу війни на стан дитини використаний опитувальник Child and Adolescent Trauma Screen (версія 2) (CATS 2), який представляє список на основі класифікації ментальних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) та міжнародної класифікації хвороб 11 перегляду, і включає 15 потенційно травматичних подій або серії подій, 25 симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і 5 пунктів порушення з урахуванням віку (до 7 та старше 7 років). Діапазон можливих отриманих балів лежить від 0 до 75; за результатом опитування результат вважається в межах норми (0 – 14 балів), з наявністю помірного дистресу, пов'язаного із травмою (15 – 20 балів); підвищеного дистресу, позитивного скринінгового порогу (21 – 24 бали) та сильного дистресу, ймовірного ПТСР (25 – 75 балів).

Статистична обробка матеріалу виконувалась за допомогою пакетів програм Microsoft Office, Statgraphics-5, визначали середні показники, використовувались критерії t Стьюдента і кутового перетворення Фішера (ϕ), лінійний регресійний аналіз. Достовірність закономірностей вважалася значущою на рівні $p < 0,05$.

Результати дослідження. Відповіді на анкету надали 2235 осіб, серед яких переважну більшість склали діти, що перебувають в м.Харкові (77,87%), в інших містах України (13,13%) та закордоном (9,00%). За статтю діти розподілились практично порівну (хлопчики – 50,1%, дівчатка (49,9%), середній вік склав $10,58 \pm 0,08$ років. Розподіл за статтю і віком не відрізнявся в групах дітей в різних місцях перебування.

За даними анкетування нормальні показники психічного стану зберігались у 68,66% дітей, при цьому найменша кількість таких осіб була серед тих, хто виїхав за кордон (61,11%, $p < 0,05$). Одночасно в даній групі відмічено найбільшу частоту помірної реакції на стрес (27,78%) порівняно з дітьми першої та другої підгрупи (відповідно 14,89% та 13,90%). Скринінговий позитивний поріг показали 8,86% дітей, без суттєвих відмінностей в залежності від місця перебування (відповідно: 8,08%, 11,66%, 11,11%). Найбільш несприятливою ознакою було зростання частоти накопичення ознак ймовірного ПТСР у дітей, що живуть в м. Харкові. Їх чисельність майже в два рази перевищувала показники серед дітей, що переїхали до інших регіонів України (7,64% проти 4,91%, $p < 0,01$).

Найбільш вагомими ознаками травматичного ушкодження у дітей були: намагання не згадувати, не думати або не відчувати емоцій стосовно стресової події, уникання всього, що може нагадати про стресову подію (дій, людей, місць, речей, розмов), посилення негативних емоціональних станів (страх, гнів, почуття провини, сором, розгубленість), підвищена нервозність, порушення сну. Слід відмітити, що накопичення ознак порушення психічного статусу дітей прямо корелювало із віком ($r=0,5$; $p < 0,05$).

Проведені повторні опитування з інтервалом в один рік (2024 р. та 2025 р.) показали збереження ознак травматичного ушкодження у більш, ніж половини учасників дослідження (55,49 %), погіршення стану було у 23,63 % дітей. Покращення відмічено лише у 20,88 % дітей.

Висновок. Встановлено високий ризик розвитку порушень психічного стану у дітей – мешканців м. Харкова незалежно від місця перебування протягом 3 років від початку війни. Найбільше накопичення негативних ознак відмічено у дітей, що продовжують жити в прифронтовому місті. Ризик розвитку травматичного ушкодження збільшується з віком

дитини. Виявлені порушення зберігаються тривалий час, майже у чверті дітей показники погіршуються.

АНАЛІЗ ІМУНООПОСЕРЕДКОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ВІКОМ 1-36 МІСЯЦІВ ІЗ МАРКЕРАМИ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Чумак О.Ю.

ДЗ «Луганський державний медичний університет» (м. Рівне)

КНП «Кремінська Багатопрофільна лікарня» (м. Рівне)

Мета дослідження. Провести порівняльний аналіз імуноопосередкованих захворювань у дітей віком 1-36 місяців на тлі проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ).

Матеріали та методи. Дослідження проведено у 2 етапи протягом 2018-2023 рр. в акушерських і педіатричних соматичних стаціонарах м. Рубіжне, м. Лисичанськ, м. Кремінна Луганської області (Україна). Перший етап передбачав вивчення біосоціальних, акушерських чинників 122 породілей, а також аналіз імунологічних показників та клініко-біохімічних маркерів НДСТ у їхніх новонароджених дітей. У межах другого етапу дослідження здійснено катанестичне спостереження за розвитком і станом здоров'я 49 дітей віком 1-36 місяців із числа обстежених у неонатальному періоді з наявністю та відсутністю в них маркерів НДСТ. У дітей грудного й раннього віку реєструвались імуноопосередковані захворювання, а саме: алергічні (харчова алергія, атопічний дерматит, алергічний риніт, бронхіальна астма) та автоімунні (ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА), гострий гломерулонефрит (ГГН), ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (ІТП)) хвороби. Статистичний аналіз результатів дослідження здійснено програмою «IBM SPSS Statistics 27» (США).

Результати. Аналіз захворюваності дітей грудного й раннього віку виявив що на тлі проявів НДСТ діти мали достовірно вищу захворюваність на харчову алергію ($p<0,05$), бронхіальну астму ($p<0,05$), атопічний дерматит ($p=0,05$), алергічний риніт ($p<0,05$) та ЮІА ($p<0,05$), тоді як за частотою ІТП та ГГН групи статистично не відрізнялись ($p>0,05$).

Водночас визначено, що у 14 (45,16%) дітей із проявами НДСТ реєструвалась коморбідна патологія.

Кореляційний аналіз взаємозалежності між імунологічними показниками в неонатальному періоді та маніфестацією імунообумовлених захворювань у віці 1-36 місяців у дітей із маркерами НДСТ показав, що зміни неонатальних імунологічних показників можуть бути прогностичними ознаками подальшого розвитку певних захворювань на тлі НДСТ.

Висновки.

1. НДСТ у дітей грудного й раннього віку є прогностично несприятливим чинником щодо маніфестації автоімунних ($p<0,05$) та алергічних ($p<0,05$) захворювань.
2. Встановлені кореляції неонатальних імунологічних показників із подальшою захворюваністю обґрунтовують їх прогностичну цінність для ранньої діагностики імунообумовлених станів у дітей із маркерами НДСТ.

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПРОТИВІРУСНОЇ ТА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ДІТЕЙ ВІКОМ ДО П'ЯТИ РОКІВ

Шкварчук В.В., Рудан К.В., Богуцька Н.К.

Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) залишаються провідною причиною госпіталізації дітей віком до 5 років. Незважаючи на переважно вірусну етіологію, антибактеріальна терапія часто призначається емпірично, що не завжди відповідає сучасним клінічним настановам.

Мета дослідження: проаналізувати патерни призначення противірусної та антибактеріальної терапії при інфекціях нижніх дихальних шляхів (НДШ) у госпіталізованих дітей віком до 5 років та оцінити їх відповідність сучасним клінічним рекомендаціям.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 38 дітей віком до 5 років, госпіталізованих у 2024–2025 рр. із клінічними ознаками тяжкої ГРІ (критерії згідно з наказом МОЗ України №1126 від 17.05.2019). Серед обстежених — 21 хлопчик і 17 дівчаток. Оцінювали етіологію (ПЛР-діагностика), клінічну форму ГРІ, тривалість госпіталізації, призначену терапію, частоту застосування антибіотиків і противірусних препаратів, а також відповідність лікування сучасним рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID) та національним протоколам.

Результати. Серед пацієнтів, направлених на госпіталізацію з тяжкими ГРІ, інфекції НДШ діагностовано у 73,7% випадків (1-ша група), тоді як ізольовані інфекції верхніх дихальних шляхів (ВДШ) — у 26,3% (2-га група). Середня тривалість госпіталізації становила $8,2 \pm 3,0$ дня проти $5,9 \pm 2,6$ дня ($p < 0,04$) у дітей 1-ї та 2-ї груп відповідно. Діти 1-ї групи були госпіталізовані дещо пізніше — на $3,4 \pm 2,0$ дня хвороби проти $2,7 \pm 1,3$ дня ($p > 0,05$).

У 53,6% дітей 1-ї групи діагностовано пневмонію, у решти — бронхіт. У кожній четвертій дитини 1-ї групи стан при госпіталізації розцінювали як тяжкий, у решти — середньотяжкий. У 64,3% пацієнтів цієї групи відзначали ознаки дихальної недостатності, 32,1% отримували кисневу підтримку.

Вірусну етіологію підтверджено у 94,7% пацієнтів (у 100% дітей із ВДШ та у 92,9% — із НДШ). Найчастіше виявляли віруси грипу А/В (70% при інфекціях ВДШ проти 39,2% при НДШ), респіраторно-синцитіальний вірус (10% проти 25% відповідно), аденовірус і риновірус (20% проти 21,4% відповідно).

Противірусна терапія призначалася 60% дітей із ВДШ та 39,3% дітей із НДШ, тривалістю $4,2 \pm 1,0$ дня проти $5,1 \pm 1,8$ дня відповідно ($p > 0,05$), переважно при грипі. Найчастіше застосовували озельтамівір. При негрипозній вірусній етіології етіотропна противірусна терапія практично не застосовувалася.

Антибактеріальна терапія призначалася у 81,5% випадків інфекцій НДШ проти 50% випадків інфекцій ВДШ ($p < 0,06$). Найчастіше використовували цефтріаксон, цефотаксим, цефазолін та азитроміцин. Комбіновану антибіотикотерапію застосовували у 28,6% пацієнтів із НДШ проти 10% у 2-й групі. Загальна тривалість антибіотикотерапії становила $7,5 \pm 2,3$ дня проти $4,2 \pm 0,8$ дня відповідно ($p < 0,004$). Антибіотикотерапію раніше розпочинали у дітей 1-ї групи — з $1,3 \pm 0,9$ дня госпіталізації проти $3,0 \pm 2,3$ дня ($p < 0,009$).

Відповідність гайдлайнам була повною при призначенні озельтамівіру за наявності підтвердженого грипу. Водночас приблизно у половині випадків призначення антибіотиків при вірусній етіології не відповідало принципам раціональної антимікробної терапії. Отримані дані свідчать про тенденцію до надмірного емпіричного призначення антибіотиків, особливо при бронхітах, у т.ч. обструктивних, без переконливих ознак бактеріальної інфекції. Така практика може сприяти зростанню антимікробної резистентності та підвищенню вартості лікування. Противірусна терапія застосовувалася більш селективно та відповідала рекомендаціям при грипі. Впровадження програм antimicrobial stewardship у педіатричних стаціонарах є доцільним для оптимізації терапії.

Висновки. Вірусна етіологія домінує серед госпіталізованих дітей віком до 5 років із ГРІ як ВДШ, так і НДШ. Антибіотики призначаються у більшості випадків інфекцій НДШ, часто без достатніх клініко-лабораторних підстав. Противірусна терапія раціонально застосовується переважно при грипі. У госпіталізованих дітей із ГРІ необхідна оптимізація антимікробної політики відповідно до сучасних клінічних рекомендацій з метою зменшення необґрунтованого застосування антибіотиків.

ЕНДОСКОПІЧНА ОЦІНКА СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ ІЗ GERX: КОРЕЛЯЦІЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН, ТРИВАЛОСТІ СИМПТОМІВ ІЗ РИЗИКОМ РОЗВИТКУ СТРАВОХОДУ БАРРЕТТА

Шмигленко Д.О.

**Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
кафедра педіатрії**

Науковий керівник: Волошин К.В.

Актуальність. У дітей із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою тривале подразнення слизової стравоходу призводить до структурних і морфологічних змін, які в окремих випадках завершуються розвитком стравоходу Барретта. Хоча це ускладнення традиційно асоціюється з дорослими, останніми роками його все частіше діагностують у педіатричній практиці.

Мета роботи. Визначити кореляцію між ендоскопічними змінами слизової стравоходу, стажем захворювання і розвитком стравоходу Барретта.

Матеріали та методи. Було проведено ендоскопічне обстеження 20 дітей із GERX віком 9–17 років.

Результати. Проведено ендоскопічне обстеження 20 дітей: 3 дитини (15%) у віці 9–10 років, 4 (20%) — 11–13 років, 6 (30%) — 14–15 років та 7 (35%) — 16–17 років. Серед обстежених було 12 хлопців (60%) та 8 дівчат (40%), із клінічними проявами гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Ендоскопічно у більшості пацієнтів (18; 90%) відзначалися запальні зміни слизової оболонки дистального відділу стравоходу у вигляді гіперемії, набряку, ерозій та неповного змикання кардії. У двох хлопців (10%) з ожирінням І ступеня (ІМТ 30,5 та 32) виявлено грижі стравохідного отвору діафрагми: у одного — параезофагальну (II тип), при якій спостерігався обмежений дефект у стравохідно-діафрагмальній мембрані при збереженому положенні езофагогастрального переходу (EGJ), у другого — змішану (III тип) з розширенням грижового отвору та зміщенням вище діафрагми як EGJ, так і дна шлунка. Обидва хлопці мали GERX LA ступеня C; стаж захворювання становив 3 та 4 роки відповідно. Серед інших пацієнтів: 6 (30%) з вперше діагностованим GERX LA ступеня A, 4 (20%) — LA ступеня B, з яких три випадки виявлені

вперше, а один пацієнт обстежувався повторно через 2 роки. У цій групі в однієї дівчини виявлено кільце Шатцкі. Чотири (20%) з ГЕРХ LA ступеня С, серед яких троє (15%) зі стажем хвороби 2–3 роки, а один (5%) вперше виявлений. Двоє дітей (10%) із ГЕРХ LA ступеня D, віком 15 та 16 років, мали стаж захворювання 2 та 3 роки відповідно; ендоскопічно виявлено злиті циркулярні ерозії, що займали понад три чверті окружності стравоходу. У двох хлопців (10%), віком 16 та 17 років, діагностовано стравохід Барретта. В одного стравохід Барретта без дисплазії, ендоскопічно з рівномірною ворсинчасто-звивистою структурою слизової та упорядкованим судинним рисунком; гістологічно — кишковий циліндричний епітелій без ознак дисплазії. У другого пацієнта 17 років, зі стажем ГЕРХ 5 років, виявлено стравохід Барретта з ранньою дисплазією, що характеризувався нерівномірною мозкоподібно-ворсинчастою поверхнею слизової, неупорядкованим судинним малюнком, патологічними спіралеподібними судинами зі зміною діаметра та поодинокими ізольованими судинами.

Висновки. Ендоскопічні дані демонструють кореляцію тяжкості ГЕРХ зі стажем захворювання $r = 0.9879$: легкі форми (LA A–B, 50%) переважали у дітей молодшого віку, тоді як тяжкі форми (LA C–D) та стравохід Барретта спостерігалися у старших дітей зі стажем захворювання від 3 років.

ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ НА ПРИКЛАДІ ПІДРУЧНИКІВ ТА МОНОГРАФІЙ З ФОНДУ РІДКІСНОЇ ТА ЦІННОЇ КНИГИ НАУКОВОЇ БІБЛІОТЕКИ ІМЕНІ ГОРДІЯ ПАЛІЯ ВНМУ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

Шукіна Л.Б., Білошицька А.В.

ВНМУ ім. М.І.Пирогова

Наукова бібліотека імені Гордія Палія

На 20-30 роки ХХ ст. припадають кардинальні зміни у становленні й розвитку вищої медичної освіти в Україні, які зумовлені переходом країни спочатку до індустріальних, а потім від індустріальних до науково-інформаційних технологій. Розвиток медицини в період Української національної революції та Українського відродження супроводжувався активною українізацією освіти, входженням української національної вищої медичної освіти в європейський і світовий освітній простір, приведенням у відповідність національних стандартів вищої медичної освіти до вимог сучасних європейських стандартів. Історія педіатрії в Україні — це шлях від давніх вірувань і перших спроб у рамках загальної медицини до формування наукових шкіл у медичних інститутах Києва, Харкова, Одеси, Львова та Вінниці, з акцентом на охорону материнства й дитинства. Створення перших кафедр педіатрії: у Києві (1918) на базі Київського інституту для удосконалення лікарів, у Вінниці (1934) при Медичному інституті було можливо завдяки виданню перших україномовних підручників. Наукова бібліотека імені Гордія Палія ВНМУ ім. М.І.Пирогова у фонді рідкісних та цінних книг має цікаву колекцію підручників та посібників з педіатрії, виданих українською мовою і призначених для студентів вищого навчального закладу. Велике зацікавлення викликає підручник Пальчевського В. Й. «Гігієна дитячих установ соціального виховання»: підручник для лікарів, педагогів, студентів мед. та пед. вуз'ів, ред. М. М. Костямін; Секція гігієни Одеської науково-дослідної катедри профілактичної медицини. - Одеса: Держвидав України, 1928 (зі зібрання Вінницького фармацевтичного технікуму (попередника Вінницького медичного інституту). Підручник вміщує цікаву і змістовну інформацію по організації дитинства та санітарно-медичної служби, принципам

охорони дитячого здоров'я, роботі шкільно-санітарних лікарів. Не обділена увагою проблема гігієни домовлаштування, навчання та режиму дітей. Революційним на той час є розділ, присвячений літнім дитячим установам, профілактиці інфекційних захворювань. Тут ми зустрічаємо сучасні сьогодні, але призабуті на деякий час поняття «екскурсії, мандрівні колонії, міські колонії і напівколонії». У підручнику також приділена увага таким важливим, на думку автора, видам спорту як футбол, водяний спорт, гігієні педагогів. Санітарно-гігієнічні проблеми знаходять своє висвітлення у праці Маца Д. І. «Медично-санітарне обслуговування підлітків», ред. Л. Г. Епштейн ; Всеукр. НДІ охорони здоров'я дітей і підлітків. - Київ : Держмедвидав України, 1934, у якій знову таки наголошується на важливості заходів профілактики, особливо, коли ми говоримо про попередження, ранню діагностику та ефективне лікування паразитарних та інфекційних хвороб.

Логічним підтвердженням та продовженням цього послуху можна вважати монографію Нецадименко І. П. «Аскаридоза, її клініка та профілактика», Харків ; Київ : Медвидав, 1933, у якій автор надає фундаментальні знання щодо зоологічної характеристики аскарид, поширенню аскаридозу та його клініці і лікуванню. В монографії є багато фотографій з рідкісними знахідками паразита в тілі людини, та його позакишкової локалізації. Але головний висновок, який звучить сучасно, - у боротьбі проти глистних інвазій велику вагу має обізнаність населення з тим, як відбувається зараження та що треба робити, щоб запобігти поширенню паразитарного захворювання.

Великою медичною проблемою України та усіх європейських країн 20-30-х років ХХ ст. була поширеність туберкульозу у дітей. Тому логічно, що серед підручників, по яким займалися студенти перших наборів, була монографія Лазарева А. З. «Туберкульоза дитячого віку» : для факультетів Охматдиту медвишів Харків ; Київ : Медвидав, 1932, з розділами туберкульоз як соціальна хвороба, етіологія, еволюція туберкульозного процесу, особливості перебігу хвороби у дитячому віці. Для діагностики захворювання автор пропонує використовувати біохімічні та рентгенологічні методи. Біохімічні методи для даного та інших захворювань перші студенти нашого вузу вивчали по посібнику Кедрова П. П. «Лябораторні дослідження в дитячому віці і їх клінічна оцінка»; ред. Н. М. Фрішман. - Київ : Держмедвидав України, 1933. Для вивчення рентгенологічного підтвердження туберкульозу, пневмоній та бронхіту, захворювань серця та внутрішніх органів студентам пропонували перекладне видання Гралка, Р. «Рентгендіягностика в педіатрії» : підручник для факультету охматдит медвишів, пер. з нім. - Харків ; Київ : Медвидав, 1933, з колекції Полтавського медичного виробничого інституту, що вісвітлює той факт, що вища медична освіта розвивалась на базі великих медичних закладів. Підручник Рубашова С. М. (також з колекції Полтавського медичного виробничого інституту).

«Хірургія і ортопедія дитячого віку» підручник для факультетів Охматдиту / Харків ; Київ : ДВОУ Медвидав, 1932, рекомендований Держметодкомом Наркомосвіти УСРР як підручник для факультетів Охматдиту, присвячений захворюванням опорно-рухової, сечостатевої систем, голови та шиї, аномаліям окремих органів та систем, ортопедії дитячого віку. Усі підручники та посібники мають чудові ілюстративні малюнки та фотографії, вміщують детальний бібліографічний опис використаних джерел, що робить їх цікавими та пізнавальними і сучасним студентам та їх викладачам. Ознайомлення з історичним фондом дає можливість прослідкувати еволюцію розвитку педіатрії в Україні, надихає до нових досягнень та наукових відкриттів.

ASSESSMENT OF THE PSYCHOLOGICAL NEEDS OF INPATIENTS IN A PEDIATRIC REHABILITATION CENTER

Akshay, Gupta A., Bogutska N.K.

Bukovinian State Medical University

Department of Pediatrics and Pediatric Infectious Diseases

Pediatric inpatient rehabilitation centers provide multidisciplinary care to children with complex neurodevelopmental, neurological, psychiatric, genetic, and psychosocial conditions. In such settings, psychological vulnerability is shaped not only by primary diagnosis but also by the severity of developmental delay and the presence or absence of parental caregiving. Children with neurological impairment, genetic syndromes, trauma histories, or disrupted attachment relationships are at increased risk of emotional dysregulation, behavioral difficulties, and impaired adaptive functioning. A structured analysis of these variables within institutional populations is necessary to optimize psychological service delivery and rehabilitation planning.

The objective of this study was to assess the psychological needs of inpatients in a pediatric rehabilitation center by systematically analyzing demographic characteristics, diagnostic categories, severity of developmental delay, and parental care status, and to identify clinically relevant patterns that may inform institutional mental health strategies.

A cross-sectional descriptive study was conducted including 97 consecutive pediatric inpatients aged 1 to 17 years. The sample consisted of 57 males (58.8%) and 40 females (41.2%), with a mean age of approximately 7.2 years. Data collected for analysis included sex, age, primary clinical diagnosis, severity of developmental delay using a four-level scale (none, mild, moderate, severe), and parental care status (parent present/caring, no parental care). Diagnoses were categorized into five major groups: neurodevelopmental and genetic disorders; cerebral palsy and neurological injury; psychiatric and behavioral disorders; psychosocial trauma and abuse-related conditions; and other somatic medical conditions. Descriptive statistical methods were applied to determine frequency distributions and proportional representation across clinical and psychosocial variables.

Neurodevelopmental and genetic disorders constituted the largest diagnostic category, representing 46% of the inpatient population, and included autism spectrum disorder, Fragile X syndrome, Down syndrome, Rett syndrome, and other severe genetic conditions associated with intellectual impairment. Cerebral palsy and acquired neurological injuries accounted for 23% of cases, including children with hypoxic-ischemic encephalopathy, severe traumatic brain injury, and vegetative state. Psychiatric and behavioral disorders comprised 14% of the sample and included anxiety disorders, depressive symptoms, behavioral dysregulation, hallucinations, suicidal risk, and attention-deficit/hyperactivity presentations. Psychosocial trauma and abuse-related conditions accounted for 9% of cases, while other somatic conditions represented 8%.

Regarding developmental severity, 54% of patients demonstrated no developmental delay, 25% had mild delay, 15% had moderate delay, and 13% had severe delay. Moderate-to-severe developmental delay was therefore present in 28% of the cohort and was particularly prevalent among children with genetic syndromes, severe neurological injury, and advanced cerebral palsy. Severe developmental delay was strongly associated with complex neurological conditions and syndromic diagnoses, whereas children with primary anxiety, depressive, or behavioral disorders more frequently exhibited no or mild developmental delay.

Parental care analysis revealed that approximately 41% of children lacked parental caregiving during hospitalization. Absence of parental care was disproportionately represented among children with severe developmental delay, genetic syndromes, neurological impairment, and

documented abuse histories. In contrast, children hospitalized primarily for psychiatric disorders more commonly had parental presence. The intersection of severe developmental delay and absence of parental care identified a subgroup of particularly high psychological vulnerability requiring intensive relational and attachment-informed intervention.

Three major domains of psychological need were identified: (1) neurodevelopmental and behavioral intervention focused on cognitive stimulation, adaptive skill acquisition, and behavioral regulation; (2) trauma-informed mental health care addressing abuse, neglect, anxiety, depression, and suicidal risk; and (3) psychosocial support for severe disability, including adjustment counseling, caregiver engagement, and structured attachment-based interventions for children without parental care.

Conclusions. The inpatient pediatric rehabilitation population demonstrates substantial psychological vulnerability characterized by a high prevalence of neurodevelopmental disorders, significant rates of moderate-to-severe developmental delay, and a considerable proportion of children without parental care. Stratified psychological assessment based on developmental severity and caregiving status is essential for individualized rehabilitation planning. Integration of neurodevelopmental behavioral therapy, trauma-informed care frameworks, and attachment-focused interventions should be considered a core component of comprehensive pediatric rehabilitation services.

CLINICAL AND ETIOPATHOGENETIC FEATURES OF SEVERE TREATMENT-RESISTANT IRON-DEFICIENCY ANEMIA IN HOSPITALIZED ADOLESCENTS

Dhwani, Solunke Piyush, Joshi Dhriti, Prabh Singh

Bukovinian State Medical University

Department of Pediatrics and Pediatric Infectious Diseases

Anemia in childhood and adolescence has substantial clinical and social significance because untreated disease during periods of active growth may result in impaired somatic development, metabolic disturbances, and neurocognitive dysfunction. In the majority of children with chronic gastroduodenal pathology, substantial alterations in red blood parameters are not consistently observed. However, pronounced inflammation of the gastric and duodenal mucosa combined with impaired secretory and acid-forming functions of the stomach may result in severe anemic syndrome due to reduced iron absorption and chronic occult blood loss.

The aim of the study was to evaluate the etiopathogenetic mechanisms and clinical–paraclinical characteristics of severe anemic syndrome in hospitalized adolescents and to identify potential causes of treatment resistance.

Materials and Methods. Three adolescents, including two boys and one girl aged between 14 and 17 years, were hospitalized in the regional pediatric oncohematology department with severe anemia. The mean age of the patients was 16.3 years. Two of the three adolescents originated from large families. All children were born from either a first or second pregnancy. Their allergic history was unremarkable, and vaccination status was incomplete. Clinical evaluation included detailed anamnesis and physical examination. Treatment was administered according to a standardized protocol. Paraclinical assessment involved complete blood count analysis and erythrocyte indices. Descriptive statistical analysis was performed using STATISTICA 8.0 software.

Results. All patients reported persistent general weakness, marked reduction in physical performance, pallor, decreased appetite, dizziness, and dyspnea during exertion. The duration of illness prior to admission ranged from three to six months. Nutritional assessment demonstrated

inadequate dietary patterns characterized by restricted consumption of animal protein sources, resulting in insufficient intake of bioavailable heme iron. None of the patients had received adequate etiological or replacement therapy before hospitalization. Gastrointestinal complaints included epigastric pain and clinical signs consistent with exacerbation of chronic gastroduodenitis. Instrumental evaluation revealed multiple erosive lesions of the gastric mucosa, which may serve as a source of chronic occult blood loss and impaired iron absorption. The duration of treatment ranged from 12 to 29 days, with a mean of 18 days. The average body mass index (BMI) was 18.7, ranging from 17.7 to 20.7. At admission, the mean erythrocyte count was $4.3 \times 10^{12}/L$ and increased slightly to $4.6 \times 10^{12}/L$ at discharge. The mean hemoglobin concentration rose from 63 g/L to 73 g/L, remaining within the range of severe anemia. The color index remained markedly decreased (0.43-0.46), indicating persistent hypochromia. Erythrocyte indices were consistent with microcytosis (MCV 67 and 65 fL,) and impaired hemoglobinization (MCH 14 and 14 pg, MCHC 216 and 220 g/dl). Red cell distribution width values were elevated, reflecting anisocytosis (RDV-SD 70 and 68fL, RDV-CV 28 and 26%). Erythrocyte sedimentation rate was elevated in all cases, supporting chronic inflammatory processes, likely related to gastroduodenal pathology. Total protein and albumin levels were at the lower limit of normal in some patients, suggesting mild protein deficiency. Coagulation parameters showed mild variations but no critical abnormalities. Overall, the laboratory profile corresponded to severe microcytic, hypochromic iron-deficiency anemia (IDA) with incomplete therapeutic response.

Refractory severe IDA in adolescents is typically multifactorial in origin. In the present study, chronic gastroduodenitis in the stage of exacerbation played a central role, as inflammatory changes and mucosal erosions promote chronic blood loss and impair iron absorption. The presence of multiple erosive defects of the gastric mucosa further aggravated iron depletion. In the female patient, heavy menstrual bleeding likely contributed substantially to iron loss. Adolescence is characterized by the establishment of menstrual cycles, and excessive menstrual blood loss is one of the leading causes of IDA in this age group.

Residence in large families may negatively affect nutritional quality and access to medical care, contributing to chronic iron deficiency. Inadequate dietary intake, particularly low consumption of animal protein and heme iron, is an important pathogenetic factor in adolescents with increased physiological demands. In refractory anemia, additional causes should be considered. Malabsorption syndromes such as celiac disease may present as isolated iron-deficiency anemia due to villous atrophy. Chronic *Helicobacter pylori* infection can impair iron metabolism. Inherited bleeding disorders, including von Willebrand disease, may cause excessive blood loss. Occult gastrointestinal bleeding, helminthic infections, achlorhydria, and vitamin C deficiency can also contribute. Furthermore, restrictive diets, chronic inflammatory conditions, chronic kidney disease, and endocrine disorders may aggravate anemia. In the present cases, standard diagnostic evaluation was incomplete. Menstrual blood loss was not fully assessed, and screening for gluten-sensitive enteropathy was not performed, which may explain the limited hematologic improvement observed at discharge.

Conclusions. The analysis of etiological factors contributing to severe IDA in the examined adolescents demonstrated that chronic gastroduodenitis in exacerbation, multiple erosive gastric mucosal defects, heavy menstrual bleeding in girls, residence in large families, and insufficient intake of animal protein were the principal determinants of severe anemia. Refractory forms of IDA in adolescence are usually multifactorial, and comprehensive etiological investigation is essential. Timely treatment of gastroduodenal pathology, adherence to standardized anemia screening protocols, and targeted correction of underlying causes are crucial for effective management and prevention of long-term complications.

ASSESSMENT OF α -AMYLASE ACTIVITY OF MIXED SALIVA DURING TREATMENT ALIGNERS AND ALIGNERS WITH PREVENTIVES

Kolomiets A.M.

VNMU named after M.I. Pyrogov

Department of Pediatric Dentistry

Salivary alpha-amylase is an enzyme found in saliva that begins the breakdown of starch and other carbohydrates in the mouth during chewing, converting them into smaller sugars (oligosaccharides). This is an important part of digestion, optimizing further absorption of food, although it is inactivated by acid in the stomach. Measuring the level of amylase in the salivary is used to diagnose diseases of the salivary glands and oral cavity condition.

The study was conducted in 30 patients, divided into three groups: comparison (1) and main 2 and 3 (10 patients in each of them). The comparison group included healthy patients without OA, signs of inflammatory process in the oral cavity and diseases of the gastrointestinal tract. Main groups 2 and 3 were young people 20-25 years old with OA class 1 according to Engle with movement of 2-3 teeth, who were applied orthodontic appliances - aligners and aligners with preventives (specially developed protocol based on pharmacological drugs and measures to improve oral hygiene).

Mixed saliva was collected at the beginning of the therapeutic use of orthodontic appliances (on the first day of visiting the clinic) and after 3 and 6 months of treatment. The material for the study was unstimulated mixed saliva, which was collected from patients always on an empty stomach at the same time. Freshly collected saliva samples were analyzed, which were collected in tubes with a sealed lid, centrifuged and the supernatant transferred to Eppendorf tubes. The samples were kept at a temperature of -20°C until direct determination of biochemical parameters. The study showed that in healthy children (comparison group) the activity of α -amylase in mixed saliva fluctuated slightly, namely: after 3 months it was found to be 4% lower than the initial level, and in samples taken after 6 months, the activity of amylase was 1.5% higher, compared to the beginning of observation.

In patients of the experimental group who were used with aligners and aligners with preventives, a change in α -amylase activity was observed during treatment: after 3 months from the start of treatment, a decrease in α -amylase activity was noted by 15% and, respectively, by 12%. A greater decrease in α -amylase activity was observed after 6 months from the start of treatment with aligners: it was 25%, compared to the data at the beginning of treatment. In the group with aligners with preventives, it remained lower by 12%, as in the 3rd month of treatment ($p < 0.05$).

The list of negative consequences of using aligners appliances includes catarrhal gingivitis, periodontitis, cases of gingival hyperplasia, and dental caries under aligners. The biochemical composition of saliva, which undergoes changes during orthodontic treatment, can be considered an initiating factor in the development of pathological processes. Indeed, in our study, a decrease in the activity of α -amylase in mixed saliva was noted when using both aligners and aligners with preventives, which led to impaired digestion of carbohydrates and their accumulation in the oral cavity. Food residues and excess carbohydrates became a fertile breeding ground for opportunistic microflora, which may result in the development of inflammatory diseases.

ATOPIC REACTIVITY MARKERS IN PEDIATRIC EARLY-ONSET ASTHMA

Muskan Singh

Scientific supervisor: PhD, Docent, Uliana Marusyk

Bukovinian State Medical University

Department of pediatrics and children's infectious diseases

Background. Bronchial asthma remains one of the most common chronic respiratory conditions affecting children worldwide and represents a significant clinical and public health concern. The disease is characterized by complex and heterogeneous inflammatory processes that may involve allergic (atopic) or non-allergic mechanisms. Early-onset asthma, which develops during the first years of life, is frequently associated with eosinophilic inflammation and increased immunoglobulin E production driven by T-helper type 2 immune responses. Identification of reliable clinical and laboratory markers reflecting atopic reactivity is essential for improving understanding of disease pathogenesis, predicting clinical course, and optimizing individualized therapeutic strategies in pediatric patients.

Materials and methods. The present observational study included 50 school-aged children diagnosed with bronchial asthma who underwent comprehensive clinical and laboratory evaluation. Participants were divided into two groups according to age at disease onset: early-onset asthma (before 3 years of age) and late-onset asthma (after 6 years of age). Assessment of atopic reactivity included determination of the genetic index for atopic diseases, analysis of allergic history obtained from medical records and parental reports, intradermal skin testing using non-bacterial allergens, and measurement of serum interleukin-4 concentration as an indicator of Th2-mediated immune activity. General demographic characteristics of the groups were comparable and included male distribution of 72% and 80%, mean ages of 11.4 and 12.7 years, and disease duration of 24 and 28 months in early- and late-onset groups respectively. Statistical evaluation involved calculation of absolute risk and relative risk indicators to estimate associations between disease onset and immunological markers.

Results. The analysis revealed that genetic predisposition to atopy was more common among children with early-onset asthma, with GI values exceeding 0.19 observed in 40% of cases compared with 28% in the late-onset group. Indicators reflecting allergic background were also markedly higher in early-onset disease, including documented allergic history (96% versus 69.57%) and positive skin test reactivity to allergens (92.3% versus 56%). Measurement of serum interleukin-4 demonstrated elevated levels above 3.6 pg/ml in 80% of early-onset patients compared with 66% of late-onset patients, supporting the presence of enhanced Th2 immune activation. Epidemiological analysis further showed an absolute risk of 0.17 and a relative risk of 1.47 with a 95% confidence interval of 1.2–1.7, indicating an increased likelihood of elevated IL-4 and allergic mechanisms associated with earlier disease manifestation.

Conclusions. Findings from this study indicate that bronchial asthma beginning in early childhood is characterized by stronger markers of atopic reactivity, including hereditary predisposition, pronounced allergic history, increased hypersensitivity to environmental allergens, and higher occurrence of elevated IL-4 levels. These observations support the dominant role of allergic inflammatory mechanisms in early-onset asthma and emphasize the clinical importance of assessing atopic markers when planning individualized management and monitoring strategies for pediatric patients.

RISK FACTORS OF INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION IN NEWBORNS WITH NEONATAL ENCEPHALOPATHY

Popov S.V., Starostenko I.A., Yanchenko K.V., Kravchenko Y.O.

Sumy State University

Department of Pediatrics

The neonatal period represents a very important stage in the adaptation of organ and system functions to extrauterine life. The effectiveness of this process is determined by many factors, including the health and lifestyle of the parents, the features of pregnancy and delivery, and other influences. The result of unfavorable effects may be various pathological conditions and diseases, most often manifesting in the postnatal period. One such condition is intrauterine growth retardation (IUGR), which occurs in 5–8% of newborns overall. In certain groups, IUGR is more common; for example, among low birth weight newborns, it is observed in 50–80% of cases. Intrauterine growth retardation may be an independent pathology or coexist with other neonatal diseases, complicating their course. One of the most frequent diseases of the neonatal period is neonatal encephalopathy (NE). It leads to damage of the central nervous system of varying severity and may result in either death or long-term functional impairments of the brain. Most often, neonatal encephalopathy develops against the background of acute and/or chronic fetal hypoxia, as a consequence of pathological pregnancy and delivery.

The aim of the study was to determine risk factors for the development of intrauterine growth retardation in full-term newborns and in children with hypoxic neonatal encephalopathy.

A total of 30 healthy full-term newborns and 60 children with neonatal encephalopathy were examined. The gestational age of the children ranged from 37 to 41 weeks, and body weight from 2500 to 4000 grams. Clinical and anamnestic indicators of the children in the specified groups were studied to identify risk factors, including parental age, newborn gender, type of delivery, and the presence of pathological conditions and diseases during pregnancy and childbirth. To confirm intrauterine growth retardation, the Ponderal Index (PI) was calculated. A PI value of less than 2.2 units indicated the presence of intrauterine growth retardation. The statistical method of the study included calculation of mean and relative values, odds ratios (OR), and significance indicators.

Maternal age over 28 years increased the risk of IUGR in newborns—by 4.5 times in children with neonatal encephalopathy and by 2.7 times in the control group. Paternal age over 35 years did not have a significant effect on the presence of IUGR. The likelihood of intrauterine growth retardation tended to increase depending on gender. In the control group, it increased 1.5 times, and in the neonatal encephalopathy group—2.3 times when a boy was born. Cesarean section showed a tendency to increase the odds ratio of IUGR in the control group. In children with neonatal encephalopathy, the odds ratio increased to 4.1. The presence of maternal organ diseases increased the risk of IUGR in newborns. This was more pronounced in children with neonatal encephalopathy when the number of maternal diseases exceeded three, raising the risk to 3.1 units. A more significant influence on the chances of IUGR was noted when the mother had an acute respiratory infection. These odds were 2.3 for both groups, with a higher OR in the neonatal encephalopathy group—up to 4.1 units. At the same time, maternal COVID-19 infection during pregnancy further increased the risk of IUGR in newborns—to 4.5 and 6.5 units, respectively.

Thus, older maternal age increased the risk of intrauterine growth retardation in newborns, more significantly in children with neonatal encephalopathy. Maternal acute respiratory illness, especially COVID-19, also substantially increased the chances of intrauterine growth retardation.

LONGITUDINAL ASSESSMENT OF TEST ANXIETY AMONG MEDICAL AND MEDICAL PSYCHOLOGY STUDENTS DURING WARTIME CONDITIONS

Sharma Adjai Kumar, Jangid Bhavesh Kumar, Johainah

Bukovinian State Medical University

Department of Pediatrics and Pediatric Infectious Diseases

Test anxiety is conceptualized as a multidimensional construct that integrates cognitive worry, emotional tension, and physiological hyperarousal. In preparation for high-stakes licensing examinations such as KROK-2, anxiety may significantly affect academic functioning and perceived readiness. Under prolonged wartime conditions, examination-related stress interacts with chronic environmental stressors. The aim of the study was to examine test anxiety among two student cohorts: Ukrainian students majoring in Medical Psychology (MPs) and international students enrolled in the Medicine (Med) program.

The research design combined cross-sectional assessment with retrospective self-report regarding anxiety levels before the war and during the current wartime period. Participants completed a 16-item dichotomous test anxiety scale and provided subjective evaluations of preparedness for the KROK-2 licensing examination, perceived changes in anxiety over time, dominant stressors affecting preparation, and adaptive resources. Clinically significant anxiety was defined as twelve or more affirmative responses on the dichotomous 16-item scale (Sarason I.G., 1980), where scores of 0–5 indicated low anxiety, 6–11 moderate anxiety, and 12–16 clinically significant anxiety.

The analysis of longitudinal dynamics demonstrates a tendency toward a decrease in test anxiety among students of the specialty “Medicine.” In the 2023–2024 academic year, the mean anxiety index was 8.1 ± 3.7 ($n = 86$), whereas in 2025–2026 it decreased to 5.7 ± 3.9 ($n = 12$). This reduction approached statistical significance ($p < 0.06$), indicating a trend toward lower anxiety levels over time in this cohort. Among students of “MPs,” the mean anxiety index was initially higher, reaching 10.5 ± 3.3 ($n = 10$) in 2023–2024 and decreasing to 9.2 ± 2.3 ($n = 10$) in 2025–2026. However, this reduction was not statistically significant ($p = 0.28$), suggesting relative stability of anxiety levels in this group across the studied period. Between-group comparisons reveal that in 2023–2024, MPs students had significantly higher anxiety levels than Med students ($p < 0.06$). In 2025–2026, this difference became statistically significant ($p < 0.02$), indicating that students of MPs consistently demonstrated higher average test anxiety indices than their peers in Med. So, in 2025–26, the findings indicate that both groups demonstrated predominantly low to moderate levels of test anxiety. In the MPs cohort, half of the students fell within the low-anxiety range, while a substantial proportion exhibited moderate anxiety, and a small minority reached clinically significant levels. The international Medical student group showed a comparable distribution. Thus, although severe anxiety was not prevalent in either sample, moderate anxiety was common across both groups. In the MPs group, 50.0% demonstrated low anxiety levels, 41.7% demonstrated moderate anxiety, and 8.3% reached the high-anxiety threshold. In the international Med group, 58.3% fell within the low-anxiety range, 33.3% demonstrated moderate anxiety, and 8.3% exhibited very high anxiety scores. Thus, in both samples, approximately 91.7% of participants remained within the low-to-moderate anxiety spectrum, while clinically significant anxiety was observed in 8.3% of each group. Longitudinal self-assessment revealed a notable increase in perceived anxiety during wartime. Among MPs students, 58.3% reported experiencing test anxiety prior to the war, whereas 83.3% reported anxiety during wartime. Furthermore, 66.7% explicitly indicated that their anxiety had increased due to war-related circumstances. In contrast, within the international Med cohort, 41.7% reported anxiety before the war, while 66.7% reported anxiety during wartime, and

50.0% perceived a clear increase. These figures suggest that the perceived escalation was more pronounced among MPs students than among international Medical students. Subjective preparedness for KROK-2 remained relatively stable despite increased anxiety. In the MPs group, 75.0% described themselves as “somewhat ready,” 16.7% as “fully ready,” and 8.3% as “not ready.” Among international Medical students, 66.7% reported being “somewhat ready,” 25.0% “fully ready,” and 8.3% “not ready.” Among MPs students, the most frequently reported negative factors affecting preparation were concentration difficulties (66.7%), generalized war-related fears (66.7%), sleep disturbances (58.3%), economic instability (50.0%), and unstable internet or electricity access (50.0%). Emotional concerns about family safety were reported by 41.7%, while 33.3% indicated fear of worsening military conditions and lack of time due to competing demands. These data reflect a predominance of emotionally mediated cognitive disruption. In the international Med cohort, infrastructural and situational stressors were more prominent. Sleep disturbances were reported by 58.3%, unstable electricity or internet access by 50.0%, and concentration difficulties by 50.0%. War-related fears were reported by 41.7%, and economic instability by 33.3%. Compared with the MPs group, emotional rumination and family-related worries were less frequently endorsed. This suggests that stress in the international cohort was more environmentally mediated than emotionally amplified. Sleep disturbance emerged as a critical cross-group mediator, affecting 58.3% of students in both samples. Protective factors were highly consistent across groups. In the MPs cohort, 91.7% identified their own efforts and self-discipline as the primary coping resource, 75.0% reported family support, and 50.0% cited peer support. Similarly, in the international Med group, 83.3% emphasized personal effort, 66.7% family support, and 41.7% peer support. These results highlight self-regulation as the dominant resilience factor in both populations. In summary, although clinically significant anxiety was present in only 8.3% of students in each group, moderate anxiety affected 41.7% of MPs students and 33.3% of international Medical students. Wartime conditions increased perceived anxiety in both samples; however, MPs students demonstrated a stronger emotional-cognitive amplification, while international Medical students were more affected by environmental instability. Sleep disturbances were equally prevalent (58.3%) and represent a shared vulnerability pathway. Despite these stressors, the majority of students (75.0% and 66.7%, respectively) perceived themselves as adequately prepared for the licensing examination, indicating preserved academic self-efficacy under chronic stress conditions.

FEATURES OF THE DYNAMICS OF MICROCIRCULATION IN PURULENT AND INFECTED WOUNDS DEPENDING ON THE COURSE OF THE WOUND PROCESS

Spakhi O.V., Kokorkin O.D., Pakholchuk O.P.

Zaporizhia State Medical and Pharmaceutical University

Department of Pediatric Surgery

The development of various methods of local influence on purulent and infected wounds in children are continued. A number of domestic and foreign researchers continue to search for an informative method of research and the course of the wound process. Undoubtedly, the assessment of the dynamics of healing of purulent and infected wounds in children primarily depends on clinical manifestations. However, based on the experience of treatment, they are quite subjective, especially in younger patients, therefore, at the present stage, it is more expedient to use a number of objective methods. Cytological studies of wound impressions, determination of the acid-base state of wound exudate, the amount of protein in it, qualitative and quantitative bacteriological control are widely used in the practice of pediatric surgeons.

Determination of microcirculation indicators is widely used in various sections of pediatric surgery. One of such methods is laser Doppler flowmetry, which allows for an assessment of the state of blood flow at the capillary level, during various inflammatory and reparative processes, which allows for a single-stage or dynamic non-invasive determination of capillary blood flow.

The purpose of the study is to assess the dynamics of microcirculation indicators of infected and purulent wounds in children according to the course of the wound process.

Materials and methods. The study and treatment of 58 children aged 1 to 17 years were conducted. Of these, 31 were boys (53.5%), 27 were girls (46.5%). All patients were divided into two groups – the main group – 30 and the comparison group of 28 children. Treatment of infected and purulent wounds was based on generally accepted principles of wound infection therapy in children. To assess the treatment, the dynamics of cytological indicators of patients in both groups were determined. In the main group (n= 30), microcirculation monitoring in the wound areas was also carried out. For this purpose, the average microcirculation parameter in perfusion units in the area of the marginal wound was determined using the sensor of the laser blood flow analyzer with a wave source of 0.89 μm and compared with the control indicator in the area of the contralateral location of the wound. The increase in the microcirculation parameter was calculated.

Research results. Measurement of microcirculation parameters in patients in the main group was carried out for 10 days. Analysis of the data obtained showed that on the first day the microcirculation indicator was significantly higher and was 50% of the control value - this indicated a decrease in microcirculation. The results of daily determination showed a gradual decrease in the microcirculation parameter and on the 3rd -4th day of the wound process and was less than 50% of the control value. On the 10th day, the average microcirculation parameter increased and was more than 50% of the control value. The determined indicators of laser Doppler flowmetry correlated with the results of cytological examination. In the cytograms determined on the 1st day, a large number of erythrocytes and neutrophils were recorded in the entire field of view, and single lymphocytes, which indicated increased blood circulation in the wound, characteristic of the first phase of the wound process. On the 4th day, a decrease in the number of neutrophilic leukocytes, an increase in macrophages and active fibroblasts was determined in the wounds, which corresponded to the beginning of the second phase of the wound process. In the period up to 10 days, the qualitative and quantitative ratio of the cellular composition changed. The total number of neutrophils, macrophages and lymphocytes tended to decrease. These data indicated a decrease in exudative reactions and a decrease in the inflammatory process in the wound and the beginning of regeneration, which was confirmed by the determination of fibroblasts and young epithelial cells. Such changes characterized the transition of the wound process to phase 3.

Conclusions. Determination of wound microcirculation indicators correlates with changes in the cytological component of the course of the wound process and can be used as criteria for assessing the dynamics of the wound process in combination with clinical recognition of healing and the results of other studies to control the effectiveness of treatment.

DISORDERS OF MOTOR AND ACID-FORMING FUNCTIONS OF THE STOMACH IN CHILDREN WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA

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

V.N. Karazin Kharkiv National University

Department of Pediatrics

Impaired motor and secretory functions of the stomach are integral to the pathogenesis of destructive, inflammatory, and functional diseases of the gastrointestinal tract. Alterations in these functions play a significant role in the development of functional dyspepsia (FD) and its clinical manifestations. According to the literature, impaired motor and evacuation function of the stomach is observed in 75-90% of children with FD, and impaired secretory function is observed in 30-50%.

It is known that changes in the central and autonomic nervous systems in children, caused by psychoemotional overload, organic nervous system diseases, chronic fatigue, and stress, lead to disturbances in the secretory and motility functions of the stomach. These disturbances can manifest clinically as pain, a feeling of heaviness, discomfort in the upper abdomen, a feeling of early satiety, and nausea.

The aim of this study was to investigate the motility and acid-forming functions of the stomach in children with functional dyspepsia.

Materials and methods. Fifty-five children aged 5-17 years with functional dyspepsia were examined. All children were diagnosed with functional dyspepsia according to Rome IV criteria (Rome IV). An upper GI endoscopy was used to exclude organic pathology of the gastrointestinal tract. After analyzing the clinical manifestations, all children were divided into two groups according to Rome IV criteria: epigastric pain syndrome (EPS) (n=28) and postprandial distress syndrome (PDS) (n=27).

Results. The acid-forming function of the stomach was determined using intragastric pH-metry. The results showed that acid production disorder was observed in 52 children (91±4%) ($p < 0.05$). Increased acid-forming function prevailed both in the general group of patients - 51 children (89±4%), and in the groups of children with EBS - 25 children (89±6%) and PDS - 26 children (96±4%). Absolute indicators of acid-forming function of the stomach in children in the general group (n=55) were increased ($M=1.43 \pm 0.005$) relative to the indicators in healthy children (n=20; $M=2.1 \pm 0.03$; $p < 0.01$). Also, the pH values of the stomach were significantly increased in the group of patients with SEB ($M=1.33 \pm 0.01$) compared to the group of patients with PDS ($M=1.55 \pm 0.015$; $p < 0.05$). Gastric motility was determined using electrogastrigraphy. The data obtained showed that it was impaired in 34 children with functional dyspepsia (62±7%) ($p < 0.05$). Acceleration of motility was significantly more common in patients with FD, variant SEB, compared with patients with FD, variant PDS (18±7% and 0%, respectively; $p < 0.05$).

In children with impaired gastric motility, deceleration was more common (85±4%), with hypokinesia significantly more common in patients with FD, variant PDS (70±9%) than in those with FD, variant SEB (36±9%) ($p < 0.05$).

Absolute values of gastric electrical activity were also statistically significantly lower in the PDS group ($M = 0.09 \pm 0.0063$ mV) compared to the FD group with the SEB variant ($M = 0.15 \pm 0.016$ mV;) ($p < 0.05$).

Based on the obtained results, it can be concluded that children with FD, regardless of its clinical variant, experience impaired gastric acid production and motility. Increased gastric acid production is significantly more prevalent in FD with the SEB variant, decreased gastric motility is more prevalent in FD with the PDS variant, and increased gastric motility is more prevalent in FD with the SEB variant. These data confirm the important role of the acid-forming and motor

functions of the stomach in the pathogenesis of FD and can serve as a basis for prescribing antisecretory agents and prokinetics (antispasmodics) for FD in children.

THE INFLUENCE OF STOMACH MOTILITY DISORDERS ON ESOPHAGEAL MUCOSA CONDITION IN CHILDREN

Voloshyn K.V., Shlieienkova H.O., Letiaho H.V., Krutenko N.V., Slobodyanuk O.L.

V.N. Karazin Kharkiv National University

Department of Pediatrics

Disorders of the digestive tract 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 that endoscopic changes of esophageal mucose membrane vary from visually unaltered, with only gastroesophageal reflux (GER) signs, to destructive changes in GERD. One of the main reasons of such esophageal changes development are progressive duodenal reflux, long ulcerative disease anamnes, frequent and prolonged PPI courses.

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

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

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

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

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

Conclusions:

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

2. Motor changes of esophagus (GER I-II) were significantly more often in children with normal esophagus and gastric mucosa or catarhhal 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 are superacid (corpus <1,0) and alkalize function is decompensated (antrum <1,5).

ЗМІСТ

1	<i>Андрікевич І.І., Жмурчук В.М., Пасік В.Ю.</i> ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНІНГУ ВРОДЖЕНОЇ ДИСФУНКЦІЇ КОРИ НАДНИРНИКІВ	3
2	<i>Батюк Л.В., Чуприна М.В., Карпушенко Ю.В.</i> КЛІНІКО – АНАМНЕСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ШКОЛЯРІВ З АЛЕРГІЄЮ	4
3	<i>Бешега П.Д.</i> БІОХІМІЧНІ ОСНОВИ ОЖИРІННЯ В ДІТЕЙ	5
4	<i>Бешега П.Д.</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ОЖИРІННЯ В ДІТЕЙ	6
5	<i>Вакуленко А.І., Колісник В.О.</i> ОМЕНН-СИНДРОМ — СКЛАДОВА ПРОЯВУ ТЯЖКОГО КОМБІНОВАНОГО ІМУНОДЕФЦІТУ	7
6	<i>Власова О.В., Боднарчук Н.І., Романова С.І.</i> ЕКОЛОГО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВРОДЖЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	8
7	<i>Ганик Д.О., Шахова О.О.</i> КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ	9
8	<i>Ганик Д.О., Шахова О.О., Кучерява В.А.</i> АЦЕТИЛЯТОРНИЙ ФЕНОТИП ЯК ПРЕДИКТОР БРОНХІАЛЬНОЇ ГІПЕРРЕАКТИВНОСТІ ПРИ АСТМІ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ДІТЕЙ	10
9	<i>Головка М.І., Іванова Л.А.</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО РОТАВІРУСНОГО ГАСТРОЕНТЕРИТУ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ З ПАТОГЕНЕТИЧНИМ ПІДХОДОМ	11
10	<i>Голюк К.О., Мірошниченко Т.А.</i> ПОІНФОРМОВАНІСТЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ З КУРСУ ЩОДО ДОНОРСТВА КІСКОВОГО МОЗКУ В УКРАЇНІ	13
11	<i>Горбась В.А., Бугаєнко В.О., Васильєва О.Г., Спічакова Н.М.</i> ПЕДІАТРІЯ В УМОВАХ ВІЙНИ: УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ ДИТИНИ	14
12	<i>Горюк Х.О.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ІЗ УКРАЇНИ ЗА КОРДОНОМ	15
13	<i>Дяченко М.С., Усенко С.Г.</i> ВПЛИВ ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ПОКАЗНИКИ ІМУНОЛОГІЧНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРИМ ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ	16
14	<i>Жар К.І., Горохова Г.С.</i> КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГІПОКСИЧНО-ШЕМІЧНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ	17
15	<i>Завгородня Н.Ю., Кленіна І.А., Татарчук О.М., Кислова Р.М., Петішко О.П.</i> ВПЛИВ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ НА ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН ТА РІВЕНЬ ЛЕПТИНУ В УКРАЇНСЬКИХ ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНО-АСОЦІЙОВАНОЮ СТЕАТОТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ	18
16	<i>Завгородня Н.Ю., Кленіна І.А., Татарчук О.М., Кислова Р.М., Петішко О.П.</i> ВПЛИВ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ НА СКЛАД ВІЛЬНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ В УКРАЇНСЬКИХ ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНО-АСОЦІЙОВАНОЮ СТЕАТОТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ	19

17	<i>Зайцев І.Е., Школьна І.І., Старостенко І.</i> ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У КЛІНІЧНО ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ М. СУМИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ	20
18	<i>Захарченко Н.А.</i> НЕФЕРМЕНТУЮЧІ ГРАМНЕГАТИВНІ БАКТЕРІЇ У СТРУКТУРІ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У 2022–2024 рр.	21
19	<i>Івасів Ю.В., Дубінська С.А., Стефанишин А.Б.</i> РОЛЬ МУЗИКОТЕРАПІЇ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ У СКЛАДНИХ ВИПАДКАХ: РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ І ОЧІКУВАННЯ БАТЬКІВ	22
20	<i>Кадук Д.Є.</i> ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У МОЛОДОМУ ВІЩІ: МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ МІЖНАРОДНИХ ПОПУЛЯЦІЙНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	24
21	<i>Калініченко В.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ МІОКАРДІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	26
22	<i>Кокус В.В., Коваль Б.Ф.</i> ІСТОРІЯ СТВОРЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ПЕДІАТРИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ім. М.І. ПИРОГОВА	27
23	<i>Колоскова О.К., Білоус Т.М., Гарас М.Н., Ткачук Р.В., Ткачук В.І., Попадюк Н.І.</i> ПУЛЬМОПРОТЕКТОРНА ДІЯ СИСТЕМНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ ПРИ SARS-COV-2 АСОЦІЮВАНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ	28
24	<i>Колоскова О.К., Білоус Т.М., Гарас М.Н., Ткачук Р.В., Ткачук В.І., Попадюк Н.І.</i> ФУЛЬМІНАНТНИЙ ПЕРЕБІГ КОРУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ КОМОРБІДНОСТІ У ДИТИНИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	29
25	<i>Комаров Д.О.</i> ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ	31
26	<i>Кошман Т.В., Водолажський М.Л., Страшок Л.А., Сидоренко Т.П., Фоміна Т.В.</i> ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА ЗА ДОПОМОГОЮ SWOT-АНАЛІЗУ ЩОДО ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ ДИТЯЧОГО КОНТИНГЕНТУ НАСЕЛЕННЯ	33
27	<i>Крецу Н.М.</i> СЕПСИС-ІНДУКОВАНА МІОКАРДІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У НОВОНАРОДЖЕНОГО: МАРКЕРИ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛЕТАЛЬНОГО НАСЛІДКУ (клінічний випадок)	34
28	<i>Лазарук В.В.</i> ЙМОВІРНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ РАКУ ТОВСТОЇ КИШКИ	35
29	<i>Лазоренко Д.О.</i> ОЦІНКА ІНДИВІДУАЛЬНОЇ МІНЛИВОСТІ РОЗМІРНИХ ПАРАМЕТРІВ ХРОМОСОМ ЗДОРОВИХ ТА ХВОРИХ ДІВЧАТ	36
30	<i>Мазур О.П.</i> ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ПЕДІАТРІЇ НА ПРИКЛАДІ ПОСІБНИКА «МАТИ І ДИТИНА» В.Н. ЖУКА (С.-ПЕТЕРБУРГ, 1911) З ФОНДУ РІДКІСНОЇ КНИГИ ТА РУКОПИСІВ	38
31	<i>Медведева К., Оліфенко М., Головка Т.О., Шевченко Н.С.</i> ОЦІНКА СКЛАДОВИХ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ПРИФРОНТОВОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ	39

32	<i>Музика О.О., Шлеєнкова Г.О., Волошин К.В., Слободянюк О.Л., Цюра О.М.</i> ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКУ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ ЗА ШКАЛОЮ SIBDQ	41
33	<i>Олійник Р.А., Круліковська І.О., Урбась О.В. Голодних О.А.</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НОВОГО ВАРІАНТУ ТЯЖКОГО КОМБІНОВАНОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ В ГЕНІ DOCK2	42
34	<i>Оліфенко М.В.1, Медведєва К.А.1, Головка Т.О.1,2, Фадєєва А.О.</i> ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ІЗ ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ У ПРИФРОНТОВИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ ДО ТА ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ	44
35	<i>Пахольчук О.П., Димитрюк Д.С.</i> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЖОВТЯНИЦЬ ТА ВАД ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ	45
36	<i>Петрашенко В.О., Редько О.К., Бутенко В.В., Лазоренко В.В.</i> ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ	47
37	<i>Продан О.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ	47
38	<i>Романчук Л.І.</i> ОКИСНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ І СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З COVID-19: ДІАГНОСТИЧНО-ПРОГНОСТИЧНІ МАРКЕРИ	48
39	<i>Руснак М.С.</i> ГЕМАТОЛОГІЧНІ ІНДЕКСИ ІНТОКСИКАЦІЇ ЯК ПРЕДИКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ СЕПСИСУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ	50
40	<i>Савченко Д.С.</i> РІВЕНЬ SP-D ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ, АСОЦІЙОВАНИХ ІЗ HELICOBACTER PYLORI У ДІТЕЙ	51
41	<i>Сивогривова К.Б.</i> ДОДАТКОВІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ ОСТЕОАРТРОПАТІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ	52
42	<i>Сидорчук Д.М., Гарас М.Н.</i> ОСОБЛИВОСТІ МАНІФЕСТАЦІЇ ГРИПУ У ПОЄДНАННІ З ЕБВ-ІНФЕКЦІЄЮ	54
43	<i>Смулка М.В., Федоряк С.О., Тарнавська С.І.</i> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОЇДІВ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	55
44	<i>Ставнійчук С.С.</i> ІНФОРМАЦІЙНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ БАТЬКІВ ДО ВАКЦИНАЦІЇ ДІТЕЙ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА ВОЄННОГО СТАНУ	56
45	<i>Степанов Ю.М., Завгородня Н.Ю., Очеретянко Ю.А.</i> ВПЛИВ ВОЄННОГО ЧАСУ НА РІВЕНЬ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ	57
46	<i>Тельман Д.А., Романчук Л.І.</i> КОНЦЕНТРАЦІЯ ДЕФЕНЗИВІВ ЯК ПОКАЗНИК ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ДІТЕЙ	58
47	<i>Федоряк С.О., Тарнавська С.І.</i> КОМОРБІДНИЙ ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ У ДІТЕЙ: КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ АСПЕКТИ	59
48	<i>Харук Н.В., Гарас М.Н.</i> СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ	60

49	<i>Цицюра О.О., Іванова С.В.</i> СІМЕЙНИЙ АДЕНОМАТОЗНИЙ ПОЛІПОЗ ЯК МОДЕЛЬ СПАДКОВОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗУ: РОЗБІР КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ	61
50	<i>Черкашин М.М.</i> НАКОПИЧЕННЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ-МЕШКАНЦІВ ПРИФРОНТОВОГО РЕГІОНУ ХАРКІВЩИНИ	63
51	<i>Чумак О.Ю.</i> АНАЛІЗ ІМУНООПОСЕРЕДКОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ВІКОМ 1- 36 МІСЯЦІВ ІЗ МАРКЕРАМИ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	65
52	<i>Шкварчук В.В., Рудан К.В., Богущька Н.К.</i> ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ПРОТИВІРУСНОЇ ТА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ДІТЕЙ ВІКОМ ДО П'ЯТИ РОКІВ	66
53	<i>Шмигленко Д.О.</i> ЕНДОСКОПІЧНА ОЦІНКА СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ ІЗ GERX: КОРЕЛЯЦІЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН, ТРИВАЛОСТІ СИМПТОМІВ ІЗ РИЗИКОМ РОЗВИТКУ СТРАВОХОДУ БАРЕТТА	67
54	<i>Щукіна Л.Б., Білошицька А.В.</i> ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ НА ПРИКЛАДІ ПІДРУЧНИКІВ ТА МОНОГРАФІЙ З ФОНДУ РІДКІСНОЇ ТА ЦІННОЇ КНИГИ НАУКОВОЇ БІБЛІОТЕКИ ІМЕНІ ГОРДІЯ ПАЛІЯ ВНМУ ІМ. М.І.ПИРОГОВА	68
55	<i>Akshay, Gupta A., Bogutska N.K.</i> ASSESSMENT OF THE PSYCHOLOGICAL NEEDS OF INPATIENTS IN A PEDIATRIC REHABILITATION CENTER	70
56	<i>Dhwani, Solunke Piyush, Joshi Dhriti, Prabh Singh</i> CLINICAL AND ETIOPATHOGENETIC FEATURES OF SEVERE TREATMENT- RESISTANT IRON-DEFICIENCY ANEMIA IN HOSPITALIZED ADOLESCENTS	71
57	<i>Kolomiets A.M.</i> ASSESSMENT OF A-AMYLASE ACTIVITY OF MIXED SALIVA DURING TREATMENT ALIGNERS AND ALIGNERS WITH PREVENTIVES	73
58	<i>Muskan Singh</i> ATOPIC REACTIVITY MARKERS IN PEDIATRIC EARLY-ONSET ASTHMA	74
59	<i>Popov S.V., Starostenko I.A., Yanchenko K.V., Kravchenko Y.O.</i> RISK FACTORS OF INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION IN NEWBORNS WITH NEONATAL ENCEPHALOPATHY	75
60	<i>Sharma Adjai Kumar, Jangid Bhavesh Kumar, Johainah</i> LONGITUDINAL ASSESSMENT OF TEST ANXIETY AMONG MEDICAL AND MEDICAL PSYCHOLOGY STUDENTS DURING WARTIME CONDITIONS	76
61	<i>Spakhi O.V., Kokorkin O.D., Pakholchuk O.P.</i> FEATURES OF THE DYNAMICS OF MICROCIRCULATION IN PURULENT AND INFECTED WOUNDS DEPENDING ON THE COURSE OF THE WOUND PROCESS	77
62	<i>Voloshyn K.V., Letiaho H.V., Shlieienkova H.O., Slobodyanuk O.L.</i> DISORDERS OF MOTOR AND ACID-FORMING FUNCTIONS OF THE STOMACH IN FUNCTIONAL DYSPEPSIA IN CHILDREN	79
63	<i>Voloshyn K.V., Shlieienkova H.O., Letiaho H.V., Krutenko N.V., Slobodyanuk O.L.</i> THE INFLUENCE OF STOMACH MOTILITY DISORDERS ON ESOPHAGEAL MUCOSA CONDITION IN CHILDREN	80

Відповідальність за зміст повідомлень несуть автори

Наукове видання

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Матеріали XI щорічної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю

26 лютого 2026 року, м.Харків

Автор ідеї: Волошин К.В.

Відповідальний за випуск: Волошин К.В.

Фото на обкладинці: Пушняк Любомир

Фото надане: Пушняк О.В.

Дизайн та макет обкладинки: Волошин К.В.

Електронне видання
