

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

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

**Матеріали V науково-практичної конференції молодих вчених з
міжнародною участю
присвяченої 215-річчю Харківського національного університету
імені В.Н. Каразіна**

27 лютого 2020 року – Харків, 2020. - 72 с.

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

Харків 2020

ОСОБЛИВОСТІ ЖИТЛОВИХ УМОВ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я У СУЧАСНІЙ РОДИНІ

Авдієвська О.Г.^{1,2}, Подрігало Л.В.^{2,3}

Державна установа «Інститут охорони здоров'ядітей та підлітків Національної академії медичних наук України»

Харківський Національний університет імені В.Н. Каразіна
Харківська державна академія фізичної культури

Вступ. На сьогоднішній день набувають актуальності наступні питання – оптимізація та системність в організації збереження здоров'я сучасних школярів та його відповідність характеру навчальної діяльності і віковим та статевим особливостям дітей та особливо - стану здоров'я учнів.

Мета. Дослідження гігієнічних та медико-соціальних чинників погіршення здоров'я дітей шкільного віку дома.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на підставі скринінг-анкетування батьків учнів ЗЗСО на батьківських зборах, загальна кількість опитаних - 541 родина.

Результати. питома вага неповних сімей становила 14,5%. В родинях, де був відсутній батько діти мали більш високу поширеність розладів психіки та поведінки (6,2% порівняно з 3,3%, $p < 0,01$), захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини (2,2% порівняно з 1,2%, $p < 0,05$). Відсутність власної кімнати у дитини сприяла ($F=6,4$, $p < 0,02$) більшій поширеності захворювань органів дихання. Усі діти, в яких виявлено захворювання сечостатевої системи, жили у власному будинку ($F=3,8$ $p < 0,02$). Діти з сім'єю з матеріальним благополуччям мали в два рази менший рівень захворювань на вроджені аномалії ($F=4,6$, $p < 0,05$), та вищі фізіометричні показники фізичного розвитку ($F=7,3$ $p < 0,01$).

Висновки. Несприятливі чинники оточуючого середовища діють не ізольовано, а разом зі спадковістю та особливостями розвитку дитини. Встановлено, що наявність певних захворювань у батьків та житлові умови родини впливали на стан здоров'я дітей.

МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УРАЖЕНЬ У ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ

Арцимович А.Г., Ошлянська О.А.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Кафедра педіатрії №1

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) – найрозповсюдженіше хронічне ревматичне захворювання в педіатрії, що може призводити до інвалідизації, та навіть смерті пацієнтів за умови відсутності своєчасної діагностики та лікування. Серед причин смерті у хворих на ревматичні захворювання найбільшу частку складають патології серцево-судинної систем. Стандартних методів діагностики буває недостатньо для раннього виявлення та попередження загрозливих ускладнень, тому на допомогу приходять нові методи обстеження. Одним з нових діагностичних методів є електрокардіографія (ЕКГ) 4 покоління, яка завдяки особливому програмному забезпеченню, надає можливість обчислювати значно більшу кількість параметрів, ніж стандартна 12-ти канална ЕКГ.

Мета дослідження: визначити найбільш значущі параметри в ранній діагностиці уражень серцево-судинної системи у дітей з ЮІА при використанні програмно-апаратного комплексу (ПАК) ЕКГ 4 покоління «Кардіоплюс П».

Матеріали та методи. Обстежено 34 дитини із встановленим згідно класифікаційних критеріїв EULAR діагнозом «ЮІА». Всім пацієнтам виконана ЕКГ за допомогою ПАК «Кардіоплюс П», що окрім звичайних показників (тривалість хвиль, сегментів, інтервалів, комплексів та їх амплітуд), вимірює понад 180 додаткових параметрів ЕКГ: стандартне відхилення нормальних інтервалів, індекс напруги, індекс відношення симпатичних та парасимпатичних регуляцій, площу та симетрію всіх зубців, індекс співвідношення їхніх амплітуд тощо.

Результати. За даними лабораторних обстежень: анемія спостерігалася у 4 дітей (ризик гіпоксії та розвитку вторинних метаболічних порушень в міокарді), швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) на момент спостереження до 15 мм/год, але у деяких дітей (до 10%) до 40 мм/год. С-реактивний білок (СРБ) $12,92 \pm 4,98$ нг/л. Інші біохімічні маркери в межах норми. Оцінка за JADAS-27 (Juvenile Arthritis Disease Activity Score) $9,5 \pm 2,04$. Імунологічні показники відповідали активності запального процесу, рівень імуноглобулінів у сироватці крові був у межах референтних вікових значень, антинуклеарні антитіла, антифосфоліпідні антитіла, антитіла до нативної дезоксирибонуклеїнової кислоти (ДНК) в діагностично значимих титрах не виявлені.

Лише третина з усіх оглянутих пацієнтів висловлювала скарги, які могли бути розцінені, як прояви порушень з боку серцево-судинної системи: відчуття посиленого серцебиття, легкі болі колючого характеру в грудній клітині, помірна задишка під час фізичного навантаження, запаморочення. Всі ці скарги носили тимчасовий характер. При виконанні стандартної 12-ти каналної ЕКГ у 9% пацієнтів не було виявлено жодних відхилень. Однак виявлені зміни у інших пацієнтів не мали діагностично значущого значення для встановлення певної серцевої патології. Синусова аритмія - 42%, відхилення електричної осі серця - 11,5% , неповна блокада правої ніжки пучка Гіса - 15%, вкорочення інтервалу pQ та порушення внутрішньошлуночкової провідності по 6%. Помірні обмінні зміни в міокарді були визначені під час стандартної оцінки ЕКГ у 61,5% обстежених пацієнтів. За даними УЗД серця у жодної дитини не було органічної запальної або пост-запальної патології міокарда або коронарних судин (відсутність фіброзу, пошкодження ендотелію, гіпертрофії лівого шлуночка тощо).

Після обробки даних ЕКГ, знятого ПАК «Кардіоплюс П», процент виявлених порушень ритму складав 65%, індекс оперативного стану міокарду був знижений у 98% відсотків пацієнтів, причому завдяки оцінці всіх амплітуд, форм та площ зубців, було можливим визначити локус уражень міокарду (переважно дифузні ураження у даної групи пацієнтів).

Було виявлено сильну негативну кореляцію деяких із наведених параметрів із JADAS: із симетрією Т-хвилі шляхом співвідношення квадратів трикутників у відведенні I ($r = -0,89$); з симетрією зубця Т за співвідношенням максимальних похідних, відведення II ($r = -0,58$); з симетрією зубця Т за співвідношенням максимальних похідних, відведення III ($r = -0,59$); з зубця Т за співвідношенням максимальних похідних, відведення AvL ($r = -0,59$); з Т-хвильовою симетрією за співвідношенням максимальних похідних, відведення AvF ($r = -0,55$); із морфологією зубця Т ($r = -0,64$).

Після математичної обробки за допомогою алгоритму CART (Classification and Regression Tree) було виявлено найбільш показові параметри для оцінки виявлення ранніх уражень серцево-судинної системи до їх клінічної маніфестації. Ними виявились частота

серцевих скорочень, амплітуда зубця Т, інтегральний показник форми ST-T у другому відведенні, кут α QRS у фронтальній площині та симетрія зубця Т.

Висновки. Використання ЕКГ 4 покоління для діагностики порушень серцево-судинної системи у дітей, хворих на ЮІА, дозволяє виявляти ці ураження на третину частіше, ніж при використанні лише стандартної 12-ти каналної ЕКГ, що є важливим для своєчасного попередження розвитку критичних уражень серцево-судинної системи та поліпшення якості життя цих пацієнтів.

АНТИСИНТЕТАЗНИЙ СИНДРОМ ЯК ОДИН З ВАРИАНТІВ OVERLAP СИСТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Бабій О.Г.

**Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна
Кафедра внутрішніх хвороб**

Системні захворювання сполучної тканини (СЗСТ) відносяться до маловивчених та рідкісних хвороб. У більше ніж 25% пацієнтів симптоми СЗСТ одночасно попадають в діагностичні критерії декількох патологій, наприклад системного червоного вовчака, склеродерми, дерматоміозиту, ревматоїдного артриту та синдрому Шегрена, що розвиваються одночасно або послідовно протягом перебігу захворювання. Тому це часто ускладнюють діагностику конкретного ревматичного захворювання. На теперішній час все ще дискутується, чи це комбінація окремих захворювань, що спостерігаються у одного пацієнта, або це різноманітні клінічні прояви одного великого ревматичного захворювання зі своїми власними етіологією та патогенезом.

До амбулаторії звернулась 18-річна жінка, зі скаргами на задишкою під час незначних фізичних навантажень, сухий кашель, періодичне відчуття нехватки повітря та утрудненого видиху у стані спокою, дискомфорт у грудній клітці, набряки нижніх кінцівок переважно ввечері. Також хвора відзначала сухість у роті, утруднене ковтання, біль та відчуття "піску" в очах, сухість шкіри, оніміння та парестезії в дистальних частинах нижніх кінцівок та обличчя, м'язову слабкість, особливо під час підняття рук вгору, періодичні болі в колінних, плечових, зап'ястних, гомілковостопних суглобах, субфебрильну лихоманку (до 37,4° С), світлобоязнь, загальну слабкість та втому. Понад 7 років пацієнтка спостерігалась ревматологом з приводу синдрому Шегрена середнього ступеню важкості та отримувала симптоматичне лікування (модифікація способу життя, штучна сльоза). Протягом минулого року вона стала відзначати оніміння та парестезії в нижніх кінцівках та обличчі, м'язову слабкість, зміну кольору повік, втому, підвищення температури тіла та світлобоязнь. Було встановлено діагноз дерматоміозит та призначена імуносупресивна терапія (метилпреднізолон 12 мг/добу, метотрексат 7,5 мг/тиждень). Протягом року стан був стабільним, симптоми не прогресували. За останній місяць самопочуття пацієнтки погіршилось, розвинулись прогресуюча задишка й сухий кашель. З сімейного анамнезу: мати страждала від болю в суглобах; не обстежена, діагноз не встановлений.

При об'єктивному огляді звертали на себе увагу еритема обличчя та шиї у вигляді "V-знаку", набряк повік, периорбітальна фіолетова еритема - геліотропний висип, набряк пальців рук, суха, жорстка шкіра з ознаками гіперкератозу та дрібними тріщинами - "рука Механіка", вогнищевого потовщення шкіри не виявлено. Слизові оболонки сухі, відзначались поодинокі ерозії. Язик сухий, яскраво-червоний із множинними тріщинами. Околовушні й підщелепні слинні залози були чутливими до пальпації, збільшені. В легенях при аускультатії бронхіальне дихання, в базальних відділах обох легень послаблене, вологі

дрібнопухирчасті хрипи. При аускультатії тони серця приглушені, дифузний систолічний шум II ступеня. Живіт брав активну участь під час дихання, при пальпації м'який безболісний, вісцеромегалія не виявлена. Суглоби не змінені, але пасивний й активний рух був безболісним. Периферичні м'язи атрофічні, щільні та болісні при пальпації, сила м'язів плечового пояса зменшена, дистальна сила м'язів рук збережена. Не стимульована сіалометрія за 15 хвилин дорівнювала < 1 мл.

Лабораторні та інструментальні дослідження виявили наступні зміни. Підвищення КФК 261 U/L, АлАТ 83 U/L, АсАТ 45 U/L, ЛДГ 296,53 U/L підтверджувало наявність міозиту. У ревматологічному профілі відзначалось збільшення ШОЕ до 35 мм/год, РФ 37,0 МО/мл та С-РП 7,6 мг/л. Імунологічний профіль представляв високий титр ANA 1:3200, анти-dsDNA IgG > 300 AI, anti-SS-A IgG > 8 AI, anti-SS-B IgG > 8 AI. Анти-SS-A IgG та anti-SS-B IgG підтвердили наявність синдрому Шегрена; анти-JO-1 IgG – антисинтетазний синдром; анти-dsDNA IgG асоціюється із системним червоним вовчаком, але може бути присутнім й при інших ревматичних захворюваннях. Також було виявлено субклінічний гіпотиреоз: ТТГ 13,38 μ U/mL, Т4 вільний 0,88 ng/dL, ТРО 37,7 IU/mL. Аутоімунний тиреоїдит є проявом загального аутоімунного стану, який можна спостерігати у пацієнтів з іншими аутоімунними захворюваннями. Ехокардіографія виявила гіпертрофію та розширення обох шлуночків, ознаки легеневої гіпертензії, перикардальний випіт до 7 мм. Слід зазначити, що легенева гіпертензія була діагностована вперше та її причина була недостатньо зрозуміла. З одного боку, анти-Jo-1 IgG асоційован з інтерстиціальною хворобою легень та легеневою гіпертензією. З іншого боку, пацієнти з дерматоміозитом схильні легеневої тромбоемболії. У пацієнтки виявлено підвищений D-дімер (8,1 мкФЕУ/мл) та при агіографії множинні сегментарні тромбоемболії гілок легеневої артерії. На підставі об'єктивного огляду та лабораторних даних, встановлено діагноз: «Anti-Jo-1-антисинтетазний синдром. Синдром Шегрена. Тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії. Легенева гіпертензія. Ексудативний перикардит. Аутоімунний тиреоїдит, гіпотиреоз». На жаль на теперішній час не існує єдиних рекомендацій щодо терапії антисинтетазного синдрому. В більшості досліджень пацієнтам рекомендують проводити симптоматичну та імуносупресивну терапію. В даному випадку назначено метилпреднізолон 64 мг/добу, мікофенолат мофетіл 500 мг/добу, еноксапарин 60 мг/добу, сілденафіл 5 мг 3 рази на добу, ділтіазем 90 мг 3 рази на добу. У даної групи пацієнтів прогноз залежить від ступеню ушкодження внутрішніх органів та розвитку ускладнень, які, в свою чергу, можуть бути контрольованими або погано піддаватися імуносупресивній терапії.

Даний клінічний випадок відображає перебіг антисинтетазного синдрому та труднощі в проведенні терапії через відсутність стандартів лікування й достовірних даних про ефективність препаратів.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ІЗ СИСТЕМНИМ ЧЕРВОНИМ ВОВЧАКОМ

Бессонова І.М.^{1,2}, Толмачова С.Р.^{1,2}, Серашова І.С.²

¹ ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м.Харків
Відділення кардіоревматології

² Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна
Медичний факультет, кафедра педіатрії

Системний червоний вовчак (СЧВ) — хронічне аутоімунне захворювання, що характеризується ураженням судин мікроциркуляторного русла, каскадом різноманітних

імунологічних реакцій, що призводять до розвитку клінічної картини з широким спектром проявів і уражень органів-мішеней та непередбачуваними періодами загострень і ремісій.

В зв'язку з успішним впровадженням сучасних, ефективніших методів лікування відбулися зміни в характері клінічної симптоматики різних органних проявів СЧВ, в тому числі серцево-судинної системи. Ураження перикарда, клапанного апарату, інфаркти міокарда та стенокардія зустрічаються значно рідше, порушення провідності, аритмії та зниження насосної функції серця спостерігають не більше, ніж в 10% випадків. Проте, смертність від серцево-судинних захворювань та їх розповсюдженість при СЧВ значно перевищує рівень в загальній популяції. Тому певну зацікавленість мало вивчення стану серцево-судинної системи при СЧВ в дитячому віці.

Мета. Визначити особливості змін морфо-функціональних параметрів серцево-судинної системи дітей та підлітків, хворих на СЧВ з урахуванням ступеня активності захворювання.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати динамічного спостереження 38 хворих на СЧВ віком 7-18 років. Середня тривалість захворювання на момент обстеження становила $(42,38 \pm 2,30)$ місяців. Серед пацієнтів переважали особи жіночої статі - 86,84%, чоловічої - склали всього 13,16%. Діагноз встановлено відповідно до класифікаційних критеріїв (SLICC, 2012) при наявності не менше 4 з 11 ознак. Функціональний стан серцево-судинної системи вивчався за допомогою електрокардіографії в стані спокою та ультразвукового доплерівського дослідження серця.

Результати. За даними ЕКГ скорочення інтервалу PQ зареєстровано в 5,26% пацієнтів лише при першому обстеженні. Порушення проведення імпульсу по правій ножці пучка Гіса мало місце у 34,21% осіб при першому дослідженні та в меншій кількості хворих при повторному — у 26,32%. Синусова аритмія виявлена в третини (36,84%) хворих при першому обстеженні та значно меншій кількості пацієнтів (18,42%) при другому ($p < 0,05$). Синусова тахі- та брадікардія відзначена у 13,16% та у 7,89% осіб відповідно при першому обстеженні та у 5,26% при повторному ($p > 0,05$).

Середні значення морфо-функціональних параметрів серця хворих на СЧВ знаходились в межах нормативних значень. Проте, виявлено достовірне збільшення розмірів правого шлуночка ($p < 0,05$), тенденція до збільшення розмірів лівого передсердя ($p < 0,1$) та лівого шлуночка під час діастоли (КДР) ($p < 0,1$), що є свідченням ремоделювання правого шлуночка серця та тенденції до формування діастолічної дисфункції лівого шлуночка. В динаміці спостереження відзначено збільшення ударного об'єму ($p < 0,05$) та хвилинного об'єму крові ($p = 0,05$), а також загального периферичного судинного опору ($p < 0,1$), що відображає тенденцію до формування нормокінетичного варіанту гемодинаміки замість гіпокінетичного при зменшенні активності хвороби на тлі адекватної терапії.

Ознаки структурної перебудови серця з розширенням порожнини правого шлуночка виявились максимальними в пацієнтів з високим ступенем активності хвороби ($p < 0,05$). Натомість, суттєве збільшення розмірів лівого передсердя та КДР відбувалось в хворих із різним ступенем активності хвороби ($p < 0,05$; $p < 0,01$), що дозволяє думати про формування діастолічної дисфункції серця на тлі тривалого збереження активності аутоімунного процесу.

Висновки. У дітей, хворих на СЧВ в динаміці спостереження виявлено залучення до патологічного процесу серцево-судинної системи у вигляді розширення правого шлуночка та ознак діастолічної дисфункції міокарда. Збереження активності захворювання сприяє розвитку вказаних порушень. Застосування агресивної терапії високими дозами гормонів і цитостатиків дозволяє попередити розвиток морфо-функціональних порушень та перебудову гемодинаміки в цілому.

ВПЛИВ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ Д НА МУКОЗАЛЬНИЙ ІМУНІТЕТ У ДІТЕЙ З НАЗОФАРИНГЕАЛЬНИМИ ПРОЯВАМИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Боярська Л.М., Гребенюк Л.В., Іванова К.О.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра дитячих хвороб

Питання позастравохідних проявів гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), зокрема її назофарингеальних проявів, остаточно не вирішене і широко обговорюється лікарями різних спеціальностей. Розвиток хронічного запалення лімфоглоткового кільця при ГЕРХ може бути пов'язаний з однієї сторони зі зниженим рівнем вітаміну D, як модулятора імунних реакцій, так і впливом рефлюктату на мікробіоценоз слизових оболонок. Зниження рівня вітаміну D призводить до зменшення експресії антимікробних пептидів, зокрема кателіцидинів та бета-дефензинів, що може бути додатковим фактором рецидивуючого перебігу захворювання.

Мета роботи. Визначення зв'язку між рівнями метаболітів вітаміну D та рівнями антимікробних пептидів, а саме α -дефензинів 1–3 та кателіцидину LL-37, у сироватці крові дітей з назофарингеальними проявами гастроезофагеальної рефлюксної хвороби.

Матеріали і методи дослідження: обстежено 88 дітей віком $4,6 \pm 0,14$ років. Пацієнтів розподілили на три групи: 1 група (основна) – 22 особи з ГЕРХ та хронічним тонзилітом (ХТ), 2 група – 22 особи з хронічним тонзилітом без ГЕРХ, 3 група – 22 дитини з ГЕРХ без ХТ. Групу контролю (4 група) склали 22 дитини без патології з боку шлунково-кишкового тракту та ЛОР органів. Серед дітей всіх груп, суттєвих гендерних відмінностей не було. Визначали рівні 25(OH)D₃, 1,25(OH)₂D, вітамін D зв'язуючого білка (ВДЗБ), α дефензинів 1–3 (Human Neutrophil Peptides 1–3, HNP 1–3) та кателіцидину LL-37 імуноферментним методом. Результати статистично опрацьовані з використанням програм Microsoft Office Excel і Statistica 13.

Результати дослідження. За попередніми дослідженнями визначено, що особливістю дітей з ГЕРХ з назофарингеальними проявами є наявність дефіциту вітаміну D у всіх дітей. Особливістю дітей з ГЕРХ з назофарингеальними проявами є достовірно низькі рівні антимікробних пептидів (α дефензини 1-3 $2474,08 \pm 180,4$ пг/мл та кателіцидини LL 37 $18,89 \pm 2,84$ нг/мл, $p < 0,05$) на тлі більш низьких показників 25(OH)D₃ ($13,05 \pm 0,55$ нг/мл, $p = 0,00001$). Ми визначили взаємозв'язки між рівнем метаболітів вітаміну D та рівнями антимікробних пептидів. Так, виявлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем 25(OH)D₃ та рівнем α дефензинів 1-3 ($p < 0,05$) та негативний взаємозв'язок між рівнем 1,25(OH)₂D та рівнем α дефензинів 1-3 ($p < 0,05$) у дітей з назофарингеальними проявами гастроезофагеальної рефлюксної хвороби. Чим нижчі рівень 25(OH)D₃ у дітей 1 групи тим нижче рівень α дефензинів 1-3. Це можна пояснити більш низькими рівнями 25(OH)D₃ у дітей даної групи на відміну від інших досліджуваних груп, що в свою чергу призводить до порушення продукції даного антимікробного пептиду. У дітей інших досліджуваних груп та групи контролю виявлені негативні ($p < 0,05$) взаємозв'язки між рівнями метаболітів вітаміну D (25(OH)D₃ та 1,25(OH)₂D) та рівнями α дефензинів ($p < 0,05$). Взаємозв'язку між рівнем ВДЗБ та рівнем α дефензинів по групах встановлено не було. Аналіз взаємозв'язку між рівнями метаболітів вітаміну D та вмістом антимікробного пептиду кателіцидину LL 37 у досліджуваних дітей виявив позитивний кореляційний зв'язок ($R = 0,68$, $p = 0,0005$) лише між рівнем 25(OH)D₃ та кателіцидином LL 37 у дітей 2 групи (з хронічною ЛОР патологією без ГЕРХ).

Таким чином, для дітей з назофарингеальними проявами ГЕРХ притаманні низькі рівні антимікробних пептидів на тлі більш низьких показників 25(OH)D₃ та виявлено, що чим нижче рівень 25(OH)D₃ у дітей, тим нижче рівень α дефензинів 1-3. Тобто, в умовах зниження рівня вітаміну D в сироватці крові повною мірою не відбувається активація адекватної імунної відповіді, що призводить до зниження запальної імунореактивності організму та є однією з причин більш важкого перебігу захворювання.

ОСОБЛИВОСТІ МУКОЗАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ З НАЗОФАРИНГЕАЛЬНИМИ ПРОЯВАМИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Боярська Л.М., Гребенюк Л.В., Іванова К.О.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра дитячих хвороб

Мета роботи. Визначення вмісту антимікробних пептидів, а саме α -дефензинів 1–3 та кателіцидину LL-37, у сироватці крові дітей з назофарингеальними проявами гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

Матеріали і методи дослідження: обстежено 88 дітей віком 4,6 \pm 0,14 років. Пацієнтів розподілили на три групи: 1 група (основна) – 22 особи з ГЕРХ та хронічним тонзилітом (ХТ), 2 група – 22 особи з хронічним тонзилітом без ГЕРХ, 3 група – 22 дитини з ГЕРХ без ХТ. Групу контролю (4 група) склали 22 дитини без патології з боку шлунково-кишкового тракту та ЛОР органів. Серед дітей всіх груп, суттєвих гендерних відмінностей не було. Визначали вміст α -дефензинів 1–3 (Human Neutrophil Peptides 1–3, HNP 1–3) та рівень кателіцидину LL-37 у плазмі крові методом імуноферментного аналізу. Результати статистично опрацьовані з використанням програм Microsoft Office Excel і Statistica 13.

Результати дослідження. За результатами проведеного дослідження вмісту α дефензинів у сироватці крові було встановлено, що показники досліджуваних груп достовірно відрізнялись від показників групи контролю ($p \leq 0,05$). Для дітей з назофарингеальними проявами ГЕРХ притаманні найнижчі показники (2474,08 \pm 180,4 пг/мл, $p \leq 0,05$) на відміну від інших груп та групи контролю ($p \leq 0,05$). У дітей 1 групи показники в 2 рази нижчі ніж у дітей з ГЕРХ без ЛОР патології (2474,08 \pm 180,4 пг/мл проти 5242,78 \pm 343,4 пг/мл, $p \leq 0,05$) та майже в 4 рази нижчі ніж у дітей з ЛОР патологією без ГЕРХ (2474,08 \pm 180,4 пг/мл проти 9769,66 \pm 828,01 пг/мл, $p \leq 0,05$). Відмічено, що найвищі показники реєструвались у дітей 2 групи, з ЛОР патологією без ГЕР (9769,66 \pm 828,01 пг/мл проти 3311,82 \pm 125,3 пг/мл $p \leq 0,05$ групи контролю). У дітей з ГЕРХ без назофарингеальних проявів (3 група) показники були достовірно вищими ніж у дітей групи контролю (5242,78 \pm 343,4 пг/мл проти 3311,82 \pm 125,3 пг/мл, $p \leq 0,05$).

Дослідження вмісту LL-37 в сироватці крові дітей, які перебували під спостереженням, показало його зниження у дітей з назофарингеальними проявами ГЕРХ (18,89 \pm 2,84 нг/мл проти 36,71 \pm 1,23 нг/мл групи контролю, $p < 0,05$). У дітей інших досліджуваних груп показники були вищими ніж у дітей групи контролю. При цьому найбільш високі значення LL-37 були встановлені у дітей з хронічною ЛОР патологією без ГЕРХ (65,32 \pm 1,72 нг/мл проти 36,71 \pm 1,23 нг/мл, $p < 0,05$).

Наступним етапом, в групі дітей з ГЕРХ з назофарингеальними проявами, визначили особливості мукозального імунітету в залежності від характеру рефлюксів. Рівні α дефензинів та кателіцидинів LL 37 в сироватці крові у дітей достовірно не відрізнялись в залежності від складу рефлюксату. Проте визначені кореляційні зв'язки між рівнями α дефензинів та

кількістю тривалих лужних рефлюксів ($R=0,45$, $p=0,03$), а також між рівнем кателіцидинів LL 37 та кількістю тривалих кислих рефлюксів ($R=-0,45$, $p=0,03$). У дітей з більшою кількістю лужних рефлюксів в сироватці крові реєструються більш високі рівні α дефензинів 1-3, а у дітей з більшою кількістю кислих рефлюксів в сироватці крові реєструються більш низькі рівні кателіцидинів LL 37.

Таким чином, особливістю дітей з ГЕРХ з назофарингеальними проявами є достовірно низькі рівні антимікробних пептидів, а у дітей з більшою кількістю кислих рефлюксів показники кателіцидинів LL 37 достовірно нижчі, що підтверджує вплив кислого ГЕР на розвиток хронічного запалення у рото глотці.

УРГЕНТНА БРОНХОСКОПІЯ У ДІТЕЙ ПРИ ПОЛІТРАВМІ

Бур'ян С.В., Кузьміна О.О.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра дитячої хірургії, ортопедії та травматології

Актуальність. Проаналізовано випадки ургентної ендоскопії та бронхоскопії у хворих з політравмою, що дає можливість розробки ефективних підходів до лікування дітей з політравмою.

Мета дослідження. Провести ретроспективний аналіз проведення ургентної ендоскопії за період - 5 років.

Матеріали та методи дослідження. Всього за останні 5 років було виконано 137 фіброронхоскопій (ФБС) у дітей з полі травмою: 39 - первинних, 98 - повторних. Загальна кількість дітей - 84, з них у віці до 7 років - 23 дитина, від 8 до 18 років - 61 дітей. Показаннями до екстреної бронхоскопії були невідкладні стани з гострою дихальною недостатністю.

Результати та їх обговорення. При бронхоскопії важливо уточнити основну причину обструкції бронхів та відновити їх прохідність для поліпшення легеневого газообміну. У хворих, що знаходяться на ШВЛ виконувалася ФБС через інтубаційну або трахеостомічну трубку. Адекватна оксигенація забезпечувалася безперервною вентиляцією через інтубаційну трубку. У хворих, які перебувають на самостійному диханні перевага віддавалася апаратно-масочному наркозу. Жорстка бронхоскопія виконувалася під загальним наркозом з обов'язковим використанням міорелаксантів короткої дії. Специфіка ендоскопічного дослідження у дитини визначається анатомічними особливостями органів дихання.

При пошкодженні легенів в поєднанні з кровотечею, бронхоскопія проводилася після виведення хворого з важкого стану. У перші години вживалися заходи для відновлення кардіо-респіраторної рівноваги. На тлі активної аспірації з плевральної порожнини бронхоскопія ставала менш небезпечним лікувальним заходом. При наявності геморагічних згустків санація проводилася розчином 5% амінокапронової кислоти. Звичайно достатньо одноразової санації для відновлення прохідності бронхів. Сучасне анестезіологічне обладнання дозволяє тривало застосовувати ШВЛ без розвитку обструкції бронхів, але специфіка хворих з грубими порушеннями стовбурових функцій (гіперпродукція слизового секрету, відсутність кашльового рефлексу, аспірація шлункового вмісту) призводить до виникнення ускладнень з боку органів дихання.

Висновок. Своєчасна бронхоскопія у дітей з політравмою призводить до зниження необхідності проведення повторних бронхоскопій. У дітей з політравмою відзначається

зниження запальних змін у бронхах при проведенні санаційних бронхоскопій у перші години або першу добу після травми.

ШЛЯХИ ВІДНОВЛЕННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРКИ ПРИ ЇЇ ПОДВОЄННІ

Вернігора Д.Г. Грицай Н.Ф.

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія», Україна

²КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня »ДОР», Україна

Вступ. Кількість дітей із патологією подвоєної нирки постійно зростає. Проведення перинатальної діагностики сприяє ранньому виявленню ускладнень та попередженню розвитку незворотніх змін в нирках.

Мета: обґрунтувати тактику ведення, метод лікування й визначити переваги застосування малоінвазивних методів в лікуванні дітей із подвоєною ниркою.

Матеріали та методи дослідження. Подвоєння нирок і сечоводів – найчастіша аномалія розвитку сечової системи, зустрічається у 1 на 150 – 160 новонароджених. Діти із повним подвоєнням нирок, при наявності інших захворювань (ектопія вустя сечоводу, рефлюкс, уретероцеле, мегауретер, обструкція мисково-сечовідного сегменту), потребують нагляду та своєчасного лікування. За даними різних авторів частота ектопії сечоводів зустрічається до 14% . Подвоєння нирки може сполучатися з уретероцеле (9-10%), міхуро-сечовідним рефлюксом (30-35%), аномаліями внутрішніх статевих органів до 60%. Частіше МСР спостерігається в нижню половину подвоєної нирки, рідше - через обидва вустя нирки.

Клінічні прояви цієї патології залежать від захворювання аномальної нирки. Найчастіші ускладнення - гідронефроз, пієлонефрит, сечокам'яна хвороба, ренальна гіпертензія.

Обстеження включає проведення ультразвукової діагностики (УЗД), екскреторної урографії та мікційної цистографії. В складних випадках - комп'ютерна томографія, ретроградна уретеропієлографія, цистоскопія.

Результати. В урологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні обстежено 119 хворих віком від 0 до 18 років із подвоєною ниркою. З них прооперовано 66 хворих. Вікова характеристика: до 1 року – 26 хворих; 1-3 роки – 24; 3-6 років – 9; старше 6 років – 7. У 23 дітей аномалія розвитку нирок виявлена внутрішньоутробно; решта надійшли в зв'язку із запаленням сечових шляхів; 2 дівчаток звернулись із скаргами на неутримання сечі - при обстеженні виявлено позаміхурову ектопію вустя сечоводу. Серед оперованих дітей: дівчата - 48 (73,4%); однобічне подвоєння у 56 хворих (85,6%). Проведена діагностика виявила у 39 дітей МСР, у 14 дітей - уретероцеле, стриктура сечоводу верхньої половини - 11; ектопія вустя сечоводу - 2. Одним із ускладнень став пієлонефроз.

Лікування дітей із подвоєною ниркою при визначенні порушень уродинаміки тільки хірургічне. Вибір способу оперативного втручання визначається ступенем ураження паренхіми нирки та супутньою аномалією сечоводів. Порушення уродинаміки в пієлоуретеральному сегменті примусило нас виконати 14 дітям раннього віку резекцію мисково-сечовідного сегменту з накладанням пієлоуретероанастомозу, а другій частині – уретеро-уретероанастомозу та видалення зміненого сечоводу.

При наявності МСР важливим є визначення вірної тактики лікування. Застосування протизапальної та стимулюючої терапії при МСР I-III ступеню дозволило отримати позитивні результати у 25% випадків. Ефективність ендоскопічного методу лікування вище, але при тяжких ступенях МСР тільки відкрите оперативне втручання дає позитивний

результат. В нашій клініці 34 дітям з МСР виконана ендоскопічна пластика уретровезікального сегменту. У 4-х дітей, у зв'язку з неефективністю багаторазового ендоскопічного методу лікування, проведена нецистуретеронеостомія за Політан-Леадбетером єдиним блоком. Хворим із ускладненням каменеутворенням в інтрамуральному відділі подвоєного (fissus) сечоводу проведене видалення каменю та нецистуретеронеостомія за Коеном єдиним блоком. Тактика ведення хворих за наявності уретероцеле неоднозначна.

Нами, на першому етапі, було застосовано ендоскопічне розсічення уретероцеле 12 дітям, 2 дітям проведена цистостомія, інтраопераційне висічення уретероцеле. Хворим в подальшому виконані корегуючі операції.

Висновки. При лікуванні патології подвоєної нирки та сечоводів виконують ряд багатоетапних операцій, спрямованих на відновлення уродинаміки та запобіганню ускладненням. Правильно вибрана тактика лікування зменшила кількість гемі- й нефруретеректомій і сприяла відновленню морфофункціонального стану нирки.

ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Герасимова О.М., Савво В.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Кафедра педіатрії

Мета роботи – встановити порушення серцевого ритму та провідності у дітей із проявами системної дисплазії сполучної тканини.

Під нашим спостереженням знаходились 32 дитини у віці 14-17 років (54% - хлопчики та 46% дівчатка) із різними проявами системної дисплазії сполучної тканини, серед яких були діти із диспластичною кардіоміопатією. Всім дітям проводилось клініко-анамнестичне обстеження, електрокардіографія, добове моніторування електрокардіограми, ехокардіографія, фіброгастродуоденоскопія, ехосонографія.

Результати дослідження. Зовнішні фенотипові прояви синдрому сполучної тканинної дисплазії (СТД) встановлені у 35% обстежених: з боку опорно-рухового апарату (сколіоз, деформації грудної клітки, гіпермобільний синдром), з боку шлунково-кишкового апарату (гастроезофагеальна хвороба, дискінезія жовчовивідних шляхів). Також були встановлені диспластичні прояви серцево-судинної системи (пролапс мітрального клапана I-II ступеня, пролапс трикуспідального клапана, аберрантні хорди шлуночків та їх сполучення). При аналізі функціонального стану серцево-судинної системи (ССС) встановлено такі порушення серцевого ритму та провідності: синусова тахікардія – у 18%, синусова брадикардія – у 8,0% хворих. Найбільш розповсюджені ектопічні ритми: міграція водія ритму по передсердям (5%) – частіше у нічний час. У частини дітей зафіксовано суправентрикулярну екстрасистолію (3%), шлуночкову екстрасистолію (2%). Серед порушень провідності – синоатріальна блокада II ступеня, епізоди атріовентрикулярної блокади I ступеня. У всіх пацієнтів мали місце вегетативні розлади.

Таким чином, порушення серцевого ритму та провідності у дітей асоціюються із синдромом СТД та вегетативної дисфункції, і мають обтяжену спадковість по захворюванням ССС та органів шлунково-кишкового тракту.

УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ДІТЕЙ

Головченко Ю.С., Залізник А.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР»

Введення. Проблема своєчасної діагностики гострої патології органів черевної порожнини зберігає актуальність в сучасній дитячій хірургії. Однак клінічна діагностика у дітей ускладнюється невідповідністю термінів захворювання, топічної маніфестації больового синдрому та локалізації патологічного процесу. При гострих захворюваннях черевної порожнини насамперед рекомендовано виконання ультразвукового дослідження (УЗД).

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз ультразвукового дослідження 32 пацієнтів у віці від 1 року до 17 років, госпіталізованих в ургентному порядку в хірургічне відділення і у відділення анестезіології та інтенсивної терапії КП «ДОДКБ» ОДА »за період 2007-2014 роки.

Результати та їх обговорення. Формування апендикулярного абсцесу проходить фазу запального інфільтрату. На цьому етапі виявляється ущільнення тканин черевної порожнини. Великі інфільтрати зміщують і деформують сусідні органи. Після 3-4 діб хвороби частіше визначалася неоднорідна структура інфільтрату з рідкісним компонентом, як ознака початку абсцедування інфільтрату. Залучення кишкових петель в інфільтрат мало місце вже після 2 доби хвороби, в ці ж терміни візуалізувалася вільна рідина навколо інфільтрату і міжпетельових, в малому тазу вона накопичувалася на 3 добу хвороби.

Недренований абсцес у 18 випадках виглядав у вигляді однорідного безструктурного затемнення з нечіткими обрисами. Формуючийся абсцес іноді містить повітря у вигляді однієї великої порожнини або безлічі дрібних повітряних бульбашок. У запущених випадках, коли формується абсцес або відбувається його прорив у вільну черевну порожнину, розвивається розлитий перитоніт, що спостерігали у 9 пацієнтів.

УЗ ознаки розлитого апендикулярного перитоніту характеризувалися значним скупченням вільної рідини в малому тазу, в бічних каналах і в міжпетельових просторах, а також в підпечінковому і піддіафрагмальних просторах. УЗД найбільш інформативний метод визначення вільної рідини в черевній порожнині. Навіть значний метеоризм не робить в цьому випадку негативного впливу на результати дослідження, проте огляд в такому положенні не допустимо у хворих у важкому стані. Особливо слід відзначити на дослідження у дівчат пре- та пубертатного періоду, коли незначне (2-5 мл) кількість рідини в прямокишково-матковому просторі є абсолютною нормою для періоду овуляції. Застосування ультразвукової діагностики при обмеженому і розлитому перитоніті у дітей крім підтвердження діагнозу дозволяє визначити вираженість запальних змін з боку інших органів черевної порожнини і заочеревинного простору. При розвитку гнійного процесу в черевній порожнині або в заочеревинному просторі часто спостерігаються супутні зміни в грудній порожнині. Характерним є високе стояння і обмеження рухливості купола діафрагми. В базальних відділах легень часто з'являються ателектази і розвивається пневмонія.

Висновок. Таким чином, УЗД дослідження відіграє важливу роль у діагностиці апендикулярного інфільтрату і абсцесу і повинно застосовуватися в можливо ранні терміни від початку появи перших клінічних ознак. УЗ картина залежить від локалізації вогнища ураження, стадії та поширеності патологічного процесу, залучення сусідніх органів, розвитку

супутніх ускладнень, порушення кровообігу. Все це обумовлює характер клінічних проявів, тяжкість стану хворого, що відповідає певній УЗ картині. Знання можливостей УЗ методів і раціональне їх застосування в багатьох випадках вирішує питання вибору оптимальних методів лікування і визначає результат хвороби.

НЕОНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Дейніченко О.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра акушерства та гінекології

Хронічна артеріальна гіпертензія (ХАГ) є важливою медико-соціальною проблемою. Вагітність на тлі ХАГ пов'язана з високою частотою несприятливих акушерських і перинатальних показників у порівнянні із загальною популяцією.

Мета. Основною метою нашого дослідження було вивчення неонатальних наслідків дітей які народилися від жінок з хронічною гіпертонією.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 157 історій вагітностей та пологів пацієнок із хронічною артеріальною гіпертензією, які знаходилися на лікуванні у Запорізькому обласному перинатальному центрі у 2017-2018 рр. Виконаю дослідження типу «випадок-контроль». Критерії включення у дослідження: вагітність, наявність хронічної артеріальної гіпертензії (ХАГ) 1-2 стадій. Критерії виключення із дослідження: ХАГ 3 стадії, цукровий діабет, багатоплідна вагітність, хромосомні та генетичні порушення, тромбофілії, перинатальні інфекції, системні хвороби сполучної тканини. Жінки спостерігалися у термінах 26-36 тижнів вагітності. Вагітних жінок розподілили на 3 групи. До 1 групи увійшло 50 вагітних із хронічною артеріальною гіпертензією I-ого ступенів. До 2-ої групи увійшло 67 жінки із діагностованою хронічною артеріальною гіпертензією II ступеню. До 3-ої групи увійшло 40 вагітних з фізіологічною вагітністю. ХАГ діагностували згідно діючих клінічних протоколів. Лікували вагітних відповідно до діючих клінічних протоколів. Статистичний аналіз виконували із Використання програми «STATISTICA® for Windows 6.0» (Stat Soft Inc., № AXXR712D833214FAN5). Статистичний значимість відмінностей між групами за якісними показниками визначали за допомогою точного критерію Фішера, за кількісними – за допомогою Т-критерію Стьюдента.

Результати та їх обговорення. Серед супутніх захворювань у вагітних визначали: преєклампсія (46 жінок); ожиріння (29 пацієнок); варикозна хвороба (14 пацієнок); патологія сечовидільної системи (4 випадки), патологія щитоподібної залози (11 випадків), анемія вагітних (19 випадків), хронічний вірусний гепатит С (3 випадки), патологія нервової системи (2 випадки), патологія серцево-судинної системи (1 випадок). Статистично значимих відмінностей між групами пацієнок за структурою супутніх захворювань не було виявлено, $p > 0,05$.

Затримка росту плода біла діагностована у 1,8% пацієнтів I групи та у 19,6% пацієнтів II групи, в III групі затримки росту плодів не спостерігалось. Гіпотермія спостерігалася у 14,8% пацієнтів II групи, тоді як у пацієнтів в групі I (12,0%) була гіпоглікемія, в III групі 1,16% гіпоглікемії. Перебування в стаціонарі у хворих II групи перевищувало 5 днів (31,6%), а у пацієнтів I групи (15,8%). Проблеми з грудним вигодовуванням були виявлені у 32,9% пацієнтів в групі II, у 18,2% дітей в I групі, і у дітей III групі 2%. В цьому випадку гіпокальціємія і інфекції мали однакові показники в I та II групах.

Висновок. Аналіз анамнестичних і стандартних клініко-інструментальних показників дозволив виявити наступні ускладнення вагітності у жінок з хронічною артеріальною гіпертензією I і II ступеня: затримка росту, гіпотермія, гіпоглікемія, наявність труднощів при годуванні груддю, гіпокальціємія і інфекції. Визначення стандартних схем лікування хронічної гіпертонії у вагітних не впливало на розвиток затримки росту плода і виникнення подальших ускладнень. У зв'язку з цим найважливішим є оптимізація антенатального спостереження у пацієнток з ХАГ з метою прогнозування та раннього виявлення виникаючих ускладнень вагітності. Крім того, необхідна стратегія ефективної антигіпертензивної терапії вагітних з ХАГ для поліпшення результатів вагітності у матері, плода та новонародженого.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ МОНІТОРИНГУ БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ МОЗКУ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ

Закревський А.М.¹, Каук О.І.², Закревський К.А.²

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра неонатології

² Харківський національний медичний університет
Кафедра неврології № 2

Щороку в Україні народжується понад 17 тисяч дітей під час передчасних пологів. Неспецифічність клінічної симптоматики з боку центральної нервової системи (ЦНС) в ранньому неонатальному періоді не дозволяє надійно оцінити функціональний стан ЦНС, особливо у пацієнтів відділень реанімації та інтенсивної терапії. Серед дітей, які народились на 26-30 тижні вагітності, однією з частих проблем зустрічається порушення формування центру слуху, що в подальшому призводить до виникнення туговухості різного ступеня.

Мета роботи: вдосконалення ранньої діагностики та прогнозу ураження нервової системи у недоношених новонароджених.

Матеріали і методи. Аудіологічний скринінг у новонароджених проводився за допомогою приладу «ОтоРід» Данія. Діти з результатом «тест не пройдений» виокремлювались в групу пацієнтів для виключення патології зовнішнього та середнього вуха ЛОР-лікарем з проведенням поглибленого аудіологічного обстеження (основна група). Проведений аналіз 26 недоношених новонароджених (гестаційний вік 28-32 тиж.) основної групи виявив, що всі обстежені діти мали 2 і більше факторів ризику з розвитку глухоти і приглухуватості, до яких належали несприятливий перебіг вагітності, патологічні пологи, різна патологія періоду новонародженості, обтяжена спадковість (загроза народження дитини з приглухуватістю при захворюванні органу слуху одного з батьків складає 50%).

Усім дітям проведена комплексне неврологічне обстеження з визначенням ступеню тяжкості ураження ЦНС. Ультразвукова діагностика внутрішньочерепних ушкоджень проводилась апаратом IOGIQ-е, лінійним (12L 5-12 МГц) та мікроконвексним (8С 4-10МГц) датчиками, також зроблено МРТ 22 дітям. Дослідження біоелектричної активності головного мозку проводилося на телеметричному електроенцефалографі "ExpertTM Video" «Компанія Tredex». За допомогою відео-ЕЕГ моніторингу визначався загальний патерн ЕЕГ по стиснутому спектральному масиву всіх каналів, співвідношення ритмів, топографія розподілу і ступеня асиметрії основних частотних діапазонів біоелектричної активності, наявність патологічних патернів фонові активності, їх локалізація і регулярність, амплітудно-частотні характеристики. Контрольну групу зіставили 18 недоношених

новонароджених з результатом аудіологічного скринінгу "тест пройдено". Всі діти контрольної групи мали не більше 2 факторів ризику з розвитку глухоти і приглухуватості.

Результати та їх обговорення. Проведений катамнетичний аналіз 14 дітей основної групи показав що провідну роль в структурі захворюваності їх займали важкі форми гіпоксичного ураження ЦНС - 13 дітей (93±7%) (внутрішньошлуночковий крововилив 2-3 ст., набряк мозку, перивентрикулярна ішемія 2-3 ст., перивентрикулярна лейкомаляція), внутрішньоутробні інфекції - 9 дітей (64±13%) (сепсис, пневмонії), а також бронхолегенева дисплазія - 2 дитини (14±10%). В структурі захворюваності дітей контрольної групи гіпоксичне ураження ЦНС зустрічалось у 16 дітей (89±8%) (внутрішньошлуночковий крововилив 2-3 ст., набряк мозку, перивентрикулярна ішемія 2-3 ст., перивентрикулярна лейкомаляція), внутрішньоутробні інфекції у 10 дітей (56±12%) (сепсис, пневмонії), а також бронхолегенева дисплазія у 1 дитини (6±6%). Відомо, що особливостями недоношених дітей є неврологічні та обмінно- метаболічні порушення на тлі незрілості взагалі ЦНС і, зокрема, сенсорної частини слухового аналізатора.

Проаналізовані результати ЕЕГ виявили, що у недоношених новонароджених до 32 тижнів гестаційного віку біоелектрична активність головного мозку на ЕЕГ була представлена нерегулярної, переривчастою активністю, без явних градацій фізіологічних стадій циклу сон/пильнування. У недоношених новонароджених з терміном гестації до 30 тижнів практично неможливо було виділити фізіологічні стадії циклу сон/пильнування. Крім того, морфо-функціональне дозрівання головного мозку характеризувалось наявністю транзиторних електрографічних елементів, характерних для ЕЕГ фетального мозку.

В основній групі дітей в порівнянні з контрольною групою на ЕЕГ достовірно частіше ($p < 0,05$) відзначалися такі патерни, як пароксизмальна активність у вигляді «дельта-щіток» 64±13% і 44±12% відповідно, недиференційована ЕЕГ з депресією ритму нижче 5 мкВ 36±13% і 11±8% відповідно. Такі ЕЕГ- зміни характеризували важкі гіпоксично-ішемічні, гіпоксично-геморагічні, метаболічні та інфекційні ураження головного мозку.

Фонова активність змішаної частоти з перевагою дельта ритму, нерегулярний, переривчастий характер, періоди зниження амплітуди ЕЕГ tracé discontinu, міжпівкульова асинхронія більш 20%, фронтальні гострі хвилі, «бета-щітки» у скронево-потиличних відведеннях та спорадичні гострі хвилі реєструвалися в обох групах майже з однаковою частотою ($p > 0,05$).

Таким чином, у недоношених новонароджених з негативним результатом аудіологічного скринінгу спостерігалися ЕЕГ патерни як відповідні терміну гестації, так і ті, що характеризують важкі функціональні порушення головного мозку, зумовлені гіпоксичними ураженнями, метаболічними порушеннями, вродженими аномаліями.

Отже, ЕЕГ патерни можуть використовуватись як важливий додатковий маркер тяжкості ураження ЦНС у недоношених дітей.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ГЕМОРАГІЧНОГО ВАСКУЛІТУ У ДІТЕЙ

Кваченюк О.Г., Охотнікова О.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Кафедра педіатрії №1

Мета дослідження. Дослідити особливості перебігу та динаміку частоти геморагічного васкуліту (ГВ) у дітей за даними соматичних відділень Національної дитячої спеціалізованої лікарні (НДСЛ) «ОХМАТДИТ» (м. Київ) за період з 1998 по 2018 рр.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз особливостей анамнезу, клініко-лабораторних характеристик і динаміки частоти ГВ за даними карт стаціонарного хворого 272 дітей у віці від 0 до 18 років, що проходили стаціонарне лікування у НДСЛ «ОХМАТДИТ».

Отримані результати. Встановлено, що частота госпіталізації дітей з ГВ у соматичні відділення була нерівномірною за роками та мала тенденцію до зниження з 2007 по 2010 роки. З 2010 року відмічається підвищення частоти госпіталізації дітей, особливо за рахунок молодших вікових груп.

При аналізі вікового складу встановлено, що частіше хворіли діти у віці 4–7 років (44,4%) і діти до 3 років (23,5%), рідше були госпіталізовані діти 8–11 років (17,3%) і старше 12 років (14,8%). Близько 49,4% дітей хворіли на ГВ у віці до 5 років.

Відмінності за статевою ознакою були наступні: хлопчики склали 54,3% від загальної кількості хворих з ГВ, дівчата – 45,7%. Також було виявлено, що 85,2% госпіталізованих дітей проживали у містах.

Найчастіше госпіталізація дітей з ГВ спостерігалася у весняний період (35,8%). Порівняно рідше надходження до стаціонару відзначалося влітку (14,8%). Найвищі показники госпіталізації дітей з первинними проявами ГВ спостерігалися з листопада по травень (67,9%).

Аналіз факторів, що сприяли розвитку хвороби, показав, що частіше дебюту ГВ передували вірусно-бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (39,5%). 17,3% дітей мали напередодні або на момент дебюту захворювання бактеріальну інфекцію (стрептодермію, гострий отит, інфекцію сечовивідних шляхів.). У 4,9% пацієнтів на момент госпіталізації було діагностовано паразитарну інфекцію (лямбліоз, глистяну інвазію). У 12,3% дітей розвиток захворювання було пов'язано із вживанням у їжу харчових алергенів (шоколаду, цитрусових, червоного болгарського перця, яйця). 7,4% дітей напередодні появи клінічних ознак ГВ мали інші впливи (оперативні втручання, травми, тривалу інсоляцію). В анамнезі 18,6% дітей не вдалося встановити причину захворювання.

Індивідуальний алергологічний анамнез більше ніж у третини дітей (33,3%) був обтяженим до дебюту ГВ: 14,8% мали прояви харчової алергії, у 11,1% був встановлений діагноз «бронхіальна астма», «алергічний риніт» і «атопічний дерматит», у 7,4% відзначалася медикаментозна алергія.

Аналіз клінічної картини показав, що висип мав васкулітно-пурпурний характер і був присутнім у клінічній картині у 100% випадків. Суглобовий синдром був відзначений у 71,6% дітей і проявлявся або одночасно з геморагічним висипом, або передував їй. Абдомінальний синдром спостерігався у 66,6%, з яких у 2,5% випадків було діагностовано тонко-товстокишкову інвагінацію. Нирковий синдром було відзначено у 22% дітей.

У більшості дітей (75,8%) клінічні прояви геморагічного васкуліту були середнього ступеню тяжкості. У 15,2% хворих ГВ мав тяжкий хвилеподібний перебіг із стійкими проявами ураження шкіри, наявністю некротичних елементів, вираженим абдомінальним синдромом, розвитком нефриту. У 9% захворювання мало легкий перебіг з виключно шкірним синдромом.

ГВ частіше дебютував шкірним синдромом (48,1%), суглобовим – у 30,9% випадків, абдомінальний синдром зустрічався у 17,2% дітей. Неспецифічні ознаки (лихоманка, загальне нездужання) спостерігалися у 3,8% хворих.

При аналізі результатів лабораторних методів дослідження було встановлено, що у загальному аналізі крові у 52% відзначався помірний лейкоцитоз, а також прискорена

швидкість осідання еритроцитів у 83% пацієнтів. У 9% дітей спостерігався тромбоцитоз. Підвищення рівня імуноглобуліну А (IgA) відзначалося у 46% хворих.

У 34,6% дітей виявлено зміни показника активованого часткового тромбопластинового часу (АЧТЧ) у бік вкорочення, що свідчило про процеси гіперкоагуляції в системі гемостазу.

При дослідженні показників копрограми у 12,6% пацієнтів відзначалася кров у калі.

У 45,7% дітей з ГВ було проведено фіброезофагогастроуденоскопію (ФЕГДС). Візуальні особливості слизової оболонки органів травлення обстежених дітей були наступними: гіперемія слизової оболонки стравоходу спостерігалася у 16,2% хворих, поодинокі виразки препілоричного відділу - у 5,4% хворих, у 18,9% випадків відзначався рефлюкс-езофагіт. Слизова оболонка шлунка характеризувалася гіперемією у 21,6% хворих та ерозивно-геморагічними змінами у 16,2% випадків. У дванадцятипалій кишці гіперемія слизової оболонки спостерігалася у 37,8%, ерозивно-геморагічні зміни було відзначено у 18,9% та виразкові зміни – у 12, 5% обстежених хворих.

Висновки. Протягом останнього десятиліття спостерігається тенденція до збільшення частоти госпіталізації хворих з ГВ, особливо за рахунок молодших вікових груп. Захворювання характеризується більш тяжким, рецидивним перебігом, зміною клінічних варіантів із збільшенням питомої ваги хворих з ураженням всіх відділів шлунково-кишкового тракту та ураженням нирок. Крім того, відзначається тенденція до підвищення частоти розвитку ГВ у дітей з обтяженим алергологічним анамнезом. У зв'язку із цим, вивчення особливостей перебігу та лікування геморагічного васкуліту у дітей на сучасному етапі набуває особливої значущості.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АНЦА- ВАСКУЛІТУ У ПАЦІЄНТА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

Козачук М.А., Шпірко Д.Д.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра педіатрії 2

Вступ. Системний васкуліт з антинеітрофільними цитоплазматичними антитілами (АНЦА) представляє собою некротизуючий васкуліт з переважним ураженням дрібних судин та включає у себе 3 підтипи: мікроскопічний поліангіїт, гранулематозний поліангіїт та еозинофільний гранулематоз із поліангіїтом. АНЦА-васкуліт є дуже рідкою патологією. Поширеність захворювання на мільйон дітей за рік складає: у Франції–0,45, у Швеції–1,4; найпоширенішою хвороба є у Канаді–6,39. Даних про поєднання АНЦА-васкуліту з цукровим діабетом (ЦД) 1 типу у дітей у доступній нам літературі ми не зустріли.

Клінічний випадок. Пацієнт К., 13 років, поступив до кардіоревматологічного відділення 02.09.19 зі скаргами на біль в області стоп, лівого ліктьового суглобу протягом тижня, порушення ходи, висип на верхніх та нижніх кінцівках, загальну слабкість. Вважав себе хворим з травня 2019 р., коли вперше з'явився висип на гомілкях, що минув самостійно. Теперішнє погіршення стану з 25.08.19. З анамнезу відомо, що з 2007 р. дитина хворіє на ЦД 1 типу з субоптимальним глікемічним профілем.

На момент госпіталізації стан дитини середнього ступеня тяжкості, спостерігається геморагічний висип на нижніх кінцівках (стопа та гомілки) та верхніх (ліктьові суглоби); набряк, болісність при пальпації та обмеження рухів у колінних, гомілкових та лівому ліктьовому суглобах.

Через тиждень у хлопчика narosли явища суглобового (поліартрит з кровопідтікам) та шкірного (васкулітно-пурпурна висипка та ангіоневротичний набряк) синдромів, з'явився абдомінальний синдром з ураженням слизових оболонок (ерозії на губах та слизовій ротової порожнини) та дефіцитна анемія 2 ступеня.

У ході діагностичного пошуку було проведено широкий спектр досліджень:

1. Загальний аналіз крові (ЗАК): гемоглобін–77г/л, еритроцити– $3,22 \times 10^{12}$, лейкоцити– $15,9 \times 10^9$ без суттєвих змін в лейкоцитарній формулі.
2. Загальний аналіз сечі (ЗАС): питома вага–1,020, лейкоцити–1-2-4, еритроцити- 7-8, білок не виявлений.
3. Біохімічні дослідження: загальний білок–68г/л, альбуміни–37г/л, білірубін загальний–23,6мкмоль/л, АлАТ–13Од/л, АсАТa–14Од/л, лужна фосфатаза–174Од/л, глюкоза–22ммоль/л, калій–3,8ммоль/л, натрій–137ммоль/л, кальцій–2,6ммоль/л, хлор–102ммоль/л, сечовина–8,5ммоль/л, креатинін–72мкмоль/л, азот сечовини–4,2ммоль/л, ШКФ–80мкмоль/л.
4. Коагулограма: протромбіновий індекс(ПТИ)–85%, міжнародне нормалізоване відношення–1,11, активований частковий тромбoplastиновий час–22с, тромбіновий час–18с, фібриноген–4,4г/л, розчинні фібрин-мономерні комплекси–3 мг%, час згортання–4`10``, тривалість кровотечі –50``.
5. Імуногістохімія: імуноглобуліни А–4,15г/л; імуноглобуліни М–2,27г/л; імуноглобуліни G–12,4г/л; циркулюючі імунні комплекси–101од.опт.густ.; активність компліменту (СН-50)–45ГЕ; гетерофільні антитіла–не виявлені; С-реактивний білок<6; ревматоїдний фактор<12; антистрептолізин-О<200; антинуклеарні антитіла–негативні; кальпротектин–4,68мкг/г.
6. Фіброгастроуденоскопія: діагностовано виразку цибулини дванадцятипалої кишки (ДПК), що кровоточить.
7. Рентген органів грудної клітки: визначаються широкі зони затемнення в обох легенях. Судинний малюнок та корені легень не диференціюється. Серце– розширені ліві відділи.
8. Ультразвукові дослідження серця, органів черевної порожнини та нирок, електрокардіографія суттєвих відхилень від нормативних не виявили.

Під час перебування дитини у стаціонарі спостерігались зміни у ЗАК (наростання лейкоцитозу, нейтрофілоз, зниження рівню еритроцитів та гемоглобіну), ЗАС (протеїнурія максимально до 0,310г/л), коагулограмі (коливання ПТИ), нестабільність глікемічного профілю (3,1ммоль/л -22ммоль/л).

На підставі вищеперерахованих скарг та даних клінічного обстеження у дитини були запідозрені ряд нозологій, які мають схожі прояви, а саме: реактивний артрит, системний червоний вовчак, вузликовий періартеріт, синдром Гудпасчера. Але поява нових симптомів та відсутність лабораторно-інструментального підтвердження змусило розширити діагностичний пошук. У зв'язку з цим дитині було призначено аналіз на маркери ANCA-васкуліту: антитіла к МРО<0,1 та антитіла к PR3 12,7 (N<1), що дозволило виставити остаточний діагноз: системний васкуліт, ANCA-асоційований. ЦД 1 типу.

За час перебування дитини у клініці, було встановлено наступні ускладнення васкуліту: геморагічний альвеоліт, суха гангрена пальців нижніх кінцівок, кровоточаща виразки цибулини ДПК.

Лікування даного пацієнта включало в себе отримання терапевтичних доз ГКС, проведення 4 курсів пульс-терапії ГКС та циклофосфаміду, 5 сеансів плазмаферезу, призначення антикоагулянтів (фраксипарін, варфарин, гепарин), симптоматичної терапії,

спрямованої на поліпшення мікроциркуляції, корекцію глікемії, анемії та ферментативної недостатності.

На фоні проведеної терапії хвороба контролюється, залишається геморагічний висип на гомілках обох кінцівок, нових елементів висипу немає, на місці старих формується суха гангрена, зміни з боку легень майже ліквідовані.

Висновки. Представлене клінічне спостереження демонструє складність постановки діагнозу ANCA-асоційований васкуліт, головним чином, у зв'язку з рідкістю даної патології в Україні, різноманітністю клінічної картини та маскуванням дебюту хвороби за іншими нозологіями. У даної дитини діагноз був встановлений лише після виключення ряду системних захворювань сполучної тканини, а перебіг, лікування та прогноз ускладнюються через супутній ЦД.

ЧАСТОТА СУДОМНОГО СИНДРОМУ ПРИ ГІПОКСИЧНОМУ УРАЖЕННІ ЦНС У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З НИЗЬКОЮ ТА ЕКСТРЕМАЛЬНО НИЗЬКОЮ МАСОЮ ТІЛА

Колісник А.М.¹, Стародуб А.С.²

¹Харківський національний медичний університет

Кафедра дитячої хірургії та дитячої анестезіології

²Харківська медична академія післядипломної освіти

Кафедра педіатрії

Актуальність: За даними статистики недоношені діти складають 4 - 12% всіх новонароджених, на Україні - близько 5%. Недоношеність є однією з важливих проблем охорони здоров'я в усьому світі. Гіпоксичне ураження ЦНС в недоношених новонароджених є найбільш поширеною причиною судом в неонатальному періоді.

Мета: Вивчити частоту з якою зустрічається судомний синдром у недоношених новонароджених з дуже низькою і екстремально низькою масою тіла у неонатальному періоді.

Матеріали та методи: Досліджені 30 історій хвороб недоношених новонароджених із дуже низькою та екстремальною низькою масою тіла (нижче 1000г) з гіпоксичним ураженням ЦНС, з них 20 дітей із тяжким ураженням (основна група), 5 новонароджених середніх степенів тяжкості, третя група 5 новонароджених легкої степені тяжкості. Статистична обробка проводилася із застосуванням «Statistica» для Windows. Відмінності вважали значимими при 0,05.

Результати: Судомний синдром у недоношених новонароджених з тяжким ступенем гіпоксичної енцефалопатії у першу добу життя відмічено у 8 дітей. У 45% випадків (n=9) було зафіксовано в основній групі, де він зареєстрований у 4 рази частіше, ніж у дітей порівнювальної групи. На 7-му добу життя судомний синдром почастішав у 1,2 рази у недоношених дітей з тяжким пошкодженням в ЦНС (n=19), а в групі із середнім ступенем тяжкості кількість склала 4 дитини. У віці трьох тижнів життя у недоношених новонароджених з тяжкою гіпоксичною енцефалопатією частота судомного синдрому виросла в 2,3 рази у порівнянні з першими сутками життя і в 1,4 рази за порівняння з сьомим днем життя. Протягом всього лише неонатального періоду зберігалась вища поширеність судомного синдрому в групі глибоконедоношених новонароджених ніж в порівняльній групі (69%, p<0,01). У недоношених дітей середнього ступеня тяжкості ураження ЦНС кількість дітей із судомними синдромами до кінця першого місяця за порівнянням з 7-м днем життя не змінилось. У групі недоношених новонароджених із тяжким гіпоксичним ураженням ЦНС найбільше часто було зареєстровано парціальні судом (52,5%). У даній групі включені

судоми м'якої мускулатури, стереотипні тонічні відкривання рота, тремор кінцівок. Другими найчастіше в даній групі дітей були тонічні судороги (29,5%). На кінці раннього неонатального періоду (8 доба життя) структура судомного синдрому не змінилася. Парціальні судоми у 52,2% випадків відмічають основну групу спостереження ($p < 0,01$). У дітей I і II групи порівняння зареєстрували тонічні судоми. На 7-му добу життя відсоткове співвідношення між різними видами судом істотно не змінюється. В віці одного місяця достовірно збільшується число дітей з клонікотонічними судоми (43%; $p < 0,01$). Кількість дітей, перелічених парціальних і клонічних судом, змінюється до 37% і 21% відповідно.

У групі недоношених новонароджених середніх степенів тяжкості гіпоксичного ураження ЦНС найчастіше реєстрували тонічні судоми (72% на 7-му добу життя). Впродовж всього неонатального періоду парціальних судом у даній групі дітей зареєстровано не було. В третій групі – судом не спостерігалось за весь період обстеження.

Висновок: Для глибоконедошених новонароджених в неонатальному періоді характерно наявність парціальних судом, які можуть засвідчити про тяжку ступінь ураження центральної нервової системи і зв'язані із неможливістю мозку дітей визначеної групи адекватно відповісти на патологічне вплив через структурно-функціональні незрілості центральної системи.

ПІДГОТОВКА ТА ВЕДЕННЯ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ З ТИМОМЕГАЛІЄЮ

Кузьменко А.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

Актуальність: Діти з вродженими незрошеннями верхньої губи та піднебіння (ВНГП) мають найбільшу кількість вроджених та набутих захворювань, які впливають на перебіг післяопераційного періоду. Серед них - тимомегалія, яка зустрічається у 30-50% дітей раннього віку.

Мета: вивчити поширеність тимомегалії у дітей з ВНГП та визначити оптимальну передопераційну підготовку до хейло- та велоластики.

Матеріали та методи: Проведений ретроспективний аналіз 117 історій хвороб пацієнтів з ВНГП до року, які лікувались на клінічній базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, за запропонованою картою обстеження та бальною системою оцінки клінічних симптомів.

Результати: Тимомегалія різного ступеню була виявлена у 33% дітей із ВНГП, що досліджувалися. У дітей з однобічним незрошенням вона становила 25%, з них 85% були хлопчиками. Перший ступінь гіпертрофії тимусу виявлявся в 2 рази частіше, ніж другого. При двобічному незрощенні тимомегалія складала 35% і кількість хлопчиків і дівчаток була майже однаковою (53% - хлопчики, 47%-дівчатка). Серед них 2/3 дітей мали гіпертрофію тимусу II і III ступеню. Пацієнтам з II і III ступенем гіпертрофії тимусу проводили передопераційну підготовку преднізолоном (добова доза - 1мг/кг). За 3 доби до операції дозування зростало та протягом трьох діб після неї зменшувалось. Післяопераційний період таких дітей характеризувався помірною гіпертермією, відновленням апетиту на 2 добу. Крім того, у 80% цих пацієнтів не застосовувались антибіотики.

10 дітям з однобічним незрошенням верхньої губи в кінці хейлоринопластики вводили дексаметазон місцево в тканини губи в добовій віковій дозі. В післяопераційному періоді у них вже з першої доби відмічався незначний набряк тканин, гіперемія та больова реакція також відповідали мінімальним балам (5 балів). Це сприяло оптимізації умов регенерації рани.

Висновки. У дітей з ВНГП тимомегалія зустрічається у 33% і частіше при двобічному незрощенні зі ступенем гіпертрофії II і III ступеню. Такі діти потребують проведення передопераційної підготовки з використанням преднізолону. Місцеве введення дексаметазону під час хейлоринопластики в тканини верхньої губи у віковій добовій дозі покращує умови регенерації.

СТАН СИСТЕМИ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ НА ТЛІ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Кулікова Н.О., Ловчикова А.С., Чернуський В.Г., Рак Л.І., Говаленкова О.Л., Носова О.М.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Кафедра педіатрії

Актуальність. Одним з найпоширених захворювань сучасності є артеріальна гіпертензія (АГ), з якою пов'язана висока частота судинних ускладнень, рання інвалідизація, зниження якості та тривалості життя. Так, за статистичними даними, починаючи з 12 років АГ зустрічається у кожної шостої дитини, а у 8% хлопчиків 15-16 років діагностується вже АГ II ступеня.

Другим важливим питанням сьогодення є дисплазія сполучної тканини (ДСТ), частота якої серед осіб дитячого віку за різними даними варіює від 20-30% до 60-80%. Слід відмітити, що капіляри спочатку розвиваються як компоненти сполучної тканини і мають з нею загальне мезенхімальне походження. Так, за поодинокими даними у дорослих пацієнтів показано, що інтенсивність обмінних процесів, мікроангіоархитектонічні особливості судин системи мікроциркуляції (МЦ) можуть бути певним результатом порушення, які сформувалися у сполучній тканині.

Незважаючи на значну частоту АГ та ДСТ серед осіб дитячого віку, на сьогодні немає чітких даних стосовно особливостей перебігу мікроциркуляторних процесів при АГ у поєднанні із ДСТ, що і обумовлює актуальність даної роботи.

Метою дослідження було удосконалення діагностики та визначення особливостей стану системи МЦ при АГ у дітей на тлі ДСТ шляхом використання неінвазивної методики капіляроскопії нігтьового ложа.

Задачі дослідження: оцінити стан системи МЦ у дітей із АГ, виявити мікроциркуляторні особливості у дітей при ДСТ, визначити мікроциркуляторні особливості при АГ на тлі ДСТ.

Матеріали та методи: Обстежено 92 дитини, у віці від 12 до 17 років (середній вік $14,78 \pm 0,30$ р.) Хворі були розподілені на три групи: 1 – із первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) – 24 пацієнта, середній вік яких становив $14,83 \pm 0,15$ р. 2 – пацієнти із ДСТ – 36 (середній вік $14,28 \pm 0,41$ роки). 3 – пацієнти із ПАГ на тлі ДСТ – 32 (середній вік $14,82 \pm 0,15$ роки). Діагноз ПАГ встановлювали згідно методичних рекомендацій стосовно діагностики та лікування АГ у дітей та підлітків (Майданник В.Г, 2014). Так, встановлено, що 56 дітей ($93,33 \pm 3,22\%$) мали лабільну клініко-патогенетичну форму. Для визначення ознак ДСТ використовували загальноприйняті критерії Т.Мілковської-Димитрової та А.Каркашева (1982).

Обстеження системи МЦ проводили шляхом виконання капіляроскопії нігтьового ложа IV пальця лівої руки, зранку, до прийому їжі. Будову капілярів оцінювали за допомогою капіляроскопу М-70А. Візуалізація та оцінка досліджуваних об'єктів проводилась цифровою відеокамерою 5,0 Мрiх для мікроскопу із використанням спеціального програмного забезпечення MicroCaptureVer 6.9.3. (zareєстровано та дозволено

до використання в медичній практиці на Україні – свідоцтво про державну реєстрацію № 4808/2006 від 11.03.2011). Досліджували судинні, внутрішньосудинні та периваскулярні показники системи МЦ.

Результати. В ході дослідження виявлено, що при лабільному перебізі АГ у дітей, такі показники як діаметр артеріальної ($7,13 \pm 0,28$ мкм) та венозної ($12,87 \pm 0,83$ мкм) бранші, кількість капілярів ($6,0 \pm 0,21$) та їх рядів ($2,50 \pm 0,11$) майже не вирізнялися від нормативних значень. Тоді як при ДСТ, а особливо при сполученні АГ та ДСТ зазначені показники достовірно знижувалися ($p < 0,01$). Проте, навіть при лабільній АГ визначалася висока частота вираженої звивистості венозної бранші ($83,33 \pm 7,61\%$), яка також мала місце у значній частини пацієнтів із ДСТ ($88,89 \pm 5,24\%$) та при АГ на тлі ДСТ ($78,13 \pm 7,31\%$). При цьому, у разі поєднання АГ та ДСТ капіляри частіше розташовувалися нерівномірно ($81,25 \pm 6,90\%$, $p < 0,01$) та були деформованими ($37,50 \pm 8,56\%$), визначалися геморагії ($21,88 \pm 7,31\%$).

Оцінюючи стан внутрішньосудинної та периваскулярної ланок системи МЦ визначено, що достовірної різниці у частоті агрегації еритроцитів, уповільнення кровотоку та мутності периваскулярного фону між досліджуваними групами не спостерігалось. Даний факт може бути результатом судинних порушень, які утруднюють процеси кровообігу, і, в першу чергу, це стосується вираженої звивистості венозної та артеріальної бранш капілярів, їх нерівномірності розташування.

Висновки. Таким чином, проведене дослідження показало, що в усіх групах досліджуваних спостерігаються різноманітні мікроциркуляторні порушення, які торкаються усіх ланок МЦ: судинної, внутрішньосудинної та периваскулярної. Визначено, що вже на лабільному етапі перебігу АГ мають місце порушення діаметрів артеріальної, венозної бранш капілярів, їх кількості у рядку та самих рядків. ДСТ, як стан, в основі розвитку якого лежить генетично детермінований дефект синтезу та метаболізму фібрилярних структур, характеризувався більш вираженими порушеннями, що проявлялися майже у 2 рази меншими від норми значеннями діаметрів артеріальної та венозної бранш капілярів, більш частою звивистістю артеріальної та венозної бранш, нерівномірністю капілярного ряду. При цьому у разі формування АГ на тлі ДСТ спостерігалися – значний спазм як артеріального, так і венозного відділів капілярів, зростала частота деформованих капілярів, за рахунок звивистості обох капілярних бранш, на тлі нерівномірного розташування. Дані ознаки певною мірою вказують на можливість більш ускладненого перебігу безпосередньо АГ в подальшому.

КОНСУЛЬТАТИВНА ДОПОМОГА МАТЕРЯМ В СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖАХ

Мавропуло М.І.

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Кафедра дитячої хірургії, ортопедії та травматології

Інтернет (соціальні мережі, в тому числі онлайн-соціальні мережі, блоги, додатки для мобільних телефонів) є джерелом інформації для батьків (насамперед матерів) здорових та хворих дітей, значимість якого постійно зростає. 59% дорослого населення шукають медичну інформацію в Інтернеті (Fox S., Duggan M., 2013; Baker B, Yang I., 2018; Moon R.Y., Mathews A. et al., 2019). Майже половина батьків, які використовували Інтернет, стверджують, що таким чином вони протягом останнього місяця отримали підтримку стосовно проблем поведінки дитини (Duggan M., Lenhart A. et al., 2019).

Матері стверджують, що Інтернет і соціальні мережі дозволяють їм миттєво і цілодобово отримувати доступ до необмеженої інформації, їм подобаються анонімність Інтернету, краудсорсинг інформації (можливість збирати думки з різних джерел), можливість пошуку консенсусу (Moon R.Y., Mathews A. et al., 2019). Матері насамперед довіряють тим, хто має досвід та/або знання, іншим батькам з досвідом догляду за дітьми, педіатрам з перевіреним професійним досвідом (формат консультативних груп дистанційної підтримки). Поради, отримані від учасників таких груп, є потужними і впливовими.

Метою дослідження було вивчення структури питань, обговорення яких ініціюється матерями-учасниками консультативних педіатричних груп.

Матеріали і методи. Були проаналізовані групи в соціальних мережах по наданню консультативної педіатричної допомоги матерям (на прикладі груп «Ваш педіатр», «Дитячі питання»).

Отримані **результати дослідження.** В результаті проведеного аналізу встановлено, що до списку тем обговорення з найбільшою питомою вагою входили: питання щодо симптомів можливих соматичних захворювань та правильності призначеного лікування, питання щодо щоденного догляду, питання щодо вакцинації та питання щодо можливих порушень поведінки у дитини (до 1/3 - скарги на затримку нервово-психічного розвитку, мовного розвитку та поведінкових порушень). Вважають, що батьки доволі часто не обговорюють проблеми поведінки чи емоційні проблеми дитини зі своїми лікарями.

Згідно з опитуванням 29% батьків віддають перевагу можливості вирішення подібних проблем в приватному порядку, 29% хотіли б проконсультуватись з кимось, перед тим як звернутись до лікаря, 6% батьків не мали достатньо часу, щоб обговорити цю проблему при зустрічі з лікарем (<https://www.verywellfamily.com/talk-to-the-pediatrician-about-your-childs-behavior-1095077>).

Вважають, що розуміння процесів використання матерями соціальних мереж для прийняття рішень щодо догляду за дітьми, важливе для лікарів, так як медичні втручання, які враховують ці процеси, можуть бути більш ефективними. Тож, в даному випадку могла б бути дієвою організація груп дистанційної допомоги і запровадження в ці мережі методик експрес-тестування нервово-психічного та емоційного розвитку дитини, наприклад, раннього виявлення розладів аутистичного спектру за допомогою онлайн-версії опитувальника M-CHAT-R (<https://test.autism.help>).

Висновки. Соціальні мережі матерів є важливими джерелами інформації по догляду за дітьми. Наприклад, використання методик онлайн-версій експрес-тестування порушень поведінки дозволить покращити їх ранню діагностику.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ В ХЛОПЧИКІВ І ДІВЧАТОК, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ВИСОКОДИНАМІЧНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ

Мужановський В.Ю.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м.Харків

Сучасні види спорту розрізняють за динамічною та статичною складовими тренувального процесу та змагань, які по-різному впливають на фізичний розвиток і серцево-судинну діяльність. Високодинамічні види спорту (футбол, баскетбол, біг, велоспорт, плавання, спортивні танці тощо) підвищують спритність, швидкість, витривалість і стимулюють зростання дитини в довжину. Під впливом навантажень поступово відбувається ремоделювання серцево-судинної системи, яке спочатку є адаптивною реакцією. Проте виснажливі тренування можуть призводити до зниження адаптаційного потенціалу, багаторічні інтенсивні тренування - до спортивного ремоделювання серцевого м'язу й

поступового зниження функціональних можливостей організму, формуванню серцевої недостатності, синдрому раптової смерті. Дуже важливим є забезпечення гармонійного розвитку юних спортсменів і профілактика перевантаження серця, а також визначення оптимального режиму фізичних навантажень для дітей, що мають порушення з боку серцево-судинної системи.

Мета: Визначити особливості фізичного розвитку та морфофункціональних характеристик серця у дітей 11-17 років, які мають відхилення з боку серцево-судинної системи та займаються високо динамічними видами спорту.

Матеріали та методи: Робота проведена на підставі анкетування та ретроспективного аналізу даних дітей, що лікувалися в соматичних відділеннях ДУ «ІОЗДП НАМН» упродовж 2018-2019 років. Обстежено 75 дітей 11–17 років (середній вік склав $14,10 \pm 0,81$ років), які мали відхилення з боку серцево-судинної системи (1 група група). Серед них 33 підлітка відвідували спортивні секції з високодинамічним видом спорту. У 7 хлопчиків і двох дівчаток з цієї групи (27,3 %) спостерігалось підвищення артеріального тиску, у інших діагностовано вторинну кардіоміопатію (ВКМП). У другу групу ввійшли 42 дитини, що не займалися спортом. У цій групі артеріальна гіпертензія (АГ) зустрічалася у 42,9 % випадків. Проводилися антропометрія з оцінкою індексу маси тіла (ІМТ), ЕКГ, доплер-ЕХОКГ.

Встановлено, що хлопчики та дівчатка обирали різні види високодинамічного спорту. 70 % хлопчиків відвідували секцію футболу, 15 % - баскетболу, 11% – секцію велоспорту, у поодиноких випадках займалися плаванням, ковзанярським спортом (4%). Серед дівчаток 50 % відвідували секцію футболу, 24 % - займалися спортивними танцями, 9 % - баскетболом, рідше - плаванням, велоспортом.

Зріст та маса тіла хлопчиків 1 групи у середньому суттєво не відрізнялася від 2 групи. ІМТ у них склав $19,5 \pm 0,4$ кг/м² та $20,9 \pm 0,6$ кг/м² відповідно по групах ($p_{\varphi} > 0,05$). Дівчатка 1 групи мали достовірно нижчу масу тіла, ніж їхні однолітки, які не займалися спортом ($45,8 \pm 7,3$ кг та $50,4 \pm 2,0$ кг відповідно; $p_{\varphi} < 0,05$), при цьому ІМТ також не відрізнявся ($19,2 \pm 1,3$ проти $18,8 \pm 0,4$; $p_{\varphi} > 0,05$) в них. Слід зазначити, що серед дівчаток обох груп надмірної маси тіла не спостерігалось, проте знижену масу тіла виявлено в двох спортсменок. Серед хлопчиків, які відвідували спортивні секції, як знижену, так і надмірну масу тіла зареєстровано по 10,5%. У хлопчиків, які не займалися спортом, знижена маса тіла виявлена лише в двох (7,1%), надлишкова – у 21,4% дітей, у кожного другого з них діагностовано АГ.

Морфометричні параметри серця в цілому не відрізнялися ні в хлопчиків обох груп, ні в дівчаток. Частота серцевих скорочень (ЧСС) у спокої у хлопчиків була нижчою, ніж у дівчаток (70,9 уд./хв, проти 75,2 уд./хв; $p_{\varphi} < 0,05$). Проте визначено особливості морфофункціональних показників серця в групі дітей із АГ залежно від занять спортом та в групі дітей із ВКМП. У хлопчиків-спортсменів індекс кінцевого діастолічного об'єму лівого шлуночка (ЛШ) та товщина міжшлуночкової перегородки (ТМШП) була достовірно більшою ($p_{\varphi} < 0,05$). При цьому суттєво змінювалися показники діастолічної функції: підвищувалася швидкість трансмітрального кровотоку в період передсердної систоли ($56,9 \pm 5,7$ см/с; $p_{\varphi} < 0,02$), зменшувався час уповільнення кровотоку ($0,11 \pm 0,001$ с; $p_u < 0,05$) та збільшувався час ізоволюметричного розслаблення міокарда ($0,10 \pm 0,04$ с; $p_{\varphi} < 0,001$). Діти з ВКМП, які займалися високодинамічним видом спорту, навпроти, мали товщину міокарда ЛШ та ТМШП тонше ($p_{\varphi} < 0,05$), розмір правого шлуночка менше ($p_u < 0,05$), ніж діти, які не відвідували секції. Проте відносні показники, приведені до площі поверхні тіла, суттєво не відрізнялися, що свідчить про менші розміри серця в дітей астеничної статури. Показники систолічної та діастолічної функції у хворих на ВКМП не відрізнялися залежно від фізичної

активності. У дівчаток змін морфофункціональних параметрів серця залежно від занять спортом не виявлено.

Висновки: Вплив фізичних навантажень на організм є визначним в нормальній життєдіяльності організму підлітків 11-17 років. У хлопчиків з підвищеним артеріальним тиском, що займаються високодинамічними видами спорту, спостерігаються початкові ознаки ремоделювання серця у бік збільшення як порожнини, так і товщини лівого шлуночка, та значно більша тривалість періоду діастоли. У дітей, які не відвідували спортивні секції, частіше спостерігалися надмірна маса тіла і підвищений артеріальний тиск. Надмірна маса тіла є фактором ризику для формування артеріальної гіпертензії навіть при достатній фізичній активності. Контроль за морфофункціональними характеристиками серця й показниками загальної гемодинаміки в дітей, які займаються високодинамічними видами спорту та мають в анамнезі підтверджені соматичні діагнози (артеріальна гіпертензія, ожиріння тощо) має стати пріоритетним для сімейних лікарів, лікарів педіатрів, дитячих кардіологів.

ПЛОДОВО-МАЛЮКОВА СМЕРТНІСТЬ У ВАГОВІЙ КАТЕГОРІЇ ≥ 2500 г В УКРАЇНІ: ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ.

Муратова О.В., Слюсарєва А.В.

**Українська медична стоматологічна академія, Полтава
Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією**

Вступ. Показники материнської та малюкової смертності загально визнані як індикатори соціально-економічного благополуччя будь-якої країни, а поліпшення здоров'я матерів і зменшення дитячої смертності включено до основних Цілей сталого розвитку, визначених Організацією Об'єднаних Націй та підтриманих в Україні. У 2016 році майже половина дітей віком до 5 років померли від неонатальних причин, серед яких основними стали: ускладнення, пов'язані з передчасним народженням, стани пов'язані з пологами, включаючи асфіксію та неонатальний сепсис. Науковці свідчать, що саме зменшення смертей у неонатальному періоді є суттєвим резервом у зниженні смертності дітей віком до 5 років.

Метою роботи було встановлення основних тенденцій у динаміці показників плодово-малюкових втрат у категорії дітей з масою ≥ 2500 г при народженні в Україні.

У роботі був проведений аналіз перинатальної та малюкової смертності, а також їх складових за довідниками МОЗ «Matrix Babies» 2014-2018 рр., із застосуванням методу системного підходу та аналізу.

У ході дослідження встановлено, що в Україні за 2014-2018 рр. достовірно знизилась пропорційний показник перинатальної смертності, специфічний показник малюкової смертності та її складових, на тлі сталих значень пропорційних показників анте- та інтранатальної смертності у ваговій категорії ≥ 2500 г. Більше половини усіх плодово-малюкових втрат даної вагової категорії в Україні відбувається в перинатальний період, а серед дітей, які вижили, – у постнатальний період. Отже, показники мертвонароджуваності за 2014-2018 рр. залишаються сталими, що свідчить про важливість застосування комплексних, акушерсько-неонатальних підходів до розроблення заходів зі зниження відворотних плодово-малюкових втрат в Україні.

Висновок. Відкриття мережі перинатальних центрів в Україні, навчання та стажування вітчизняних неонатологів за кордоном привело до достовірного зменшення

специфічних показників ранньої неонатальної, пізньої неонатальної, постнеонатальної смертності та малюкової смертності у когорті немовлят ≥ 2500 г.

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛИ МОНТГОМЕРІ-АСБЕРГА У ДІТЕЙ ІЗ РЕВМАТИЧНИМИ ЗАХВОРИВАННЯМИ

Неляпіна М.М., Катагіра М.М.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Медичний факультет, кафедра педіатрії

Актуальність. Проблема депресивних розладів у дітей та підлітків є однією з актуальних для теорії та практики сучасної медицини. Епідеміологічні тенденції останніх десятиліть перетворюють депресію на важливу мультидисциплінарну патологію, яка набуває все більшого соціального значення. За даними ВООЗ, загальна розповсюдженість великого депресивного розладу на 2018 рік склала близько 5 % населення світу, в тому числі й дітей, особливо, пубертатного віку. Труднощі діагностики та прогностичної оцінки депресії у педіатричній практиці зумовлює необхідність її ретельного дослідження у структурі будь-якого соматичного захворювання. Саме тому розуміння природи хвороби, підходи до лікування та реабілітації на даний момент базуються на біопсихосоціальной моделі. Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) як центральна проблема сучасної дитячої кардіоревматології, є хворобою-виключенням, адже вона охоплює всі гетерогенні форми хронічного артрити, які починаються у віці до 18 років, зберігаються довше, ніж 6 тижнів, і мають невідоме походження. Хронічний прогресуючий перебіг ЮІА та супутня довготривала (протягом десятків років) терапія цитостатичними препаратами може супроводжуватися розвитком незворотних змін органів і систем, а також побічних ефектів, які проявляються зміною зовнішності, порушенням сну, емоційною лабільністю, фізичним дискомфортом і значним обмеженням функціональних можливостей хворого. Психологічні особливості дозволяють одним пацієнтам досить спокійно адаптуватися до нових умов життя, натомість, у інших розвиваються психопатологічні стани, які потребують психологічної та медикаментозної корекції. Сучасні дослідження показують, що ЮІА та депресивний розлад нерідко мають спільний провокуючий фактор, а саме - психосоціальний стрес. Основні проблеми, що дезадаптують пацієнтів з ЮІА, обумовлені хронічним больовим синдромом, обмеженням повсякденної активності із втратою працездатності та соціальних зв'язків. Часті неконтрольовані рецидиви хвороби, формування коморбідних станів, серед яких висока доля депресивних розладів, пояснюють необхідність проведення досліджень, що стосуються вивчення клініко-патогенетичних взаємозв'язків ЮІА та депресії. У 1979 році була вперше імплементована у практику психометрична шкала оцінки депресії Монтгомері-Асберга (MADR), яка належить до числа об'єктивних клінічних інструментів і продовжує широко використовуватись у сучасній медицині. MADRS проста й зручна у застосуванні як психіатрами, так і лікарями загальної практики, у тому числі, педіатрами. Використання шкали Монтгомері-Асберга засновано на клінічному інтерв'ю. Високий ступінь релевантності (міри відповідності) та широкі можливості застосування стосовно пацієнтів різного профілю патології є критеріями вибору її як інструмента дослідження.

Мета роботи: встановлення впливу коморбідної депресії у дітей із ЮІА на перебіг основного захворювання на підставі визначення ознак поведінкових розладів у кардіоревматологічних хворих й кореляцій їх з активністю ЮІА, тривалістю захворювання та комплексом терапії.

Матеріали і методи. Дослідження проведено у 16 дітей та підлітків від 6 до 17 років (середній вік 13,2 роки), які знаходилися на стаціонарному лікуванні у кардіоревматологічному відділенні ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України» міста Харкова. Усі пацієнти із описаної вибірки мали діагноз ревматологічного захворювання (ювенільний ідіопатичний артрит (полі-та олігоартикулярний варіанти), ювенільна склеродермія, СЧВ), яке підтверджено клінічними та лабораторними методами.

Основний спосіб дослідження – психометричний із застосуванням шкали Монтгомері-Асберга (MADRS), яка розроблена для швидкої оцінки тяжкості депресії та її динаміки у процесі лікування. Вона містить 10 основних субшкал, для оцінки ознак депресії за 6-бальною системою. Інтерпретація результатів проводиться шляхом арифметичного підсумовування: від 0 до 6 балів – відсутність депресивного епізоду; від 7 до 19 балів – малий депресивний епізод; від 20 до 34 балів – помірний депресивний епізод; понад 35 балів – великий депресивний епізод. Існуючі сьогодні критерії ремісії депресії за результатами заповнення шкали MADRS досить волюнтаристичні, проте більшість авторів сходиться на думці, що ремісія відповідає редукції симптоматики до 10 і менше балів.

Статистичну обробку отриманих даних та їх валідність проводили із використанням комп'ютерної програми STATISTICA 6.0. Для порівняння незалежних груп використовували непараметричний U критерій Мана-Уїтні.

Результати дослідження. Установлено, що із 16 дітей із ревматологічними захворюваннями 9 не мали проявів депресивного епізоду, але 2 із них мали граничні значення; 5 дітей - ознаки малого депресивного епізоду; 1 дитина - помірний депресивний епізод, ще одна - великий депресивний епізод. Також було встановлено що, діти, які не перебували у депресивному епізоді в середньому хворіють 20.5 місяці (менше ніж 2 роки), у той час як пацієнти із малим та помірним, а також із великим депресивними епізодами хворіли понад 3 роки (від 41 до 46 місяців).

Аналізуючи субшкали, за якими оцінювали рівень депресії, було виявлено, що 68,0% дітей протягом останнього місяця мали пригнічений або поганий настрій більше 3-х днів на тиждень, виглядали тужливо, проте, швидко відволікались від поганих думок; 50,0% - мали проблеми із засинанням або коротким сон, непостійний або неспокійний сон; 31,0% пацієнтів було важко почати нову справу, 31,0% - важко почати повсякденні справи, що не вимагають особливих зусиль, але 25,0% досліджуваних епізодично турбували думки щодо власної малоцінності, невдачливості у житті й самоприпинення, а ще 12,5% - вважали, що краще померти.

У всіх дітей були відсутні ознаки активного запального процесу, про що свідчили показники ЦРП і ШОЕ сироватки крові на момент дослідження.

Поступово прогресуючі зміни у психічному стані дітей з ревматологічними захворюваннями потребують більш глибокого дослідження цього питання і розробки заходів щодо попередження їх виникнення та прогресування.

Висновки.

1. Більшість (57,0%) дітей із ревматичними захворюваннями мали об'єктивні і суб'єктивні ознаки погіршення настрою, а 43,0% - чіткі ознаки депресивного епізоду різного ступеня тяжкості.
2. Встановлено кореляційну залежність між тривалістю захворювання й виразністю депресивних проявів. Активність запального процесу на момент дослідження суттєво не впливала на ступінь депресивних розладів.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ ТОНЗИЛІТІВ В ДІТЕЙ ІНФІКОВАНИХ І НЕ ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ГЕРПЕСУ ЛЮДИНИ 6 ТИПУ

Ольховська В.М.¹, Єлоєва З.В.¹, Кіпаренко О.Ю.²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти

Кафедра педіатрії

²Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради

"Обласна клінічна інфекційна лікарня"

Тонзиліти є одним із найбільш розповсюджених захворювань дитячого віку, які займають провідне місце серед дитячої патології. На сучасному етапі в практиці лікарів-педіатрів частіше зустрічаються мікст-інфекції. Інфікування вірусом герпесу людини 6 типу (ВГЛ-6) відбувається переважно протягом перших років життя дитини, з високим ризиком подальшої довічної персистенції. Враховуючи ймовірність впливу ВГЛ-6 на імунну систему дитячого організму, будь-яка хвороба на фоні інфікування герпес-вірусом, може мати клінічні особливості перебігу.

Враховуючи вище зазначене, метою нашої роботи було вивчення клінічних особливостей гострих тонзилітів в дітей в залежності від фонового інфікування ВГЛ-6.

Нами було обстежено 50 дітей віком від 3 до 15 років, хворих на гострий тонзиліт, яких було розподілено на дві групи. Першу групу склали 26 дітей, хворих на гострий тонзиліт, без інфікування на ВГЛ-6; другу-24 дитини, хворі на гострий тонзиліт на тлі фонового інфікування ВГЛ-6. Дослідження проведено на базі НКП ХОР «Харківська обласна дитяча інфекційна клінічна лікарня». Діагноз підтверджували на підставі клінічного, бактеріологічного, вірусологічного і серологічного дослідження.

За даними клінічних показників груп спостереження більш тривале збереження лихоманки ($p < 0,05$), проявів інтоксикації ($p < 0,05$) було виявлено у дітей другої групи. В той же час, у хворих на моноінфекцію нами виявлено більш високі цифри температурної реакції ($p < 0,05$). Скарги на біль у горлі були присутні у дітей обох груп, але в дітей на тлі фонового інфікування ВГЛ-6 ці скарги зберігалися достовірно довше ($p < 0,05$). У хворих обох груп нами виявлено гіперемію ротоглотки, білі нашарування на мигдаликах з обох сторін. Виявлено, що збільшення шийних та підщелепних лімфовузлів зберігалось довше у дітей першої групи ($p < 0,05$). Також серед хворих цієї групи високим був відсоток збільшення розмірів печінки ($t \geq 2,0$), що підтверджувалось даними УЗД органів черевної порожнини.

Таким чином, аналіз показників клініко-інструментального дослідження свідчить, що перебіг гострого тонзиліту у дітей, інфікованих ВГЛ-6, характеризується низкою клінічних особливостей. Інфікування дітей на ВГЛ-6 впливає на ступень виразності окремих загальних симптомів, збільшує їх частоту та тривалість збереження, що важливо враховувати при плануванні лікувальних заходів та нагляду за дітьми у період реконвалесценції.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Остапенко Ю.Ю., Ошлянська О.А.

ДУ «ННЦРМ НАМНУ», м. Київ

ДУ «ПАГ імені О.М.Лук'янової НАМНУ», м. Київ

Дисплазія сполучної тканини (ДСТ) сьогодні розглядається як системне порушення сполучної тканини, що є несприятливим тлом для розвитку численної кількості патологічних

станів або сприяє погіршенню їх перебігу. Прояви ДСТ часто асоційовані з недостатністю вітаміну Д. Поряд з цим низький рівень вітаміну Д сприяє розвитку хвороб серцево-судинної системи (ССС), важливим маркером ризику яких є ендотеліальна дисфункція.

Мета дослідження: визначити вплив призначення препаратів вітаміну Д для корекції функціональних порушень ССС та ендотеліальної дисфункції у дітей з клінічними ознаками ДСТ.

Матеріали та методи. Обстежені 109 дітей 9-17 р., з яких 73 мали клінічні прояви ДСТ. Оцінку функціонального стану ССС проводили всім дітям за стандартною 12-канальною ЕКГ та інструментально-вимірюваним комплексом пульсо-кардіологічної діагностики за допомогою програмно-апаратного комплексу «Кардіо-пульс», що має змогу вимірювати додаткові параметри ЕКГ та сфігмограми, також в обстежених дітей були оцінені провідні біохімічні показники функції ендотелію (вміст вільного L-аргініну та оксиду азоту в сироватці крові). 33 дітям з ознаками ДСТ додатково був призначений вітамін Д в дозі 2000 МО на добу протягом 2 місяців. Зазначені показники оцінювались в динаміці до- та після його використання. Проведений математичний аналіз досліджуваних показників з використанням методів статистичного аналізу у пакеті Microsoft Excel та кореляційного методу за допомогою програми SPSS.

Результати. Після проведеного курсу прийому препарату вітаміну Д відмічалось значне зменшення частоти астено-вегетативних порушень в обстежених дітей: втомлюваності, головного болю, запаморочення (всі $p < 0,05$), неприємних відчуттів в ділянці серця.

Проведений аналіз стану міокарду та пульсової хвилі за даними оцінки ЕКГ за допомогою ІВМ ПКД ПАК «Кардіо-пульс» у дітей показав, що призначення препаратів вітаміну Д дітям з ДСТ призводить до покращання функціонального стану ССС. За результатами проведеного дослідження, в більшій мірі вітамін Д впливав на показники функціонального стану судин (нормалізувалась амплітуда пульсової хвилі (з $4409,12 \pm 651,2$ до $2289,26 \pm 271,44$, $p < 0,05$), що свідчило про зменшення вазодилатації та наповнення кровоносних судин, вірогідно зменшувались інтегральні показники вегетативного балансу та висота інцизури сфігмограми (з $2637,56 \pm 371,8$ до $1251,16 \pm 257,41$, $p < 0,05$), яка відображала відновлення еластичності судин), ніж на кардіометаболічні показники (суттєвих змін тривалості та амплітуд зубців ЕКГ та площин після прийому вітаміну Д не спостерігалось). Оскільки електрофізіологічні зміни у дітей з ДСТ за отриманими нами раніше даними були тісно пов'язані з біохімічними маркерами ендотеліальної дисфункції, в обстежених дітей з ДСТ був проаналізований вплив призначення вітаміну Д на її показники. Проведений аналіз після прийому курсу препаратів вітаміну Д у дітей з ДСТ показав вірогідне зменшення вмісту L-аргініну (з $240,13 \pm 10,62$ мкмоль/л до $223,07 \pm 11,3$ мкмоль/л ($p < 0,05$), проти $225,96 \pm 10,89$ мкмоль/л у дітей без клінічних ознак ДСТ) та зниження вмісту оксиду азоту (з $9,56 \pm 1,47$ мкмоль/л до $8,18 \pm 1,73$ мкмоль/л, тоді як у дітей без ДСТ останній становив $6,47 \pm 1,43$ мкмоль/л). За даними проведеного кореляційного аналізу відмічена нормалізація взаємозалежності між регуляційними показниками ЕКГ за ПАК «Кардіопульс-П» (швидкості коливання частоти серцевих скорочень (міра симпатичної активності); абсолютної спектральної потужності регуляції, оперативного контролю стану міокарду) зі співвідношенням L-аргінін/оксид азоту в сироватці крові дітей з ДСТ після прийому вітаміну Д. Також спостережене відновлення зв'язків між амплітудою і симетрією зубця Т з біохімічними показниками ендотеліальної дисфункції, що свідчить про безумовний вплив прийому вітаміну Д і на кардіометаболічні порушення у дітей з ДСТ.

Висновки. Для швидкої оцінки та моніторингу ендотеліальної дисфункції у дітей з ДСТ доцільно використовувати оцінку параметрів реєстрації ЕКГ та сфїгмограми за ПАК «Кардіопульс-П». Призначення препаратів вітаміну Д дітям з ДСТ сприяє суттєвому зменшенню частоти виявлення клінічних проявів порушень ССС та вегетативної регуляції, водночас з нормалізацією електрофізіологічних показників та біохімічних показників ендотеліальної дисфункції.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОГЛОБУЛІНА ЛЮДИНИ ДЛЯ ВНУТРІШНЬОВЕННОГО ВВЕДЕННЯ В ТЕРАПІЇ ХВОРОБИ КАВАСАКІ У ДІТЕЙ

Поправко Є.Ю, Мефьод К.М.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра педіатрії 2

Хвороба Кавасакі (ХК) – патологія, для якої є характерними лихоманка, неексудативний кон'юнктивіт, еритема долонь і підшов стоп, лімфаденопатія шийної області. Вперше ця патологія була описана японським лікарем Кавасакі і названа, як «гострий фебрильний слизово-шкіряний синдром», проте повсюдно була прийнята назва «Хвороба Кавасакі». Специфічної терапії ХК не існує, але згідно з міжнародним консенсусом рекомендовано прийом аспірину, внутрішньовенне введення імуноглобуліну людини та, при ускладненні аневризмою коронарних артерій, кардіохірургічне втручання.

Мета роботи: порівняти ефективність лікування у дітей з ХК в залежності від об'єму патогенетичної терапії в гострий період.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовано 6 історій хвороб дітей з хворобою Кавасакі, віком від 6 місяців до 3-х років, які перебували на стаціонарному лікуванні у кардіоревматологічному відділенні КЗ «ОДКЛ» ДОР м. Дніпро. Діагноз було встановлено згідно критеріїв American Heart Association (Комітет по ревматизму, ендокардиту та хворобі Кавасакі, 1990). Діти були поділені на дві групи: I група – діти, які отримували терапію аспірином, в гостру фазу 80-100 мг/кг кожні 6 годин до нормалізації температури тіла, потім - 3-5 мг/кг у добу та преднізолон у дозі 2 мг/кг, II група – аспірин в тих самих дозах та одноразово імуноглобулін 2 г/кг внутрішньовенно тривалою інфузією не менше 10 годин не пізніше ніж до 10 дня від початку хвороби. Нами було порівняно динаміку регресу симптомів в обох групах дітей, зміни даних лабораторних та інструментальних методів.

Результати та їх обговорення: Всі діти в двох групах на початку захворювання мали схожі клінічні прояви. У всіх дітей хвороба розпочалась з лихоманки, поліморфної висипки, кон'юнктивіту, змін слизової оболонки ротової порожнини (стоматиту, геморагічної висипки на слизовій оболонці щік та піднебіння), порушень периферичних відділів кінцівок (набряк та лущення, еритема долонь) а в чотирьох була шийна лімфаденопатія. При лабораторних дослідженнях відмічались зміни у вигляді лейкоцитозу, тромбоцитозу, анемії, підвищення ШОЕ, С- реактивного протеїну. На ЕКГ було виявлено неспецифічні зміни у трьох пацієнтів, на Ехо -КГ були зміни у чотирьох дітей. Після початку терапії у I групі лихоманка зберігалась в середньому до 9 діб, у II – до 2-х; ін'єкція судин слизової оболонки кон'юнктиви до 5-ти діб, у II – до 2-х відповідно; висипка у I-й групі до 14-ти, у II- до 2-х діб; набряк та лущення у I-й групі були близько 11 діб, у II – 2 доби; лімфаденопатія зменшилась на 10-у добу в I-ї групі.

У першій групі дітей симптоми регресували повільно, від 5-ти до 14 діб, тоді як у другій групі регрес симптомів відбувався інтенсивно від 1-ї до 2-х діб. При цьому в 1

пацієнта з першої групи розвинулось ускладнення у вигляді аневризми правої та лівої коронарних артерій, а в II групі ускладнень не було.

Висновки. У дітей з хворобою Кавасакі показано своєчасне внутрішньовенне (до 10 доби від початку захворювання) введення імуноглобуліну людини, що зменшує прояви хвороби та прискорює одужання дитини і зменшують ризик розвитку ускладнень (аневризми коронарних артерій та інші).

РОЛЬ ФЕНОТИПУВАННЯ В ТЕРАПІЇ ВАЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Пухир В.П., Недельська С.М.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра факультетської педіатрії

Актуальність. Визначення важкої бронхіальної астми (БА) ґрунтується на критеріях клінічного контролю, одержуваної терапії, а також на визначенні відповіді на терапію, оцінці майбутнього ризику. Сучасне ведення БА вимагає глибокого аналізу факторів, відповідальних за прогресування захворювання і розвиток загострень, а також розробку цільової терапії БА з урахуванням клінічних і біологічних фенотипів хвороби.

Згідно з GINA 2019 вже починаючи з 4 «кроку» в лікуванні важкої БА серед дорослих пацієнтів та дітей рекомендовано направлення на визначення фенотипу і подальший розгляд додаткової терапії. Фенотипи астми тісно пов'язані з генетичними факторами, віком виникнення астми, тривалістю захворювання, спалахами, супутньою синусовою хворобою і характеристиками запалення.

Мета дослідження: простежити особливості перебігу і фенотипи важкої БА у дітей. Матеріали і методи дослідження: клінічні, біохімічні та імунологічні методи обстеження дітей хворих на БА, що знаходились на лікуванні в алергологічному відділенні на базі КНП «Міська дитяча лікарня № 5» ЗМР за 2017-2019 рр.

Результати дослідження. Під нашим наглядом в алергологічному відділенні протягом 2017-2019 рр. знаходилось 928 дітей із БА, серед яких кількість дітей до 5 років склала 232, від 5 до 17 років – 696 дітей. З важким перебігом БА спостерігалось 55 дітей (6%). Пацієнти були обстежені на предмет коморбідних захворювань: у 87,5 % випадків мав місце риносинусит, у 45 % - харчова алергія, у 34,5% - atopічний дерматит. У 80% пацієнтів виявили порушення техніки та режиму інгаляцій. Інгаляційні кортикостероїди (ICS) в схемі лікування були відсутні у 25% дітей. 20% пацієнтів мали пікфлоуметри, але використовували їх для контролю функції зовнішнього дихання лише 3%.

Визнаними запальними фенотипами при важкій астмі є еозинофільна, неозинофільна і пауцигранулоцитарна астма. В ході аналізу клінічних проявів і лабораторних досліджень було виявлено, що у дітей із важкою астмою фенотип був переважно еозинофільний (близько 95% випадків), і неозинофільний в 5 % випадків відповідно. Пауцигранулоцитарна астма була поширеною у дітей зі стабільною астмою.

На сьогодні механізм неатопічної астми вивчено недостатньо. Для неї характерна відсутність біомаркерів atopічної астми, еозинофілії, відсутність запальних біомаркерів Th₂, наявність нейтрофільного чи пауцигранулоцитарного запалення і відсутність відповіді на терапію кортикостероїдами. Важка нейтрофільна астма може бути пов'язана з хронічною інфекцією атипovими бактеріями, ожирінням, курінням і недостатньо вивченими порушеннями гладких м'язів.

ICS є основою лікування дитячої астми. Однак, коли ICS та інші стандартні методи лікування неефективні при лікуванні погано контрольованої астми середнього і тяжкого

ступеня, таргетування профілю Th₂ моноклональними антитілами може бути ефективним у пацієнтів дитячого віку.

Висновки:

1. Важка бронхіальна астма – характеризується наявністю постійних денних, нічних симптомів і частими загостреннями і зустрічається у 5% пацієнтів.
2. Важка бронхіальна астма – гетерогенна по структурі і потребує поглибленого дослідження.
3. Недооцінка відмінностями тяжкості перебігу бронхіальної астми призводить до низького комплаєнсу.

ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ПІДЛІТКАМИ ЯК ФАКТОРИ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНОГО РИЗИКУ

Романова Н.Г.², Даниленко Г.М.¹, Мохамід Мохаммед²

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

Харківський Національний університет імені В.Н. Каразіна

Вступ. Як би батькам не хотілося це усвідомлювати, але, нажаль, багато дітей і підлітків починають вживають алкоголь вже в шкільні роки. Чим молодший вік, вживання алкоголю, тим більша ймовірність алкогольної залежності в майбутньому.

Мета дослідження. Проаналізувати зловживання алкоголем серед школярів України, визначити фактори та запропонувати коригувальні заходи щодо їх попередження.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено на підставі скринінг-анкетування учнів ЗЗСО. Обсяг досліджень - 1025 українських школярів, 49% дівчат та 51% хлопців у віці 15-17 років.

Результати: Так пиво, ром-кола та міцні алкогольні напої хлопці вживають переважно 2,24% (p=0,67); 1,63% (p=0,57) та 1,02 (p=0,45) відповідно. Дівчата полюбляють вино та шампанське 1,44% (p=0,54). Енергетичні напої п'ють однаково хлопці 3,05 (p=0,78) та 3,71 (p=0,86) дівчата. І лише 10% дітей порушували тему о шкоді алкоголю з батьками.

Висновки. На нашу думку важливо почати обговорювати вживання алкоголю з дітьми в ранньому віці і продовжувати говорити про це, коли вони виростають.

СИСТЕМНИЙ КЛІЩОВИЙ БОРЕЛІОЗ. АЛГОРИТМИ ДІАГНОСТИЧНОГО ПОШУКУ

Сергунін І.В.

Донецький національний медичний університет

м. Краматорськ, Україна

Кафедра педіатрії, неонатології та дитячих інфекцій

Мета та задачі роботи: вдосконалення діагностування рідких та атипичних форм Хвороби Лайму (ХЛ), з метою своєчасного лікування. Розробка алгоритмів діагностичного пошуку.

Матеріали і методи: розбір і аналіз рідких та атипичних клінічних випадків ХЛ.

Результати: Хвороба Лайма (кліщовий бореліоз) група інфекційних, трансмісивних, природно очагових захворювань, що викликаються борреліями групи *borrelia burgdorferi*, та передаються іксодовими кліщами.

Стадії ХЛ: I. Локалізована: з мігруючою еритемою; II. Дисемінована: з мігруючою еритемою або безеритемна. Ураження шкіри, ураження серцево-судинної системи; III. Персистируюча (хронічна) ураження нервової системи, печінки, опорно-рухового апарату.

Найчастіше зустрічається трансмісивний шлях передачі через укуси кліща, з його слиною, а також з фекаліями кліща після їх потрапляння на шкіру й подальшого втирання при розчухуванні шкіри. Іншим можливим шляхом передачі може слугувати аліментарний шлях, що реалізовується при споживанні сирого молока (переважно козячого) або молочних продуктів без термічної обробки.

Впродовж декількох тижнів від моменту зараження в пацієнтів з'являлися ознаки ураження серця, які не мали характерних рис. Найчастіше це атріовентрикулярна блокада (I або II ступеня, іноді повна), внутрішньошлуночкові порушення провідності, порушення ритму. В деяких випадках розвивалися дифузні ураження серця, включаючи міо- і перикардит, дилатаційну міокардіопатію або панкардит. Ураження суглобів борреліозної етіології коливаються в межах від 2 до 10% в залежності від географічного регіону. Залучення суглобів в патологічний процес часто зустрічалось при безеритемній формі інфекції й характеризувалося проявами інтермітуючого та мігруючого реактивного артрити, що супроводжувався болем, гіперемією, іноді припуханням.

Одним з проявів дисемінації *B. burgdorferi* було ураження печінки, яке отримало назву Лайм-гепатит. Ознаки ураження включали відчуття важкості в правому підребер'ї, легкі диспепсичні розлади, помірне збільшення печінки, а частіше помірні зміни функціональних проб, зростання рівня АЛТ і АСТ.

Пізні ураження нервової системи проявлялися хронічним енцефаломієлітом, спастичних парепарезом, атаксією, стертими розладами пам'яті, хронічною аксональною радикулопатією. Спостерігалися полінейропатія з корінцевим болями і дистальними парестезіями. Пацієнти скаржилися на головний біль, підвищену стомлюваність, погіршення слуху. Ураження шкіри проявлялися у вигляді поширеного дерматиту, атрофічного акродерматиту і склеродермоподібних змін.

Ураження оболонок мозку: головний біль, нудота, гіперестезія, ригідність затылочних м'язів. При цьому ураження не супроводжується синдромом запальних змін цереброспінальної рідини. За літературними даними, в 1/3 хворих, спостерігалися ознаки помірної енцефалопатії, що включає розлад сну, концентрації уваги і виражену емоційну лабільність.

Висновок: Таким чином представлені клінічні приклади свідчать про складність діагностичного пошуку. З урахуванням поліморфності клінічних проявів Лайм-борреліозу хворі можуть перебувати на лікуванні в дерматологічних, ревматологічних, неврологічних, кардіологічних стаціонарах. І якщо при цьому етіологічний діагноз залишається невстановленим, необхідно обстежити дані групи хворих на борреліозну інфекцію.

ТАКТИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЯЄЧКА У ДІТЕЙ

Сидорова Р.Б., Вернигора Д.Г.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра дитячої хірургії, ортопедії та травматології

Актуальність. Гостре запалення яєчка (ГЗЯ) це патологічні стани різні за характером. До цієї групи включають захворювання яєчка, придатка, в основі розвитку яких відсутній запальний початок.

Недостатня обізнаність педіатрів, сімейних лікарів з цією патологією призводить до пізньої діагностики та значно збільшує відсоток ускладнень. У дітей після перенесеного ГЗЯ можливе виникнення атрофії яєчка, при пізньому зверненні збільшуються випадки

орхектомії. У зв'язку з цим, заслуговують уваги нові підходи до удосконалення діагностики та лікування цієї патології у дітей.

Матеріали та методи. За останні 2 роки в клініці знаходились на лікуванні 631 хлопчиків з ГЗЯ. Кількість дітей з гострою патологією яєчок постійно збільшується. Серед цих захворювань найбільше небезпечним є перекрут яєчка, який діагностовано у 99 хворих. Перекрут гідатід визначено у 407 хворих, орхоепідіміт – у 119 та алергічний набряк – у 6. При діагностиці ГЗЯ використовується метод ультразвукового дослідження (УЗД), з обов'язковим проведенням доплеровського дослідження. УЗД дозволяє виявити порушення кровообігу, відсутність пульсового кровотоку по яєчкової артерії при перекрутах яєчка. Ступінь ішемії яєчок визначається наявністю хаотичних мілких хвиль при доплерографії. При перекрутах гідатид, орхоепідімітах пульсовий кровоток по артеріям яєчка збільшений або не відрізняється від протилежного здорового яєчка. Всього виконано 305 УЗД у дітей з ГЗЯ. Тактика оперативного втручання вирішується індивідуально відповідно до протоколу лікування ГЗЯ у дітей.

Висновки:

1. Для підтвердження діагнозу ОЗЯ доцільно проводити УЗД з доплерографічним дослідженням.
2. При оперативному лікуванні перекрута яєчка до 6 годин від початку захворювання, у 93-95% можливе збереження яєчка та його функції, при більш пізньому звертанні, через 12-24 години, тільки у 50% хворих вдається досягти добрих результатів.
3. У всіх випадках ГЗЯ необхідне термінове оперативне втручання.
3. ГЗЯ залишається серйозною проблемою і однією з найбільш частих причин порушень репродуктивної функції і сексуальних розладів у зрілому віці.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАННОСТІ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ СЕРЕД ДІТЕЙ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Сміян О.І., Сміян К.О., Попов С.В., Січненко П.І.

Сумський державний університет

Кафедра педіатрії

Захворювання органів травлення за даними ВООЗ у середині ХХІ століття будуть займати лідуючі позиції в загальній структурі дитячої захворюваності по всьому світі, що обумовлено способом життя сучасної людини, а саме: стреси, нераціональне харчування, гіподинамія, шкідливі звички. Окрім того, забруднення навколишнього середовища, зростання в раціоні неякісних та гено-модифікованих продуктів харчування є предикторами зростання рівня захворюваності.

Метою нашого дослідження було проаналізувати захворюваність органів травлення серед дитячого населення Сумської області.

Матеріали та методи дослідження. Вивчалась захворюваність органів травлення дітей віком від 0 до 17 років згідно статистичних даних по Сумській області за 6 місяців 2018 та 2019 років.

Згідно отриманих даних захворюваність органів травлення серед дітей першої половини 2018 року склала 3088 випадки. Тоді як, за 6 місяців 2019 року було зареєстровано 2445 дітей. Цей показник є нижчим майже на 21% при порівнянні з попереднім роком. Значну питому вагу серед захворювань органів травлення займають гастрит та гастродуоденіт, що зменшилися на 25% у 2019 році порівнянно з 2018. Крім того, частота

виявлення виразки шлунку та 12-ти палої кишки знизилась на 30%, гастроезофагального рефлюксу – на 56%, а диспепсії – на 58%.

Зменшення кількості захворювань, на нашу думку, може бути пов'язано, в першу чергу, з послабленням первинної медико-санітарної допомоги та профілактики, а також, низькою медичною активністю батьків, зниженням доступністю дитячих гастроентерологів, педіатрів для широких верст населення.

РИЗИКИ ПОШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ЮВЕНІЛЬНОГО ІДІОПАТИЧНОГО АРТРИТУ У ПІДЛІТКІВ

Страшок Л.А., Павлова О.С.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Кафедра підліткової медицини

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) одне з найпоширеніших ревматичних захворювань у дітей. Метотрексат (МТХ) є ключовим препаратом при лікуванні ЮІА. вивчення стану печінки при лікуванні ЮІА з використанням МТХ залишається актуальним. Зважаючи на те, що процес розвитку фіброзу є незворотнім, для його запобігання та вивчення механізмів і етапів його формування слід використовувати новітні маркери. А саме фактор зросту фібробластів (BFGF), що стимулює як ангіогенез так і зріст фібробластів, а також фактор зросту гепатоцитів (HGF), що спонукає печінку до регенерації після травматизації та токсичних уражень.

Мета. Вивчити найбільш вразливий контингент хворих підлітків щодо ураження печінки при лікуванні ЮІА метотрексатом за допомогою визначення фактору зросту фібробластів та фактору росту гепатоцитів.

Матеріали та методи. Обстежено 64 підлітка (25 хлопчиків (39,1%), та 43 дівчинки (67,2%). Середній вік пацієнтів становив $13,3 \pm 0,3$ років Для оцінки результатів дослідження дітей було розподілено на чотири групи відповідно до отриманої кумулятивної дози (КД) в ході лікування МТХ. До 1 групи увійшли діти з ЮІА яким тільки було призначено МТХ та вони ще його не отримували, до 2 групи діти, що отримували курсову дозу МТХ менше ніж один грам, до 3 групи – діти, що отримали від 1 до 3 грам препарату, та до 4 – діти, що отримали більше 3 грамів МТХ.

Результати. Автоімунний запальний процес при ЮІА сприяє формуванню патологічних змін в печінці, ще до початку лікування, що підтверджується статистично значущими кореляціями рівню BFGF в групі дітей з ЮІА, що не отримували МТХ з наявністю ознак стеатозу печінки за даними УЗД ($r=0,8$) та рівнем С-реактивного білка ($r=0,7$). Це свідчить про тісний взаємозв'язок між інтенсивністю запального процесу та активацією синтезу колагену, що може в подальшому спровокувати розвиток фіброзу в печінці. Альтеративні процеси у печінці, пов'язані з автоімунним запаленням, що підтверджується присутністю позитивної кореляції між рівнем АЛТ та BFGF ($r=0,5$). При досягненні кумулятивної дози МТХ в 1 грам та 3 грами, можливо, запускаються компенсаторні процеси в печінці про що свідчить негативний кореляційний зв'язок вмісту BFGF з гепатоцитарним фактором росту HGF ($r=-0,6$).

Висновки. Використання сучасних маркерів ураження печінки в комплексі з клініко-анамнестичними та лабораторно-інструментальними дослідженнями є доцільним для своєчасного визначення ризиків розвитку незворотніх патологічних змін в цьому органі при лікуванні ЮІА.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ КОНТАКТУ З ХВОРИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

Суханова Л.А., Сіренко І.О., Зосимов А.М., Марченко О.Ю., Герасимова Т.Г., Калиновська В.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра дитячої фтизіатрії та пульмонології
Кафедра фтизіатрії, пульмонології та сімейної медицини

Контакт з хворим туберкульозом (ТБ) є найбільш важливим фактором ризику захворювання, особливо, в дитячому віці. Захворюваність дітей та підлітків в осередках ТБ інфекції перевищує таку в популяції в 40-100 разів (Білогорцева та співавт., 2019). Тривале перебування з джерелом інфекції може призводити до масивного інфікування МБТ дитини та швидкого розвитку ТБ у дітей.

Мета роботи: вивчити особливості вперше діагностованого ТБ (ВДТБ) у дітей віком 0-17 років на підставі даних клініко-рентгенологічних досліджень.

Матеріали та методи: вивчені результати обстеження 67 дітей віком 0-17 років з ВДТБ м. Харкова за період 2017-2019 роки. Наявність контакту з хворим ТБ було встановлено у 28 (41,79%) дітей – I група (основна), не встановлено джерело зараження у 39 (58,21%) дітей – II група (порівняння).

В I групі було 3 (10,71%) дітей віком 0-2 роки, у віці 3-5 років – 5 (17,86%), 6-10 років – 6 (21,43%), 11-12 років – 2 (7,14%), 13-14 років – 2 (7,14%), 15-17 років – 10 (35,71%) хворих. В II групі дітей віком 0-2 роки – 1 (2,56%), 3-5 років – 12 (30,77%), 6-10 років – 12 (30,77%), 11-12 років – 3 (7,69%), 13-14 років – 1 (2,56%), 15-17 років – 10 (25,64%) пацієнтів.

Розподіл за статтю був наступний: I група – 10 (35,71%) хлопчиків та 18 (64,29%) дівчаток, II група – 22 (56,41%) та 17 (43,59%), відповідно.

Було проведено оцінку методу виявлення, клінічних форм захворювання, наявності ускладнень та ускладненого перебігу в кожній групі.

Результати: Захворювання виявлено при профілактичному обстеженні за відсутності скарг та симптомів інтоксикації у 25 (89,29%) дітей I групи та у 26 (66,67%) осіб II групи, при зверненні за медичною допомогою – у 3 (10,71%) та 13 (33,33%) пацієнтів, відповідно.

ТБ органів дихання встановлено в I групі у 27 (96,43%) дітей, позалегеновий – у 1 (3,57%) хворого, в II групі ТБ органів дихання – у 36 (92,31%) дітей, з них 2 (5,55%) – ТБ органів дихання в поєднанні з позалегеновим ураженням (периферичні лімфовузли); позалегеновий ТБ – у 3 (7,69%) осіб.

У захворілих дітей встановлено наступні клінічні форми туберкульозу: ТБ внутрішньогрудних лімфатичних вузлів у 11 (39,29%) дітей I групи та 17 (43,59%) осіб II групи; первинний туберкульозний комплекс: I група – 4 (14,29%), II група – 8 (20,51%) дітей; ізольований плеврит: I група – 1 (3,57%), II група – 2 (5,13%) дітей; вогнищевий ТБ I група – 2 (7,14%), II група – 1 (2,56%) дитини; інфільтративний ТБ – I група – 9 (32,14%), II група – 7 (17,95%) дітей.

Лише в I (основній) групі виявлено випадок міліарного ТБ з ураженням ЦНС – у 1 (3,57%) дитини, тоді як у II групі встановлено ТБ бронхів, ізольований ТБ периферичних лімфовузлів, ТБ кишківника, ТБ невстановленої локалізації – по 1 (2,56%) випадку.

Ускладнення ТБ виявлені у 4 (14,29%) дітей в I групі та 3 (7,69%) пацієнтів в II групі, тобто в 1,9 разів частіше в основній групі. Порушення бронхіальної прохідності з розвитком ателектазу сегменту легені – у 1 (3,57%) особи в I групі та 2 (5,13%) дітей з II групи, плеврит

– по 1 (3,57% та 2,56%, відповідно) дитині в кожній групі. Лише у дітей I групи відмічалось кровохаркання – 1 (3,57%) дитина та кома з летальним наслідком – 1 (3,57%).

Ускладнений перебіг захворювання виявлено у 21 (75,0%) особи I групи та 14 (35,90%) дітей II групи: деструкція легеневої тканини – у 5 (17,86%) та 3 (7,69%) дітей, відповідно; вогнища відсіву – у 4 (57,14%) та 3 (10,26%) дітей, відповідно; поширене ураження органів дихання та поєднання легеневого ураження з позалегеновим ТБ – у 13 (46,43%) та 6 (15,38%) дітей, відповідно; абсцедування ураженого органу було у 2 (5,13%) дітей лише II групи.

Висновки: наявність контакту з хворим ТБ є найвагомим фактором ризику розвитку ТБ з швидким поширенням процесу та появою загрозливих для життя ускладнень, особливо в ранньому, препубертатному та підлітковому віці. Значна частина захворілих дітей молодшого віку без встановленого джерела інфікування свідчить про наявність епізодичних контактів з хворими ТБ.

Активне залучення до обстеження дітей, які контактують з хворими ТБ в родині, та усіх осіб незалежно від віку при епізодичних контактах сприятиме своєчасному виявленню захворювання.

КЛІНІЧНІ ТА РЕНТГЕН-МОРФОМЕТРИЧНІ СТОМАТОГНАТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДІСПЛАЗІЇ СПОЛУЧЕНОЇ ТКАНИНИ

Ткаченко О.Д.^{1,2}

¹Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії № 1 та неонатології

²Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра стоматології дитячого віку, ортодонції і імплантології

Недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ) Undifferentiated connective tissue dysplasia – це генетично детермінований патологічний стан, який проявляється дефектами волокнистих структур і основної речовини сполучної тканини, що приводить до порушення формоутворення органів і систем, що має прогресивний перебіг.

Проблема діагностики, профілактики та раннього патогенетичного лікування пацієнтів з НДСТ на сьогоднішній день актуальна у дітей різного віку та підлітків з урахуванням високої поширеності її несиндромних проявів, що мають полісистемний характер. Останні десятиріччя відмічається і стійка тенденція до зростання основних стоматологічних захворювань. Серед їх багатьох етіологічних факторів та, зокрема, зубощелепових аномалій багато вітчизняних та закордонних авторів виділяють НДСТ. Вважається також, що клінічні прояви уражень скронево-нижньощелепового суглоба в дітей та підлітків є першим показником наявності в пацієнта НДСТ.

Визначені деякі клінічні прояви НДСТ в стоматогнатичній системі. Під час стоматологічного обстеження пацієнтів з НДСТ широко використовують рентгенологічні методи (латеральну телерентгенографію (ЛТРГ) та ортопантомографію (ОПТГ)) та недостатньо вивченими залишаються деякі рентген-морфометричні стоматогнатичної системи, що й стало метою нашого дослідження.

Мета дослідження: визначити рентген-морфометричні стоматогнатичної системи, що характерні для проявів НДСТ.

Для досягнення поставленої мети були сформовані дві **задачі**: 1. Обстежити пацієнтів з соматичною патологією на тлі недиференційованої дисплазії сполученої тканини з використанням латеральної телерентгенограми та ортопантомограми. 2. Визначити типові прояви недиференційованої дисплазії сполученої тканини в стоматогнатичній системі.

В дослідженні взяли участь 35 волонтерів обох статей віком від 6 до 16 років, що були обстежені на кафедрі педіатрії № 1 і неонатології ХНМУ, мали соматичну патологію на тлі НДСТ та потребували консультації ортодонта, за якою були направлені на кафедру стоматології дитячого віку, ортодонтії і імплантології ХМАПО (табл. 1).

Таблиця 1.

Розподіл досліджуваного контингенту за віком та статтю.

вік (роки)	6 - 8 (ранній змінний) 9 – 12 (пізній змінний)	13 та більше (постійний прикус, що доформовується)
	24	11
стать	чоловіча	жіноча
	16	19

Пацієнтам проводився зовнішній огляд, обстеження лицевих та внутрішньоротових ознак зубощелепових аномалій. Використовували рентгенологічні методи: лТРГ та ОПТГ.

Результати дослідження: При зборі анамнезу були підтверджені літературні свідчення про порушення послідовності, парності та симетричності прорізування тимчасових та постійних зубів.

При клінічному обстеженні пацієнтів виявлені типові ознаки, що характерні для проявів НДСТ та описані в доступній нам літературі, а саме: серед проявів в кістковій системі - деформації черепа, деформації шийного лордозу, деформації осанки в сагітальній площині та сколіотичні деформації хребта.

Серед шкіряних проявів горизонтальні атрофічні рубці на шкірі живота, стегон та сідниць, гіпереластоз шкіри, мармуровий рисунок шкіри, родимі плями з оволосінням. гіпермобільністю. Серед суглобових проявів: артралгії в анамнезі та на момент обстеження, плоскостопість.

Під час огляду обличчя виявлені нові стоматогнатичні предиктори НДСТ, однак їх систематизація та верифікація потребує дослідження на більшій вибірці досліджуваного контингенту в подальших дослідженнях. Ми можемо передбачити такі ознаки як: непропорційне обличчя з подовженою нижньою третю; похилий лоб; дефіцит середньої зони обличчя; «flat cheek» або пласка щока; широке перенісся; виступання парабульбарної клітковини під нижньою повікою («baggy skin under the eyes»); біла смужка склери над нижньою повікою; асиметрія величини очної щілини і розташування очей; опущені зовнішні кути очей; змикання губ з напругою (внаслідок порушеного носового дихання).

При обстеженні порожнини рота виявлено ознаки, що відносяться до зубних рядів: скупчене положення зубів; звуження і вкорочення зубних рядів; аномалії прикусу в сагітальній, вертикальній і трансверзальній площині; готичне піднебіння; 3-4 клас по Маллампаті, що підтверджує високе положення під'язикової кістки.

Додатково визначено, що в більшості випадків у пацієнтів з НДСТ відмічали тонкий фенотип тканин пародонта (бліда слизова оболонка; зони ішемії в ній як прояви близького прилягання екзостозів та ділянок підвищеного кісткового рельєфу; промененцію коренів фронтальних зубів; виражений альвеолярний валік, посилений судинний рисунок; дрібне переддвер'я порожнини рота; аномалії вуздечок верхньої і нижньої губи; аномалії вуздечок язика; виражені його сосочки.

При аналізі латеральних ТРГ пацієнтів з НДСТ визначали: звуження дихальних шляхів на рівні носоглотки за рахунок аденоїдних вегетацій II ступеня, звуження дихальних шляхів на рівні рото глотки за рахунок випрямлення шийного лордозу та глоссоптозу,

звуження дихальних шляхів на рівні гортаноглотки за рахунок гіпертонусу м'язів язика та супрагіоїдної групи, що підтверджується близьким положенням під'язикової кістки.

ДИНАМІКА СТАТУСУ ВІТАМІНУ Д У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ НА ТЛІ ТЕРАПІЇ ПРЕПАРАТАМИ КАЛЬЦИФЕРОЛУ

Хаджинова Ю.В.^{1,2}

¹ Харківський національний університет ім.В.Н.Каразіна
Кафедра педіатрії №2

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

В сучасних публікаціях широко обговорюються дані про роль вітаміну D як імунного та запального медіатора, що бере участь у патогенезі низки аутоімунних захворювань (розсіяний склероз, діабет 1 типу, ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, хвороба Крона), в тому числі, хронічного артриту як у дорослих, так і у дітей. На наш час доведено, що вітамін D є необхідним для активації та реагування клітин, що беруть участь у вроджених та адаптивних імунних реакціях, таких як макрофаги, дендритні клітини, Т- та В-лімфоцити. Кальциферол здатний пригнічувати імунну відповідь, а його низька концентрація у сироватці крові пов'язується зі збільшенням синтезу протизапальних медіаторів та, відповідно, активності аутоімунних захворювань.

Метою даного дослідження було визначення рівня вітаміну D у сироватці крові у дітей з ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) в залежності від віку пацієнтів, клінічного варіанту хвороби та терапії та аналіз статусу вітаміну в динаміці, на тлі базисної терапії та додаткового прийому препаратів кальциферолу.

Матеріали та методи. У основну групу увійшли 39 пацієнтів з ЮІА, які відповідали критеріям ILAR щодо класифікації та номенклатури ЮІА. Переважали пацієнти жіночої статі, 29 двічат (74,36%) та 10 хлопців (25,64%, $p < 0,05$). Середній вік хворих становив $(10,8 \pm 4,6)$ років. Пацієнти були поділені на групи залежно від віку (до 6 років, від 6 до 10 років, від 10 до 14 років та старше 14 років), варіанта захворювання (олігоартикулярний варіант, поліартикулярний варіант, недеференційований артрит) та терапії базисної (наявності метотрексату або його відсутності). Дослідження проводилося два рази (перший – на тлі відсутності додаткового прийому вітаміну D, другий – після 6 місяців саплементації 2000 МО препарату вітаміну D). Контрольну групу склали 20 однолітків, які не приймали препаратів вітаміну D.

Рівень 25-гідроксिवітаміну D [25 (ОН) D] у сироватці крові вимірювали за допомогою методу хемілюмінесценції з використанням Cobas 6000, Roche Diagnostics (Switzerland). Використання біологічного матеріалу людини було затверджено Етичною комісією ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків» м.Харків, Україна, а письмова інформована згода була отримана відповідно до Декларації Хельсінкі.

Результати. Середній рівень вітаміну D у сироватці становив $22,26 \pm 2,53$ нг/мл, що було значно нижче ніж у дітей в контрольній групі $28,67 \pm 2,38$ нг/мл ($p < 0,05$). Залежності від статі виявлено не було. Встановлено взаємозв'язок між віком пацієнтів та рівнем вітаміну D. Діти віком до 6 років мали значно вищий статус вітаміну D у порівнянні з дітьми старшого віку ($p < 0,05$). Залежності концентрації вітаміну D в сироватці крові від варіанту захворювання у дітей при первинному дослідженні знайдено не було.

Аналіз вмісту вітаміну D при повторному дослідженні показав, що пацієнти чоловічої статі мали достовірну позитивну динаміку у порівнянні з пацієнтами жіночої статі ($p < 0,05$). Також рівень вітаміну D на тлі саплементації вітаміном D, зростав вірогідно у дітей молодшого віку, чого не спостерігалось у дітей старше 14 років ($p < 0,05$). Встановлена

позитивна динаміка статусу вітаміну Д у хворих з олігоартикулярним варіантом захворювання у порівнянні з іншими варіантами ($p < 0,05$). Також, за умов наявності базисної терапії, пацієнти краще відповідали на прийом вітаміну Д, ніж діти які не отримували лікування метотрексатом. Водночас взаємозв'язок між дозою метотрексату та рівнем вітаміну Д та його збільшенням доведено не було ($P > 0,05$).

Висновки. У хворих на ЮІА відмічався недостатній рівень вітаміну Д, який збільшувався після додаткового прийому 2000МО препаратів вітаміну Д протягом 6 місяців. Дівчата, діти віком старше 14 років, пацієнти з недеференційованим артритом та поліартикулярний варіантом захворювання, а також хворі які не отримували базисну терапію метотрексатом, мали недостатнє відновлення статусу вітаміну Д, що потребує пересмотру режимів додаткового прийому вітаміну Д та базисної терапії.

ОСОБЛИВОСТІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З КОАРКТАЦІЄЮ АОРТИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Хапченкова Д.С., Сенаторова Г.С.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Коарктація аорти (КоА) є одною з найбільш поширених вроджених вад серця у дітей, посідаючи третє місце серед найбільш розповсюджених в ранньому віці, та друге місце – серед критичних. Основними діагностичними критеріями вади є артеріальна гіпертензія вище місця коарктації, гіпотензія на нижніх кінцівках та слабкість / або відсутність пульсації на стегнових артеріях, гіпертрофія лівого шлуночка, розвиток серцевої недостатності. Без оперативної корекції смертність на першому році життя досягає 90%, а середня тривалість життя становить 35 років. А частота пізньої діагностики КоА сягає за деякими даними 10%. Строки проведення оперативного втручання визначаються індивідуально приймаючи до уваги тяжкість стану пацієнта, наявність порушень гемодинаміки, супутньої патології.

Мета роботи: визначити особливості спостереження дітей з коарктацією аорти в післяопераційному періоді.

Матеріали та методи: проведений ретроспективний аналіз 87 історій хвороб дітей з коарктацією аорти; у 46 дітей з артеріальною гіпертензією визначено рівень оксиду азоту в сироватці крові після хірургічного лікування коарктації аорти, 24 дітям проведено добове моніторування артеріального тиску та електрокардіограми в післяопераційному періоді, у 12 новонароджених визначені особливості будови стінки аорти у місці коарктації; у 56 пацієнтів визначена якість життя в післяопераційному періоді.

Отримані результати. Проаналізувавши анамнез життя та захворювання, скарги пацієнтів та їх батьків, дані об'єктивного статусу, лабораторних та інструментальних методів обстеження, визначені особливості симптоматики КоА у різних вікових групах, коморбідні стани та супутні захворювання.

Рівень оксиду азоту в сироватці крові був визначений у дітей в післяопераційному періоді, як можливий фактор підтримки артеріального тиску та ознака ендотеліальної дисфункції у даної категорії пацієнтів. В післяопераційному періоді пацієнтам проведено добове моніторування артеріального тиску, у більшості випадків цифри артеріального тиску були характерні для гіпертензії. При цьому за даними ехокардіографічного обстеження рекоарктація була виключена та результат операції вважали задовільним.

Вивчаючи перебіг післяопераційного періоду виявлені найбільш значущі ускладнення оперативного втручання, фактори, що знижували якість життя пацієнтів з коарктацією аорти,

спираючись на ці дані визначені основні напрямки диспансерного спостереження на різних етапах післяопераційної реабілітації. Отримавши гістологічні особливості стінки аорти у дітей з її коарктацією та вивчаючи післяопераційний період цих пацієнтів, в подальшому можливе прогнозування його перебігу та появи ускладнень в майбутньому.

Висновки. Незважаючи на те, що коарктація аорти вроджена вада серця, що потребує оперативного лікування, хірургічна корекція зазначеної патології є тільки першим етапом лікування даної групи пацієнтів. Діти після проведеної операції потребують постійного та насамперед індивідуального спостереження на протязі всього життя, який повинен базуватися на особливостях перебігу захворювання до операції та отриманих лабораторних та інструментальних даних після неї.

ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ДІТЕЙ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ

Харькова М.О., Рибка О.С.

**Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології**

Актуальність: Згідно даним Всесвітньої організації охорони здоров'я ожиріння визнано глобальною епідемією. Особливе занепокоєння викликає поширення ожиріння серед дітей. Одним з загрозливих станів, які супроводжують ожиріння, є порушення ліпідного обміну, в зв'язку з чим вивчення ліпідного статусу є значущим для прогнозування серцево-судинного здоров'я у дорослому віці.

Мета: встановити гендерні особливості ліпідного профілю у дітей з надлишковою масою тіла та ожирінням.

Матеріали і методи: Нами було обстежено 247 дітей з надлишковою масою тіла та ожирінням, віком від 2 до 18 років, серед яких 160 хлопчиків та 87 дівчат. Для визначення надлишку маси було розраховано індекс маси тіла, абсолютні значення та стандартні відхилення якого інтерпретували за таблицями, рекомендованими ВООЗ. Оцінка ліпідного профілю включала вимірювання загального холестерину (ЗХ), триглицеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). Для оцінки параметрів ліпідного профілю використовувався National Cholesterol Education Program, 2006.

Результати: Нами було встановлено, що ЛПНЩ мають нормальні середні значення у хлопчиків та у дівчаток. Рівні ЛПВЩ гранично знижені незалежно від статі. ТГ мають підвищені значення в обох групах. ЗХ має граничні значення незалежно від статі. Встановлено наступний розподіл показників ЛПВЩ та ТГ: рівень ТГ достовірно вище у дівчаток ($p < 0,05$), показники ЛПВЩ достовірно знижені у хлопчиків ($p < 0,05$).

Висновки: У дітей з надлишковою масою тіла та ожирінням наявна гіпердісліпідемія, що має гендерні особливості.

ВИВЧЕННЯ ХАРАКТЕРУ ВИГОДОВУВАННЯ ТА СТРОКІВ ВВЕДЕННЯ ОСНОВНИХ ПРОДУКТІВ ПРИКОРМУ СЕРЕД ПРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Хіменко Т.М., Столяренко В.Н.

**Одеський національний медичний університет
Кафедра пропедевтики педіатрії**

Актуальність. Щороку приблизно 15 мільйонів дітей у світі та близько 500000 дітей в Європі народжуються недоношеними, тобто, це – кожна десята дитина. Ці цифри свідчать про те, що недоношені діти представляють собою найбільшу групу дітей - пацієнтів в Європі.

За даними ВОЗ в Україні кожного року народжується близько 24 тисяч недоношених дітей. Це приблизно кожна 20-та дитина в країні.

Мета. Вивчити характер вигодовування та строки введення основних продуктів прикорму серед передчасно народжених дітей першого року життя.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося з травня 2019 року, по січень 2020 року, на базі ММЦ ОНМедУ та дитячих поліклінік м. Одеси (№6, №3). Проведено анкетування батьків недоношених дітей 1-го року життя, методом заповнення анкети в Google Forms. Критерії відбору були такі: батьки, діти яких були народжені до 37 тижня гестації, вік дитини на момент анкетування складав більше 9 місяців.

Результати. В анкетуванні взяли участь 57 респондентів. Середній термін гестації – 30,51 (+/-3.8) тижнів. Середня вага тіла при народженні – 1,57 (+/-0,69) кг., з них 33,3% з малою масою тіла, 28,1% з дуже малою масою тіла та 26,3% за надзвичайно малою масою тіла. Було виявлено, що 57,9% з 95% ДІ (44,98; 69,81) дітей знаходилися на штучному, 19,3% (11,13; 31,34) - на змішаному, 22,8% (13,84; 35,21) – на грудному вигодовуванні. 42,1% (30,19; 55,02) дітей не отримували грудне молоко взагалі, або отримували його менше 1-го місяця. За даними опитування, лише 64,9% (51,94; 76,0) респондентів ввели прикорм у віці 6-7 місяців, 21,1% (12,47; 33,29) у віці 4-5 місяців, 12,28% (6,08; 23,25) у 8-9 місяців. 83% з яких мотивувалися власними переконаннями. Для першого прикорму батьки обирали наступні продукти: овочеve пюре в 50,88% (38,26; 63,38), 17,54% (9,82; 29,39) фруктове пюре та 29,82% (19,53; 42,66) надали перевагу кашам. Харчову зацікавленість проявляли 66,67% (53,72; 77,51) дітей, у 8,77% (3,81; 18,94) випадків мати не знайома з таким терміном як зацікавленість. Лише 38,6% (27,06; 51,57) дітей отримували продукти насичені залізом, такі як м'ясо та яєчний жовток, з 6-7 місяців, 19,3% (11,13; 31,34) не отримували м'яса до року. Кисломолочні продукти, що представляють собою групу продуктів насичену кальцієм та білком, 21,05% (12,47; 33,29) дітей отримували у відповідному віці. Рибу отримували лише 40,35% ДІ (28,62; 53,3) дітей у віці 10-12 місяців, інші не отримували рибу до року. Серед труднощів при введенні прикорму, за думкою матерів у 21,05% (12,47; 33,29) - дисфункції ШКТ, 17,54% (9,82; 29,37) - відмова дитини від їжі, 8,77% (3,81; 18,94) труднощі зі сторони матері, такі як незнання який продукт прикорму і в якому віці його необхідно вводити. У 12,3% (6,08; 23,25) дітей спостерігалось затримка прорізування зубів, пізніше 8 місяців корегованого віку, 47,37% (34,99; 60,08) дітей, на думку батьків, мають затримку темпів фізичного та 42,11% (30,19; 55,02) - затримку психомоторного розвитку. 29,82% (19,53; 42,66) батьків мають побоювання щодо росту і розвитку своєї дитини. Виявлено, що лише 43,86% (31,77; 56,72) матерів отримали консультацію педіатра щодо вигодовування та термінів введення прикорму. При виборі джерела інформації щодо розвитку та догляду за дитиною 91,23% (81,06; 96,19) респондентів надають перевагу медичним спеціалістам. При цьому 57,89% (44,98; 69,81) батьків мають бажання відвідувати «Школу для батьків».

Висновки. Таким чином, можна зробити висновок, щодо низької інформованості населення в питаннях раціонального вигодовування недоношених дітей першого року життя, про що свідчать: пізнє введення продуктів прикорму, відсутність диверсифікації та продуктів насичених залізом в перших стравах прикорму. Усе вище зазначене є підтвердженням необхідності проведення навчальних лекцій та занять з питань раціонального вигодовування та розвитку недоношених дітей 1 року життя.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ З ХАРЧОВОЮ АЛЕРГІЄЮ

Черниш Ю.Р., Охотнікова О.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра педіатрії № 1

Мета дослідження: визначити особливості морфологічних та гістологічних змін слизової оболонки шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей з харчовою алергією (ХА).

Матеріали та методи. Обстежено 16 дітей віком від 1 місяця до 12 років, які перебували у соматичних відділеннях Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» з приводу скарг з боку ШКТ та алергічних хвороб, таких як бронхіальна астма, алергічний риніт, атопічний дерматит, ХА. Проведено збір анамнезу та об'єктивне обстеження дітей, загально-клінічні лабораторні дослідження, сучасну алергодіагностику (шкірні прик-тести, визначення рівнів специфічних імуноглобулінів Е (IgE) до харчових продуктів у сироватці крові), проведено фіброезофагогастроуденоскопію (ФЕГДС), фіброколоноскопію, біопсію слизової оболонки ШКТ.

Отримані результати. В результаті детального вивчення анамнезу захворювання, аналізу харчових щоденників, результатів алергологічного обстеження, елімінаційних заходів та проведення прямих провокаційних проб у обстежених пацієнтів була підтверджена наявність у пацієнтів харчової алергії. Причинними продуктами, що викликали гастроінтестинальні прояви харчової алергії виявилися: білок коров'ячого молока (56,25 %), гречана крупа, картопля, персик, яблуко, тріска, м'ясо курки, пшеничне борошно, жовток курячого яйця.

Візуальні особливості слизової оболонки ШКТ у дітей із проявами харчової алергії, що виявлялись під час ФЕГДС та колоноскопії, були різноманітними. У стравоході слизова оболонка характеризувалась рожевим (81,25%) і блідо-рожевим кольорами (12,5%) або гіперемією в нижній третині (6,25%). Рефлюкс-езофагіт був встановлений в 1 пацієнта. Слизова оболонка шлунка була блідо-рожевою у 75% дітей, гіперемованою - 37,5%, у 37,5% - субатрофічною, з ерозіями в антральному відділі – 18,75%. У дванадцятипалій кишці рожевий колір слизової оболонки без вогнищ деструкції спостерігався у 75% хворих, гіперемія слизової оболонки без нальотів та вогнищ деструкції - 12,75%, гіперемія з ерозіями – у 6,25%, з елементами лімфоїдної гіперплазії – у 6,25% і виразним набряком та атрофією слизової оболонки - 12,5%.

При колоноскопії слизова оболонка прямої кишки виявилася рожевого кольору та без деструктивних змін (37,5%), гіперемована та набрякла (25%), з ерозіями (6,25%). У 31,25% дітей слизова оболонка сигмоподібної кишки була рожевою без явищ деструкцій і збереженим судинним малюнком, а її гіперемія – у 25%, набряк слизової – у 6,25%, відсутність судинного малюнка – у 18,75% хворих, помірну травмованість через контакт з ендоскопом відзначено у 6,25% хворих, а зернисту гіперплазію - у 18,75%. Четверть хворих мали нормальну картину слизової оболонки усіх відділів товстої кишки, вогнищева зернистість слизової нисхідного відділу ободової кишки спостерігалася у 6,25% дітей. Набряк слизової оболонки з підслизовими крововиливами у сліпій кишці відзначено у 6,25% пацієнтів.

Гістологічне дослідження слизової оболонки стравоходу не виявило патологічних змін. У слизовій шлунку - нерівномірний міжклітинний набряк, вогнищева гіперплазія; у власній пластинці відзначено лімфоїдну інфільтрацію плазматичними клітинами (25%), еозинофільну інфільтрацію з вогнищами скупчень еозинофілів в крайовій зоні виявлено у

12,75% дітей. Зміни слизової оболонки дванадцятипалої кишки представлені явищами вогнищевої субатрофії і атрофії ворсинок з вкороченням та розширенням крипт (37,5%), зменшенням числа келихоподібних клітин (25%). У власній пластинці слизової оболонки спостерігалась лімфоїдна інфільтрація (43,75%), здебільшого плазматичними клітинами (12,75%), мала місце помірна (37,5%) і дифузна (12,5%) еозинофільна інфільтрація; лімфоїдні фолікули. На поверхні ентероепітелія виявлялися вогнища псевдобагатошаровості ентероепітелія (25%) і щільний оксифільний секрет (31,25%).

У слизовій оболонці порожньої кишки виявлено явища вогнищевої субатрофії, у власній пластинці – розсіяна лімфоїдна інфільтрація з наявністю невеликої кількості еозинофільних лейкоцитів, а також псевдобагатошаровість ентероепітелія, на поверхні якого щільний оксифільний секрет (6,25%). Слизова оболонка сигмовидної кишки мала міжклітинний набряк, явища субатрофії, лімфоїдну інфільтрацію власної пластинки плазмоцитами, а також еозинофілами і поодинокими нейтрофілами, лімфоїдними фолікулами (43,75%). У слизовій оболонці сліпої та ободової кишок виявлений міжклітинний набряк, слабо виражена дисплазія ентероепітелія, субатрофія, потовщення крипт; дифузна інфільтрація власної пластинки еозинофілами, плазмоцитами і наявність лімфоїдного фолікулу відзначено у 12,5 % випадків. Зміни прямої кишки були представлені лімфоїдною інфільтрацією власної пластинки з наявністю поодиноких еозинофільних лейкоцитів.

Слід відмітити те, що у 31,25% пацієнтів, у яких не було виявлено візуальних змін при ендоскопічному дослідженні виявлено гістологічні зміни, які характерні для алергічного запалення.

Висновки. У всіх обстежених пацієнтів за результатами гістологічного дослідження були виявлені зміни в слизовій оболонці гастроінтестинального тракту, характерні для алергічного запалення: дифузна інфільтрація власної пластинки еозинофілами, клітинами лімфоїдного ряду, наявність лімфоїдного фолікулу. Гістологічні зміни відмічались також у пацієнтів, у яких не було виявлено змін слизової оболонки при ендоскопічному дослідженні. Гістологічне дослідження слизової оболонки шлунково-кишкового тракту має важливе діагностичне значення у виявленні гастроінтестинальних проявів харчової алергії.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ПІДЛІТКІВ - УЧНІВ ЗАКЛАДУ ПРОФЕСІЙНО-ТЕХНІЧНОЇ ОСВІТИ

(за даними медичного огляду 2019 р.)

Чернякова Г.М.

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

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

Актуальність. З багатьох характеристик, що визначають стан здоров'я підлітків, найбільш вираженим і таким, що відображає ступінь впливу факторів навколишнього середовища, є рівень захворюваності. Відомо, що здебільшого молодь не враховує стан свого здоров'я під час вибору професії та отриманні професійної освіти. У зв'язку з цим, актуальним є проведення аналізу поширеності захворюваності серед підлітків - учнів закладу професійно-технічної освіти (ЗПТО).

Матеріали та методи. Під час проведення медичного огляду співробітниками ІОЗДП було досліджено стан здоров'я 231 учня (135 хлопців та 96 дівчат) ЗПТО №39.

Результати дослідження. На підставі оцінки фізичного розвитку було встановлено, що гармонійний розвиток мали майже половина студентів (54,0%). Надлишок маси тіла мали

22,0% дівчат та вдвічі менше хлопців (12,0%), ожиріння було діагностовано у 17,0% учениць проти 13,5% учнів, дефіцит маси тіла мали 6,2% дівчат та майже вдвічі більше хлопців (13,5%).

Загальна патологічна ураженість у досліджуваних складала 2497,8‰ і була достовірно вищою серед дівчат (2989,6‰), ніж серед хлопців (2148,1‰), $p < 0,05$. Найбільш поширеними серед учнів ЗПТО були хвороби ендокринної системи – 584,4‰, хвороби системи кровообігу – 480,5‰, захворювання кістково-м'язової системи – 398,3‰, патологія ока та придаткового апарату складала 346,3‰. Серед дівчат хвороби сечостатевої системи виявлялися в кількості 333,3‰, тоді як у хлопців не було діагностовано патологій даної системи. Також у дівчат значно частіше зустрічалися хвороби органів травлення (343,8‰ проти 163,0‰ у хлопців) та захворювання нервової системи (218,8‰ проти 74,1‰ у хлопців), $p < 0,05$. За іншими захворюваннями достовірних відмінностей за статтю не встановлено.

Оцінюючи структуру захворюваності серед учнів, варто відзначити, що хвороби ендокринної системи діагностували у 23,0% учнів, хвороби системи кровообігу – у 19,0%, хвороби кістково-м'язової системи – 16,0%, хвороби ока – 11,0%. Основною патологією, яка формувала групу захворювань ендокринної системи, було ожиріння (30%). Із порушень нервово-психічної сфери найчастіше реєструвалися різноманітні прояви вегето - судинної дистонії (87%). Серед захворювань системи кровообігу домінували функціональні кардіопатії (67,6%). Серед хвороб ока і придаткового апарату у 71,3% студентів встановлено неуточнене зниження гостроти зору та у 27,5% діагностовано міопію. Найбільш частими захворюваннями органів дихання були викривлення носової перетинки (60%) та хронічний тонзиліт (29%). Серед хвороб органів травлення функціональні розлади шлунку діагностовано у 65,5% випадків та прояви хронічного гастродуоденіту у 23,6%. Серед захворювань кістково-м'язової системи порушення постави виявлено у 65,2% випадків. Патологія сечостатевої системи зустрічалася лише у дівчат та була представлена діагнозами альгодісменореї (72,0%) та гірсутизму (19,0%).

На підставі даних медичного огляду усі учасники були розподілені за групами здоров'я. Таким чином, до I групи (здорові) увійшли (7,3±1,7)% учнів, II група (функціональні відхилення) була найчисельнішою і дорівнювала (69,3±3,0)%, до III групи (хронічні захворювання) належало (23,4±2,8)% учнів.

Висновки: Під час дослідження стану здоров'я учнів ЗПТО встановлено достатньо високу поширеність патологічної ураженості, особливо серед дівчат ($p < 0,05$). Майже кожен четвертий учень має обмеження у своєму професійному самовизначенні, обумовлені його станом здоров'я. Це свідчить про необхідність диспансерного спостереження за підлітками, які мають відхилення у стані здоров'я, та надання їм вчасної та кваліфікованої медичної допомоги.

РАЗВИТИЕ ПЕДИАТРИИ КАК НАУКИ, УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ В ХАРЬКОВСКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМЕНИ В.Н. КАРАЗИНА

Чориева Д., Летьго А.В., Чернуский В.Г., Говаленкова О.Л.

**Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина
Кафедра педиатрии**

В октябре 1997 года на заседании Ученого совета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина было принято решение о формировании кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии. Приказ №3501-1/075 об образовании кафедры был

подписан 4 ноября 1997 года. Следует отметить, что кафедра педиатрии на медицинском факультете организовывается не впервые. Так, исходя из исторических документов, 12 января 1892 года в Харьковском университете (сейчас ХНУ имени В.Н. Каразина) была открыта кафедра детских болезней.

Целью данной работы было осветить основные исторические моменты, направления развития педиатрии на медицинском факультете Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина с момента возобновления работы кафедры педиатрии в 1997 году.

Из всех медицинских специальностей педиатрия наиболее тесно связана с акушерством и терапией. Поэтому, когда в 1993 г. начал свою учебную деятельность факультет фундаментальной медицины, педиатрия преподавалась на кафедре внутренних болезней, которую возглавлял проф. Яблунчанский Н.И. Для чтения курса детских болезней были приглашены ведущие специалисты НИИ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины» к.м.н., с.н.с. Бориско Г.А. (1995 г.) и к.м.н., с.н.с. Лебедь И.С. (1996 г.). Развитие факультета, увеличение количества учащихся способствовало тому, что 04.11.1997 ректор университета проф. Бакиров В.С., директор НИИ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины» проф. Коренев Н.М. и ведущий акушер-гинеколог города Харькова проф. Грищенко О.В. подписали соглашение о сотрудничестве и утвердили создание самостоятельной кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии (приказ № 3501-1/075). Согласно этому приказу заведующим новой кафедры стал Заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор Николай Михайлович Коренев, а клиника Института становилась клинической базой педиатрической части кафедры. С этого момента курс лекций по педиатрии стал читать проф. Коренев Н.М., а преподавательский состав педиатрической части кафедры расширился: проф. Коренев Н.М., проф. Богмат Л.Ф., к.м.н. Лебедь И.С., к.м.н. Бориско Г.А., к.м.н. Говаленкова О.Л., к.м.н. Камарчук Л.В., ас. Носова Е.М.

В связи с быстрым ростом численности иностранных студентов из различных стран мира (Иордания, Индия, Сирия, Туркменистан, Малазия, Израиль, Марокко, Саудовская Аравия, Турция, Азербайджан, Россия, Узбекистан) на медицинском факультете возникла острая необходимость в реорганизации кафедр. Так, в 2008 г. кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии была разделена на кафедру педиатрии и кафедру акушерства и гинекологии (приказ №3501-1/186 от 4 декабря 2008 г.). Возглавил новую кафедру педиатрии проф. Коренев Н.М. и профессорско-преподавательский состав кафедры насчитывал уже 19 сотрудников, из них 4 доктора наук и 11 кандидатов наук. На том этапе развития кафедры педиатрии ее сотрудники под руководством профессора Коренева Н.М. изучали вопросы формирования здоровья детей и подростков, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС, аспекты механизмов развития остеоартроза у детей и подростков, артериальной гипертензии, осуществлялось научное сопровождение государственных программ «Здоровье нации», «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Украине», «Репродуктивное здоровье».

С 2016 года возглавляет кафедру доктор медицинских наук, профессор Чернуский Вячеслав Григорьевич. В составе кафедры 26 сотрудников, из них 5 докторов наук, профессоров, 19 кандидатов наук, доцентов, 2 ассистента. Начиная со второго курса студенты изучают на кафедре шесть учебных дисциплин: «Уход за больными» (2 курс); «Сестринская практика» и «Пропедевтика педиатрии» (3 курс), Педиатрия (4 курс), Педиатрия, детские инфекционные болезни (5 курс), Педиатрия с детскими инфекционными болезнями (6 курс). Начиная с 2015 г. ведется активная работа по разработке дистанционных курсов обучения по дисциплинам «Пропедевтика педиатрии» и «Педиатрия, детские

инфекционные болезни». За последние годы издана серия учебно-методических пособий по неонатологии, пропедевтике педиатрии, неотложным состояниям в педиатрии. Профессором Чернуским В.Г. в соавторстве издано пособие для практических врачей «Алергічні хвороби» (2011), учебник для студентов «Аллергология» (2012) и «Основы общей иммунологии» (2018), монография «Механизмы изменчивости вирусов» (2018). Также в 2015 году под редакцией проф. Коренева Н.М., проф. Лебедь И.С. монография «Остеоартроз у подростков: диагностика, механизмы развития, лечение». На данном этапе научная работа коллектива кафедры многогранна и направлена на решение актуальных проблем педиатрии. Сотрудники кафедры под руководством профессора Чернуского В.Г. изучают особенности системы микроциркуляции при остеоартрозе, системных заболеваниях соединительной ткани, артериальной гипертензии у детей, иммунологические аспекты патогенеза бронхиальной астмы у детей, разрабатываются новые способы диагностики и лечения данной патологии в детском возрасте. Следует отметить, что за последние пять лет опубликовано более 100 научных статей, как в специализированных журналах Украины, так и за рубежом; подготовлено более 40 студенческих научных работ, которые были представлены на различных педиатрических форумах международного уровня.

Подводя итоги 20-летней деятельности кафедры педиатрии, можно сказать, что все годы работы сотрудников кафедры отличал широкий спектр научных, методических интересов, которые тесно переплетались с потребностями практического здравоохранения. Так, в рамках программы декана медицинского факультета проф. Белозерова И.В. «О модернизации медицинского факультета», перед кафедрой педиатрии стоят важные задачи по различным педиатрическим аспектам медико-диагностического центра «Университетская клиника».

ОСОБЛИВОСТІ СПОСОБУ ЖИТТЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ, ПРОТЯГОМ ПЕРІОДУ НАВЧАННЯ У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

Чігборум Агву Чарльз¹, Голубнича Г.І.^{1,2}

¹Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Кафедра гігієни та соціальної медицини¹

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

Навчання студентів у вищому медичному закладі вимагає високої відданості та результативності у навчанні. Лікар не має права не розуміти базових знань та умінь. Щоб отримати достатній рівень освіти необхідно мати задовільний стан здоров'я, що неможливо без дотримання основних правил та норм раціонального харчування та режиму дня.

Мета: наукове обґрунтування рекомендацій щодо змін у режимі дня студентів-медиків під час набуття професії лікаря.

Задачами дослідження: виявити порушення режимних моментів, а саме особливості режиму раціонального харчування, рівня фізичної активності та суб'єктивної оцінки тривалості та якості нічного сну студентів перших, третіх та п'ятих курсів.

Методи дослідження – проведено онлайн анкетування 323 іноземних студента першого, третього та п'ятого курсів. Для обробки отриманої інформації використовувались аналітичні, медико-статистичні, непараметричні методи математичної статистики.

При проведенні дослідження щодо особливостей харчування студентів, виявлено, що не снідають 81% студентів першого курсу, 25% - третього та 10% п'ятого ($p < 0,05$). Достовірно збільшується кількість студентів які обідають з першого до п'ятого курсу від 29

до 45% ($p < 0,05$). Протягом всього періоду навчання кількість студентів які регулярно вечеряють зростає з 62% до 75%, відповідно з першого до п'ятого курсу.

Незважаючи на позитивні тенденції в режимі харчування не спостерігається нормалізації його нутрієнтного складу. Студенти всіх курсів не харчуються раціонально. Вони споживають велику кількість вуглеводів і недостатньо білків і жирів, особливо тваринного походження. Треба відзначити недостатнє споживання рідини (води) - 53% першокурсників зовсім не споживають воду, проти 6,3% студентів третього курсу ($p < 0,05$), основними джерелами рідини для студентів першого курсів є кава і чай (56% студентів першого курсу споживають каву проти 12% студентів п'ятого курсу).

Наступним аспектом наших досліджень був рівень фізичної активності студентів. Було виявлено що кількість студентів, які вважають що їх фізична активність має достатній рівень зростає від 22,4%, до 53% та до 67,6%, відповідно рокам навчання. Також зростає тривалість тренування 1-2 години від 8%, до 50% та до 62%, відповідно року навчання.

Близько половини студентів всіх курсів вважають, що їх сон є нормальним, але на першому році навчання 62,1% студентів сплять менше 4 годин, на третьому – 3,1%, на п'ятому таких показників не виявлено ($p < 0,01$).

При цьому 51,7% студентів першого та 31,3% третього витрачають більш ніж 4 години свого вільного часу на спілкування у соціальних мережах, на п'ятому курсі цей показник знижується до 24% ($p < 0,05$), але все одно залишається критичним.

Таким чином студенти під час навчання мають проблеми з раціональним харчуванням, рівнем фізичної активності, нічним сном. Ці показники значно покращуються від першого до третього років навчання, та мають значно кращі результати на п'ятому році навчання. Напевно це відбувається закономірно з отриманням відповідних знань, щодо власного здоров'я та профілактичних заходів щодо його збереження, але не всі студенти наприкінці отриманні спеціальності «лікар» розуміють та дотримуються правилам збереження свого здоров'я.

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

Шарун Е.В., Каишала Д.А.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», г.Харьков

Половое созревание мальчиков начинается задолго до появления первых клинических проявлений и зависит от степени функциональной и морфологической зрелости структур, регулирующих функцию половой системы. Следствием нарушения нейрогормональной регуляции процессов полового созревания у мальчиков пубертатного периода является достаточно распространенное заболевание – задержка полового развития (ЗПР), одна из наиболее часто встречающихся форм гипогонадизма (ГА).

Известна взаимосвязь недостаточности мужских половых гормонов (андрогенов) с системой антиоксидантной защиты (АОЗ), ответственной за обезвреживание свободных радикалов и токсичных продуктов, образующихся в процессе оксидативного стресса.

Целью работы явилось изучение показателей АОЗ у мальчиков-подростков при наиболее распространенной форме гипогонадизма – ЗПР.

Материалы и методы. Обследовано 36 подростков 13 – 18 лет с ЗПР. I степень ЗПР выявлена у 18 юношей (50%), ЗПР II степени – у 13 (36,1%), ЗПР III степени, наиболее тяжелая форма заболевания, обнаружена у 5 подростков (13,9%). Определяли уровень тестостерона, восстановленного глутатиона (ВГ), активность глутатионпероксидазы (ГПО),

супероксиддисмутазы и каталазы (Кат) в сыворотке или цельной крови. Для статистической обработки результатов и достоверности различий использовали пакет программ «Statgraphics Plus 5.1» и критерий Вилкоксона-Манна-Уитни.

Результаты. Установлено, что у подростков с ГА концентрация тестостерона в сыворотке крови при I степени ЗПР составляла $3,17 \pm 0,99$ нмоль/л, а при II–III степени – $5,50 \pm 1,78$ нмоль/л. Небольшая разница в уровне гормона не имеет достоверных отличий и обусловлена тем, что I степень ЗПР обнаружена в основном у мальчиков 13–14 лет, а более тяжелая форма наблюдалась в более старшем возрасте (15–17 лет).

Анализ полученных данных позволил выявить зависимость изменений показателей АОЗ от степени ЗПР у мальчиков-подростков с ГА. Так, при II–III степени ЗПР регистрировалось достоверное снижение на 35,4 % активности Кат в сыворотке крови по сравнению с более легкой степенью ЗПР ($16,47 \pm 2,12$ мкмоль/мин·мл и $25,5 \pm 3,25$ мкмоль/мин·мл – соответственно; $p < 0,05$). Одновременно с этим отмечалось угнетение компонентов глутатионовой системы: достоверное снижение на 21,8% активности ГПО ($6,85 \pm 0,86$ мкмоль/мин·мл и $8,76 \pm 0,78$ мкмоль/мин·мл – соответственно; $p < 0,04$) и почти в 1,5 раза уровня ГВ ($0,34 \pm 0,04$ мкмоль/л и $0,53 \pm 0,06$ мкмоль/л – соответственно; $p < 0,05$) в цельной крови. Обнаруженное снижение основных компонентов первой линии АОЗ, ответственных за обезвреживание перекиси водорода и органических гидроперекисей, могут свидетельствовать об увеличении токсичных продуктов окислительного стресса, оказывающих выраженное повреждающее влияние на клетку, прежде всего на ее мембранный потенциал. Выявленные изменения указывают на важную роль системы АОЗ в регуляции адаптационных процессов у подростков в период полового созревания.

Выводы. Таким образом, у мальчиков-подростков в условиях андрогенной недостаточности установлена четкая зависимость изменений показателей системы АОЗ от степени задержки полового созревания. При ЗПР II–III степени наблюдается угнетение системы АОЗ, что проявляется снижением активности антиперекисных ферментов (каталазы, ГПО) и низкомолекулярных антиоксидантов (ГВ) в крови, что может указывать на истощение резервных возможностей регуляторных систем. Возможно, срыв компенсаторно-приспособительных механизмов защиты является одной из причин формирования соматических нарушений у мальчиков-подростков с ГА.

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З НЕОНАТАЛЬНИМ АБСТИНЕНТНИМ СИНДРОМОМ

Шевцова Т.І., Александренко Н.О.

**Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Кафедра педіатрії №2**

Неонатальний абстинентний синдром (НАС) являє собою комплекс симптомів у новонароджених, які пов'язані з припиненням надходження психоактивних речовин трансплацентарно після пологів і характеризується наявністю поведінкових та фізіологічних ознак.

Актуальність проблеми пов'язана з істотним зростанням у всьому світі кількості новонароджених, які зазнали у внутрішньоутробному періоді впливу наркотичних речовин. Поширеність НАС становить 2-3% від усіх новороджених (Boston Medical Center, 2015) Незважаючи на сприятливий прогноз для життя, при НАС часто страждає подальший фізичний і психомоторний розвиток дитини, спостерігається дефіцит інтелекту. Все це робить НАС важливою медико-соціальною проблемою.

Метою дослідження стало виявлення особливостей постнатального періоду у новонароджених з НАС.

Завданнями дослідження були:

- 1) аналіз клініко-анамнестичних характеристик новонароджених з НАС
- 2) оцінка тяжкості абстинентного синдрому у новонароджених на основі кількісно-бальних характеристик.

Матеріали та методи дослідження: проведено ретроспективне обстеження 34 новонароджених дітей від наркозалежних матерів, які перебували у відділенні інтенсивної терапії новонароджених Київського міського пологового будинку №6 у 2018-2019 рр. Використовувався клініко-анамнестичний і шкально-рейтинговий методи дослідження. Для підрахунку тяжкості НАС у балах застосовувалася шкала Фіннеган.

Згідно з методикою досліджуються:

- 1) симптоми подразнення ЦНС (крик, сон, рефлекс Моро, тремор, м'язовий тонус, екскоріації, судоми);
- 2) метаболічні і респіраторні симптоми (пітливість, лихоманка, позіхання, висип, закладеність носа, чхання, роздування крил носа, прискорене дихання);
- 3) гастроінтестинальні симптоми (надмірне смоктання кулачків, апетит, відрижка, блювота, рідкий стілець).

Результати та їх обговорення. Середній вік наркозалежних породіль склав 28 років. Середня тривалість вживання матір'ю опіоїдів становить 5 років. Інфікування матерів вірусом імунодефіциту людини відмічено у 28%, вірусом гепатиту С у 36%, вірусом гепатиту В у 16%, цитомегаловірусом у 88%, вірусом герпесу у 58%. Зацікавленість у дитині в наркозалежних жінок склала 50,0% (17 випадків). Значно частіше відзначалися швидкі пологи (42%), рідше проводився кесарів розтин (8%).

Середній гестаційний вік дітей становив 36 тижнів. В групі дослідження переважали хлопчики. Відмічено достовірне збільшення частоти затримки внутрішньоутробного розвитку (32%). Щодо вад розвитку новонароджені з НАС достовірно не відрізнялись від загальної популяції.

Стан дитини оцінювався за шкалою Фіннеган впродовж перших 4 годин життя. Повторна оцінка за шкалою Фіннеган в динаміці здійснювалась при кожній зміні стану дитини, але не рідше 1 разу на 24 години до стабілізації стану, з обов'язковою фіксацією результатів в історії розвитку новонародженого. Тривалість перебігу НАС $11,0 \pm 1,4$ днів. Загальний бал за шкалою Фіннеган $11,2 \pm 1,1$.

НАС відноситься до загрозливих життю станів, вирішальну роль в його лікуванні грає цілісна схема лікування. Акцент у веденні дітей робився на постійному моніторингу стану новонародженого і об'єктивній оцінці за шкалою Фіннеган, що передбачало коригування препаратів лікування та їх доз.

Таким чином, у ході проведеного дослідження отримані результати щодо специфіки неонатального періоду у дітей, які пережили внутрішньоутробний вплив наркотичних речовин, та корекції тактики ведення дитини в залежності від оцінки за шкалою Фіннеган. Перспективи цієї теми, що має важливе практичне значення, вбачаються у вивченні окремих симптомів, тяжкості синдрому відміни в різних клінічних групах новонароджених і при різних проявах наркотичної хвороби у матерів.

ИНДУЦИРОВАННЫЙ ГИПОКСИЕЙ ФАКТОР КАК ЦЕНТРАЛЬНЫЙ МЕДИАТОР В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Шевченко Н.С., Крутенко Н.В.

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

Кафедра педиатрии №2

Большинство хронических воспалительных заболеваний сопровождаются снижением доступности кислорода тканям. В клетках эволюционно сформировалась кислород-сенсорная система, контролирующая более 300 генов нашего организма. Центральными медиаторами клеточного ответа являются, так называемые, индуцируемые гипоксией

факторы транскрипции (HIFs). Они регулируют адаптацию клеток к гипоксии, воздействуя на эритропоэз, ангиогенез, апоптоз, гликолиз, транспортеры глюкозы, экспрессию генов, инсулиноподобный фактор роста-2, эндотелин-1 и выступают как ключевые медиаторы патогенеза как воспалительных заболеваний органов и систем (желудочно-кишечного тракта, суставов, почек, крови, эндокринной системы), так и метаболических нарушений.

Целью нашего исследования было обобщение современных знаний о роли гипоксической сигнализации в патогенезе хронической соматической патологии среди детского и взрослого контингента, определение практической значимости исследований в педиатрии.

Методы: в анализ вошли 27 публикаций, которые представлены учеными из США, Китая, Кореи, Украины и России, в которых приводятся доказательства влияния активации или ингибирования HIFs в развитии вышеуказанных патологических состояний. Рассмотрены исследования, проводившиеся *ex vivo*, на культуре клеток и срезах тканей, *in vivo*, на животных (трансгенных мышках) и человеке.

Результаты и обсуждение. Среди представленных публикаций около 26% посвящены изучению механизмов взаимосвязи активности HIFs с развитием ревматоидного артрита. Результаты показали, что снижение костной васкуляризации приводит к гиперэкспрессии HIFs преимущественно в фибробластоподобных синовиоцитах синовиума, что приводит к повышению их пролиферации, увеличению синовиального ангиогенеза, опосредованного экспрессией фактора роста эндотелия сосудов (VEGF), к снижению митохондриального дыхания, избыточной продукции активных форм кислорода (АФК), лептина, потере АТФ. Продемонстрирована взаимосвязь между активацией HIFs и повышением продукции интерлейкина (IL)-6 и стимуляцией дифференцировки Th17 клеток – важнейших эффекторов патогенеза ревматоидного артрита.

В четырех исследованиях была продемонстрирована новая концепция развития воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Чрезмерная активация в эпителии кишечника HIF-2 приводит к развитию мощной воспалительной реакции в виде колита, сопровождающейся повышением экспрессии провоспалительных медиаторов, увеличением карциногенеза толстой кишки в животных моделях и снижению выживаемости среди более молодой популяции. В трех публикациях была опровергнута концепция о том, что рефлюкс-эзофагит – результат кислотного ожога, однако является результатом рефлюкс-стимулированной продукции провоспалительных молекул, опосредованных HIFs. Воздействие кислых солей желчи на эпителий пищевода увеличивает внутриклеточные активные формы кислорода, которые снижают функцию пролилгидроксилазы и стабилизируют HIF-2, что повышает экспрессию интерлейкина-8, фактора некроза опухоли и др. Таким образом, можно рассматривать рефлюкс-эзофагит как HIF-зависимое заболевание. Определение роли HIFs в патогенезе эндокринных заболеваний в ряде исследований (11%) привело к выводам: 1) активация HIF-индуцируемых механизмов в адипоцитах при ожирении вызывает хроническое воспаление жировой ткани, повышение уровня секретируемых воспалительных цитокинов и гипертрофическую кардиомиопатию; 2) гиперэкспрессия HIFs ускоряет ремоделирование периорбитальной фиброзной ткани при тиреоид-ассоциированной орбитопатии.

Среди всех представленных исследований, только три (12%) проводились у детей. В двух публикациях сообщалось, что у пациентов в возрасте от 1 до 17 лет с различными формами хронического пиелонефрита были отмечены высокие уровни HIF-1 α в плазме крови в сравнении с группой контроля. Были сделаны выводы о взаимосвязи хронической патологии почек с активацией HIF и возможности использования его в качестве предиктора

неблагоприятного течения заболевания и маркера в отношении эффективности терапии. В более позднем исследовании HIF определялся среди пациентов с гломерулонефритом и различной степенью почечной недостаточности, возраст пациентов составлял от 5 до 18 лет. Результаты показали достоверный рост уровня HIF-1 α в плазме крови в сравнении не только с группой контроля, но также отмечалась корреляция с нарастанием почечной недостаточности. Еще одно пилотное исследование по определению HIFs было проведено у детей в возрасте от 10 месяцев до 3,5 лет с диагнозом железодефицитная анемия. Повышение уровня HIFs в сыворотке в 2,5 раза до начала терапии по сравнению со здоровыми было связано с гипоксией на фоне анемии. После лечения уровень HIF-1 нормализовался, что также не опровергает значение сигнальной системы в гомеостазе кислорода, а также возможностью использования HIF для контроля эффективности терапии.

Выводы. Представленные данные о патофизиологической роли индуцированных гипоксией факторах в развитии хронической патологии у детей свидетельствуют, что такие заболевания как ревматоидный артрит, заболевания желудочно-кишечного тракта, крови, почек, обменные нарушения являются по сути «HIF-зависимыми». Несмотря на разнообразие научных работ, данный вопрос среди детской популяции изучался недостаточно и требует дальнейшего изучения с точки зрения понимания новых аспектов патогенеза у пациентов с хронической патологией и определение новых мишеней для терапии.

РОЛЬ ПЛАЦЕНТИ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПЛОДА ЗАЛІЗОМ ПРИ НЕВИНОШУВАННІ ВАГІТНОСТІ

Школьна І.І.¹, Маркевич В.Е.²

Сумський державний університет, медичний інститут

Кафедра педіатрії¹

Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»

Кафедра дитячих хвороб²

В етіології та патогенезі невиношування особливе місце займає порушення функціонування фетоплацентарного комплексу. Плацента має визначальне значення в забезпеченні мікронутрієнтами плода, тому є ключовою ланкою в його зростанні та розвитку. Залізо — це есенціальний мікроелемент, вміст і баланс визначає здоров'я новонародженої дитини.

Метою дослідження було вивчення ролі плаценти в забезпеченні організму залізом при невиношуванні.

Матеріали та методи: Як матеріал для дослідження використовували волосся і гомогенат клітин плаценти. Забір волосся проведено у 40 матерів і їхніх дітей, плаценти — в 52 жінок. Жінки і їхні діти були розділені на групи: група I (матері і їхні діти, які народилися з екстремально малою масою тіла (ЕММТ)). Матері і їхні діти з дуже малою масою тіла (ДММТ) склали групу II. Групу III склали породіллі і їх діти з малою масою тіла (ММТ). Рівень заліза в біоматеріалі визначали за допомогою атомно-абсорбційного спектрофотометра С-115 М1.

Результати. Найнижчі показники вмісту заліза в плаценті були у групі I (158,49 \pm 18,05 мкг/г). У групі його рівень майже вдвічі вищий. У плаценті жінок групи III вміст заліза менший на 44% в порівнянні з групою II. Тобто, разом з активним ростом і розвитком плоду в третьому триместрі збільшується і фетальна потреба в залізі, що відображає його зменшення в плацентарному депо.

Вміст заліза в різні терміни гестаційного процесу у волоссі недоношених дітей майже не відрізнявся. Хоча, є різниця між рівнем заліза в волоссі матерів і їхніх дітей. У жінок груп II і III показник вмісту заліза у волоссі був у 1,3 раза вище, ніж у їхніх дітей. У породіль групи III вміст Fe має тенденцію до збільшення в 1,24 раза в порівнянні з їхніми дітьми ($p < 0,1$), що свідчить про більшу потребу плода в ньому саме в більш пізні терміни гестації. Згідно з нашими даними, плацентарний депо заліза зменшується до 32-36 тижні гестації, що ймовірно характеризує збільшені потреби в ньому.

Висновок. Під час вагітності у волоссі матері та плоду підтримується стабільний рівень заліза. Це забезпечується значним динамізмом депонуючої функції плаценти.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДО ПИЛКУ ТРАВ У ДІТЕЙ ЛЬВІВЩИНИ

Штойко Т.В.

Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького

Кафедра педіатрії №2

Актуальність. Характерною особливістю останніх років є значне зростання поширеності алергічних захворювань. Зокрема реєструється велика кількість сезонних захворювань (алергічний риніт, кон'юнктивіт, бронхіальна астма), основною причиною яких є сенсibilізація організму до пилку рослин. Поширеність полінозів серед дитячого населення України складає 10-20%. Саме тому раннє виявлення алергії та вивчення спектру сенсibilізації до інгаляційних алергенів (АГ) має важливе значення, оскільки їх аналіз дає можливість аналізувати фактори, які здатні визначити виникнення та важкість перебігу алергічних захворювань, проводити ефективні лікувальні заходи (підбір компонентів алерген-специфічної імунотерапії).

Викладена вище ситуація диктувала потребу оцінки результатів шкірних проб до інгаляційних алергенів та співставлення результатів цих проб із результатами молекулярної алергодіагностики, що власне і визначило актуальність та мету дослідження.

Мета та завдання дослідження. Оцінка спектру сенсibilізації дітей, із проявами респіраторної алергії, до алергенів весняно-літніх та літньо-осінніх трав.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі алергологічного відділення КНП "Міська дитяча клінічна лікарня м.Львова", в період 2016-2019 років. Дизайн роботи - 100 дітей які хворіли сезонним алергічним ринітом, вік досліджуваних від 4 до 17 років (середній вік - 9 років \pm 3 роки). В дослідження було включено 60 хлопчиків (60%), та 40 дівчаток (40%).

Окрім збору та аналізу алергологічного анамнезу усім дітям було проведено шкірне алерготестування (скаріфікаційні проби) стандартизованими алергенами весняно-літніх трав (грязиця збірна - *Dactylis glomerata*, жито- *Secale cereale*, тимофіївка - *Phléum pratense*, костриця лучна - *Festuca pratensis*, райграс - *Lolium perenne*, пирій- *Elymus repens*, тонконіг- *Poa trivialis*, китник- *Alopecurus*, стоколос- *Bromus inermis*), літньо-осінніх трав (пирій- *Elymus repens*, циклохена- *Cyclachaena xanthiifolia*) із застосуванням діагностичних алергенів виробництва МП «Імунолог» (м. Вінниця, Україна). Шкірні алергопроби пацієнтам було проведено в період ремісії основного захворювання - з жовтня по березень.

20 дітям було проведено компонентну алергодіагностику із визначенням специфічних IgE до мажорних компонентів алергену тимофіївки - rPhl p1, rPhl p5 (результати визначались в kU/l), та проведено оцінювання рівня зв'язку отриманих результатів із показниками шкірного алерготестування (результат в міліметрах) до алергену тимофіївки за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена.

Статистичне опрацювання отриманих даних проводилось з використанням ліцензійного пакету програм Statistica v.10.

Результати дослідження. За результатами шкірного алерготестування методом скарифікаційних проб моносенсibiliзацію до групи весняно-літніх трав (друга хвиля полінації) було виявлено - у 65 дітей (65%), чутливість лише до пилку бур'янів (третя хвиля полінації) у 8 дітей (8%), поєднану сенсibiliзацію до злакових трав та бур'янів у – 27 дітей (27%).

Аналізуючи структуру сенсibiliзації дітей із виявленою алергією лише до злакових трав, встановлено що підвищена чутливість до грястиці спостерігалась – у 46 дітей (70%), жита- у 44 дітей (67%), тимофіївки – 41 дитини (63%), костриці – 39 дітей (60%), райграсу – 38 дітей (58%), пирію - 34 дітей (52%), тонконогу – у 22 дітей (33%), китнику – у 14 дітей (21%), стоколосу – у 4 дітей (6%).

При сенсibiliзації лише до трав літньо-осінньої полінації чутливість до полину виявлено у 7 обстежуваних (87%), до циклохени лише у 1 випадку (13%).

При поєднанні сенсibiliзації до алергенів трав обох груп найчастіше спостерігалась ко-сенсibiliзація до пилку полину та тимофіївки-10 дітей (37%), циклохени та тимофіївки – 9 випадків (33%), циклохени та жита – 8 дітей (29%).

Оцінюючи взаємозв'язок між діаметром гіперемії після проведення скарифікаційних проб, та рівнем мажорних специфічних IgE до алергену тимофіївки - rPhl p1, rPhl p5 було виявлено прямий помірний зв'язок між цими параметрами дослідження ($r = 0,5$ при $p < 0,05$).

Висновки. Проведене дослідження дозволило проаналізувати структуру сенсibiliзації дітей Львівщини до окремих пилкових алергенів лугових трав та бур'янів за даними алерготестування. Встановлено, що основними етіологічними факторами полінозу у дітей є сенсibiliзація до злакових трав. Існує пряма залежність між результатами шкірного алерготестування та рівнем антитіл до мажорних компонентів злакових трав у сироватці крові пацієнтів.

СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Штрах Е.В.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Кафедра педиатрии №2

При артериальной гипертензии (АГ) перегрузка давлением приводит к развитию гипертрофии миокарда и постепенному ухудшению его функции. При этом диастолические нарушения могут быть одними из первых в цепочке патофизиологических изменений, приводящих к ремоделированию миокарда. Ранняя диагностика диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) дает возможность сразу же начать целенаправленную терапию по предупреждению развития гипертрофии миокарда и нормализации релаксационных процессов.

Цель: установить ранние признаки формирования дисфункции сердца у подростков с АГ при отсутствии известных факторов риска – ожирения, гиперлипидемии, эндокринной патологии.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 31 подросток 13-17 лет (2 группа) с АГ I и II стадии (1 группа) и 18 практически здоровых их сверстников (группа контроля). Средний возраст детей составил $15,48 \pm 0,26$ лет. Проводились антропометрия,

ЭКГ, ЭХО+доплер-ЭХОКГ, определение толерантности ССС к физическим нагрузкам с помощью пробы Руфье.

Результаты: Наиболее частой жалобой у подростков с АГ были цефалгии у 78,5%, утомляемость - у 50,0%, реже - кардиалгии - у 17,6%. Лишь 5,3% детей с АГ не имели субъективных ощущений. Детей с ожирением не было, но у 15,1% из них констатирована избыточная масса тела. 54,6% подростков с АГ имели неудовлетворительные и слабые результаты пробы Руфье.

Анализ морфофункциональных показателей сердца детей с АГ выявил достоверное увеличение корня аорты ($p<0,05$), толщины межжелудочковой перегородки и конечно-диастолического размера ЛЖ ($p<0,1$) по сравнению с группой контроля. При этом ударный объем (УО) у детей с АГ был достоверно большим ($79,1\pm 1,64$ мл против $66,7\pm 4,1$ мл, $p<0,05$). У 9 пациентов (29%) был значительно повышен индекс массы миокарда ЛЖ: у 6 (19,4%) из них – за счет увеличения объема ЛЖ, что может говорить о ремоделировании сердца за счет дилатации ЛЖ; а у троих (9,7%) – как за счет увеличения объема, так и относительной толщины задней стенки ЛЖ, что отражает формирование эксцентрической гипертрофии у них. У этих больных отмечено значительное повышение УО сердца (более 80 мл), в то время как у остальных детей УО был в пределах от 59,5 мл до 74,6 мл. При этом ФВЛЖ существенно не изменялась и в обеих группах в среднем составила 69%. У 3 детей с АГ зафиксировано уменьшение ФВЛЖ на уровне 58-59%. Анализ параметров диастолической функции ЛЖ показал, что при АГ выше скорости трансмитрального кровотока, чем у практически здоровых лиц. Установлено достоверное увеличение времени замедления раннего диастолического наполнения DT ($p<0,05$). У 21% больных выявлено диастолическую дисфункцию по псевдонормальному типу.

Необходимо отметить, что у детей со сниженной толерантностью к физической нагрузке отмечались большие размеры корня аорты ($p<0,01$), правого желудочка ($p<0,01$), утолщение межжелудочковой перегородки ($p<0,01$) и некоторое уменьшение УО ЛЖ по сравнению с детьми с хорошими результатами пробы Руфье. Это говорит об ухудшении адаптационных возможностей детей с начальными признаками ремоделирования сердца на фоне АГ. Параметры диастолической функции в зависимости от толерантности к физической нагрузке при этом существенно не изменялись, только отмечалось заметное ускорение потоков раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ у пациентов с низкой толерантностью к физической нагрузке.

Выводы: Почти у трети детей с АГ при отсутствии ожирения наблюдаются начальные признаки ремоделирования сердца, у 9,7% - по типу эксцентрической гипертрофии, у каждого пятого – с диастолической дисфункцией левого желудочка. Снижение толерантности к физической нагрузке у подростков с АГ сопровождается признаками ремоделирования миокарда, потому неудовлетворительные результаты пробы Руфье могут быть маркером неадекватной перестройки миокарда и гемодинамики.

UKRAINIAN DRUG USE BY ADOLESCENTS

Hala Al-Rayyan, Iryna Dudnyk, Heorhii Danylenko

V.N. Karazin Kharkiv National University

State institution «Institute for Children and Adolescents Health Care of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine»

Introduction. Addiction is a disease that arises in the case of the systematic use of substances on the list of drugs, and manifests itself in mental and physical dependence on them. A

considerable number of young people and adolescents are drawn into the circle of drug users. It is during adolescence that drugs are usually used for the first time, so it is important to be able to notice and distinguish between early signs of drug use when the problem has not yet become chronic and is much easier to correct.

The aim of the study. To analyze the formation of drugs addiction among Ukrainian school children.

Materials and methods of research. The study was conducted on the basis of a screening questionnaire of secondary school pupils. The volume of research – 1025 (49% girls and 51% boys), aged 15-17 years.

Results: As a result of our study, it was found that 1.87% ($p = 0.42$) of the respondents already tried narcotic substances. The first attempt at drug use among Ukrainian school children was in 7-9 years (1,2%), 13 years (0,6%), 14 years (1,2%), 15 years (1,2%) and maximum in 16 years (4,8%). And only 10% of children raised the topic of drugs addiction with their parents.

Conclusions. Preventive conversations with teenagers about drug use should be conducted as early as seven years, that is, in elementary school. We think it is necessary to focus on the first attempt at narcotics, as this attempt may be the last.

THE FORMATION OF BAD HABITS AMONG UKRAINIAN SCHOOL CHILDREN

Hala Al-Rayyan, Mohammed Mohammed, Anjali Tamrakar, Heorhii Danylenko

V.N. Karazin Kharkiv National University

State institution «Institute for Children and Adolescents Health Care of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine»

Introduction. Only from an early age can children be brought to knowledge, skills in preserving health, which will later become the most important component of the common human culture and will affect the formation of a healthy lifestyle throughout society. The development of a human person from the childhood forms the basis of physiological and psychosocial health and well-being throughout its life. Health is a determinant of full harmonious human development, especially in adolescence, when the physical and mental potential is formed, the foundations of professional and creative growth, participation in family and domestic and reproductive activities are laid. Numerous studies have shown that people who have had better health in their childhood are more likely to succeed and have high results in adulthood, and have higher chances of good health in their elderly.

The aim of the study. To analyze the formation of bad habits among Ukrainian school children.

Materials and methods of study. Methods of research - sociological (questioning and interviewing), medical-statistical, analytical, nonparametric methods of mathematical statistics.

Results. According to the poll, only 57.8% of children have no problems with their parents and 53.3% of the students are calmly communicating with their mothers. Particular attention is needed to the gender difference in communication, so girls more often have problems in communicating with the father of 6.5% and mother 10% than the guys 4.7% and 6.8% respectively. The most characteristic feature of communication is the disclosure of the subjective world of one person for another. Such an activity is extremely important for a child who is beginning to discover a complex and diverse world; she has to look for answers to many questions, overcome various problems, which lacks personal capabilities, which prompts her to appeal all the time to adults and peers. Communication with adults is one of the main factors in the development of the child, as it ensures that it is brought into the community's human experience. Components of a healthy lifestyle contain

a variety of elements that apply to all spheres of health - physical, mental, social and spiritual. The most important of them - a healthy diet, refusal of smoking, non-use of drugs and alcoholic beverages. However, as the survey shows, only 60.88% ($p=1.53$) of the students in the study group reported that they never tried to burn boys 57.5% ($p=2.19$) and girls 65.7% ($p=2,15$), while 6% of children are constantly being smoked. But no less important is the habit of consuming alcoholic beverages. With regard to the preferential choice of beverages, only seventeen percent of the respondents liked mineral water and forty-six percent liked juice. Other children prefer pepsi-cola, alcoholic and energy drinks. Many children use beer, wine, champagne, rum-cola and even spirits 97.35% ($p=0.5$) of the children were denied the use of such substances dangerous for health as narcotic substances ($p=0.5$), but it is worrying that 1.87% ($p=0.42$) of the respondents already tried narcotic substances, and some children, at this age, are constantly using narcotic substances.

Conclusion. The number of children who use alcohol, drugs and tobacco products is growing and getting younger every year.

EXPERIMENTAL OBSERVATIONS SOLVENT REGARDLESS OF THE CONSEQUENCE'S PENETRATION THIALBARBITAL INSIDE

Mykhailo Boiko, Vasyl Petrychenko
Nizhyn Institute of Technology

Aim of the study was to learn the genetic link forces the excited solution in case when hydrogenite weighs an inorganic dye. When irradiated with an infrared laser, fermentation adsorbs the peptide valence electron.

Methods. Considering the equations of these reactions, it is safe to say that the adduct complex splits the yield of the target product.

Along with this, the sublimation absorbs the solution. Despite the large number of works on this topic, evaporation neutralizes the intermediate, which explains its toxic effect. The psychological environment determines the ion exchanger. The positioning strategy saves protein.

Media change the quantum of the xanthophylls cycle. The survey broadcasts a cultural inhibitor. In weakly-varying fields (subject to fluctuations on the unit level percent) bertoletova salt penetrates the anode regardless of the consequences penetration etilcarbitol inside. Valence spins a solid BTL.

The white fluffy sediment, neglecting details, exclusively hydrolyzes the sociometric BTL. Changing the global strategy is an inert and complex method of studying the market in the same way in all directions. It follows directly from the conservation laws that the method of production is still resistant to changes in demand. The property supports reactionary press clipping, expanding market share. Sublimation, as has been repeatedly observed under constant exposure to ultraviolet radiation, traditionally concentrates the polymer complex cerium fluoride. As Michael Meskon points out, the business strategy splits the constructive cationite.

Results and conclusion. We learned the genetic link forces the excited solution in case when hydrogenite weighs an inorganic dye. When irradiated with an infrared laser, fermentation adsorbs the peptide valence electron, thus, further trials are still needed.

PREDICTORS OF THE DEVELOPMENT OF ACUTE PNEUMONIA IN CHILDREN OF EARLY AGE

Krainia Hanna

Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia
The department of Hospital Pediatrics

The purpose: to determine the risk factors of acute pneumonia in children of early age.

Materials and methods of research. Under observation were 42 children with acute pneumonia (average age 1.3 ± 0.2 years). The data on the course were analyzed of the perinatal period, the sex of the child, the nature of feeding in the first year of life, and the history of the disease. The Vitamin D and antimicrobial peptides (lactoferrin, LL37) were determined in the blood serum by enzyme immunoassay using commercial OSTEIA 25-Hydroxy Vitamin D kits (ELISA Kit, Germany), Human Lactoferrin (Hyculbiotech, Netherlands) and LL37 (Human ELISA, Germany) respectively. Statistical data processing was performed using Statistic for Windows 13.0. The effect of factors on the development of the disease was assessed by calculating the risk ratio (RR-related risk) with the determination of 95% confidence intervals (95% CI). To assess the relationships between the indicators, the Spearman rank correlation method (r) was used.

Results of a research. By results of a research was determined that the main risk factors for the development of acute pneumonia in children of early age were hospitalization for a period of more than 3 days (RR 2.63, 95% CI 1.06 - 6.52), the late start of antibacterial therapy (RR 2.83, 95% CI 1.15 - 6.98), birth weight < 2500g (RR 1.84, 95% CI 1.16 - 2.93), artificial feeding in the first year of life (RR 1.64, 95% CI 1.07 - 2.5), a decrease in blood serum vitamin D (RR 2.84, 95% CI 1.16 - 3.93), lactoferrin (RR 3.98, 95% CI 2.35 - 6.75) and cathelicidin (RR 2.52, 95% CI 1.02 - 6.29). The correlation analysis revealed an interdependence between the indicated factors. The significant correlation was established between the vitamin D content in blood serum and the level of lactoferrin ($r = 0.44$, $p < 0.05$) and cathelicidin ($r = 0.47$, $p < 0.05$).

Conclusion. Thus, the analysis of the anamnestic data of life and disease, as well as indicators of the content of antimicrobial peptides in the blood serum of children of early age made it possible to identify the most significant predictors of the risk of developing acute pneumonia. The effect on modified factors will prevent the development of the disease and increase the effectiveness of therapeutic measures for this children.

THE ROLE OF VITAMIN D IN THE DEVELOPMENT OF ANEMIA OF INFLAMMATION IN YOUNG CHILDREN WITH ACUTE INFLAMMATORY BACTERIAL DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM

Pohribna A.O.

Zaporizhzhia State Medical University
Hospital pediatrics department

In the last decade, the concept of the polymodal function of vitamin D in the children's body has expanded significantly. In particular, it became known about the effect of vitamin D on the synthesis of the antimicrobial peptide hepcidin, a marker of iron metabolism, which implements a protective function by reducing the bioavailability of iron, necessary for the growth of bacterial pathogens. We can assume an interconnection between vitamin D content in the blood serum and the risk of anemia of inflammation, the leading mechanism of which includes the induction of hepcidin by pro-inflammatory cytokines.

Aim of study. To assess the role of vitamin D in the development of anemia of inflammation in young children with acute inflammatory bacterial diseases of the respiratory system.

Materials and methods. Studying included 60 young children. The average age was 1.3 ± 0.2 years. The main group included children with acute inflammatory bacterial diseases. Given the hematological pictures, patients shared to subgroups: the first subgroup included 15 children with anemia of inflammation, the second subgroup included 15 children without manifestations of anemia. The comparison group included 10 children with iron deficiency anemia without inflammatory background. The control group included 20 conditionally healthy children. The microbial spectrum of biological materials with mucous membranes of the oropharynx was studied from bacteriological analysis by VITEK 2 COMPACT (VioMerio, France) carried out before the appointment of antibacterial therapy. The determination of serum vitamin D and hepcidin levels in young children was determined using commercial kits: DIASource 25OH Vitamin D Total ELISA Kit (Belgium), Human Hpc (Hepcidin) ELISA Kit (Elabscience, USA). Statistical data processing was carried out using the Statistica 13.0 licensed package. The correlation coefficient was used Spearman's rank correlation coefficient. When evaluating different indicators in the compared groups, Student t-test was used. Differences were considered significant at $p < 0.05$.

Results. An analysis of the data showed that the development of anemia of inflammation occurred against the background of a decrease in the level of vitamin D in the blood serum of children who were under observation in the comparison group and the control group ($p < 0.01$). In the comparison group were no significant differences found. The vitamin D content in the group of children with acute bacterial inflammatory diseases without anemia of inflammation did not differ from its level in the group of children with iron deficiency anemia, but the control group is significantly lower by 1.5 times ($p < 0.05$). Taking into account the data of modern literature about the key role of hepcidin in the development of anemia of inflammation and the inverse correlation between the level of vitamin D and hepcidin ($\rho = -0.8$, $p < 0.05$) in the blood serum, we can assume that the low content of vitamin D is also increases the likelihood of developing anemia in young children, in patients with acute inflammatory bacterial diseases of the respiratory system.

Conclusions. The results of the study showed the pathogenetic role of vitamin D deficiency in the development of anemia of inflammation.

CHANGES OF BLOOD PRESSURE CIRCADIAN RHYTHM IN PATIENTS WITH DIABETES DEPENDING ON BODY MASS

Kateryna Samoylyk

Zaporizhzhia State Medical University

Department of Hospital Pediatrics

Introduction. Type 1 diabetes is associated with higher cardiovascular morbidity and mortality, and arterial hypertension is one of the risk factors leading to an increase in the incidence of vascular events in patients with diabetes. Because excessive weight is associated with an increased risk of cardiovascular disease in young people without diabetes, overweight in adolescents with diabetes can increase the risk of developing cardiometabolic complications, namely, hypertension.

Objective: to determine the characteristics of blood pressure (BP) parameters in children with normal body mass and overweight or obese patients with diabetes.

Methods: The study included 53 adolescent children suffering from insulin-dependent diabetes mellitus without signs of acute complications. There were 37 boys and 16 girls with an

average age of $13,83 \pm 0,24$ years. At the time of the examination, all children received insulin therapy with a basal-bolus method. The comparison group consisted of 14 children, representative of age and sex, who had no disorders of carbohydrate metabolism and intercurrent diseases at the time of the study. The diagnosis of obesity and overweight in adolescent children established by the results of the calculation of body mass index (BMI). The first subgroup included 43 diabetic patients with normative gender, age, and height BMI rates. The second subgroup consisted of 10 adolescents with an overweight (85-97 percentiles) and obesity (>97 percentiles). All children were monitored daily for blood pressure by the ABPM-04 (Meditech Ltd., Hungary) during active and passive periods of day with primary data processing by a licensed program. The probability of a null hypothesis (p) was assumed at 5% significance level ($p < 0.05$).

Results. Half of the children in the study group had a normal («dipper») variant of systolic blood pressure reduction at night, primarily at the expense of patients with normal body weight. Although the percentage of patients with insufficient reduction in systolic blood pressure ("non-dipper") in the same subgroup was 41,8%. No over-dipper systolic blood pressure was found in both subgroups at night. In contrast, close to 5% of patients reported a paradoxical increase in systolic blood pressure at night ("reverse dipper", "night-peaker"). Against the background of increasing body weight in patients with diabetes mellitus, there was a redistribution of variants of daily fluctuations in blood pressure. Thus, the number of children with a normal decrease in systolic blood pressure during the passive period decreased (40%) due to an increase in the proportion of patients with insufficient decrease in systolic blood pressure and nocturnal increase, which amounted to 50% and 10%, respectively. Some other results were obtained during the analysis of diastolic blood pressure daily index (DI). Among the children in the study group, a normal decrease in diastolic blood pressure during the passive period was observed in half of diabetic patients with age-related body weight. At the same time, among diabetic patients with overweight dipper-variant of the daily index was registered only in one third of the surveyed children. 25,5% of patients with normal body weight and 40% of overweight/obese patients had an excessive decrease in diastolic blood pressure during the passive period. Increases in diastolic blood pressure at night were recorded in 4,6% patients of the 1st subgroup. At the same time, in patients from 2nd subgroup increased diastolic blood pressure were registered twice as often, which also indicated an additional load on blood vessels among overweight/obese patients. Insufficient nocturnal decrease in diastolic blood pressure among the patients from study group was not significantly different in the subgroups.

Conclusions. In patients with diabetes, excess weight is an additional factor that accelerates the formation of cardiovascular complications.

DIAGNOSIS AND PREDICTION OF INTRAUTERINE INFECTION OF THE FETUS

Shcherbyna I.M., Plakhotna I.U.

Kharkov National Medical University

Department of obstetrics and gynecology #1

The progressive increase in the number of intrauterine infection of the fetus (IUI) is one of the most pressing problems of modern perinatology. Contamination of a pregnant woman with various types of pathogens leads to dystrophic changes and impaired permeability of the placental barrier mechanisms and its involvement in the inflammatory process, resulting in the appearance of clinical symptoms of IUI.

The infectious process in the mother stimulates the immune system of the fetus and leads to the activation of cellular and humoral immunity with insufficient effector mechanisms of the immune response in the newborn. The key role is played by cytokines, the synthesis of which is

regulated by proteins of the acute phase of inflammation, such as lactoferrin (LF) and α -2 - macroglobulin (MG). A change in the content of such proteins makes it possible to predict the development of the inflammatory process in a pregnant woman and evaluate the functional state of the fetoplacental complex.

The purpose and objectives of the study. Prenatal prediction of the development of IUI in a newborn based on the determination of the level of immunoregulatory proteins.

Materials and methods. 64 women were examined in the 3rd trimester of pregnancy. The main group included women who were retrospectively divided into two subgroups: 1st (n=31) - without the implementation of IUI; 2nd (n=20) with the development of IUI. The control group consisted of 13 healthy women with a physiological course of pregnancy, childbirth and the early neonatal period.

An analysis of the initial infectious morbidity was carried out. To determine the concentration of MG in the blood serum of pregnant women and umbilical cord serum, the method of low-voltage missile immunoelectrophoresis with monospecific antisera was used. The content of albumin in the amniotic fluid was investigated by a standard clinical spectrophotometric method. Determination of the LF content was carried out by the method ELIZA.

The results of the study. It was found that women with IgG antibodies to the herpes simplex virus type 1, type 2 (HSV-1,2) and Ch. trachomatis -12 (23.5%) and 9 (17,6%) of patients, respectively; 7 (13.7%) patients were carriers of Staphylococcus aureus; IgG to CMV - 2 pregnant women (3.9%); mixed carriage was detected in 16 women (31.3%).

The LF concentration was increased >4.7 mg/l, and the serum albumin level was decreased <36 g/l in the group of patients with mixed carriage. At the same time, albumin levels >2.5 g/l and $MG > 0.09$ g/l increased in the amniotic fluid, which indicates the penetration of blood proteins into the fluid through the placental barrier due to an increase in its permeability. It was revealed that the level of MG in umbilical cord serum in newborns with IUI was increased >3.3 g/l, and the LF level was decreased <2.2 mg/l.

Conclusions. Thus, the determination of the level of immunoregulatory proteins can be informative for the functional assessment of the fetoplacental complex in predicting the risk of developing IUI.

MEDICAL AND SOCIAL FEATURES OF TEENAGERS STUDYING IN KHARKIV VOCATIONAL-TECHNICAL SCHOOLS

Shvets A.M., Arzhannikov I.S., Korobkova-Arzhannikova A.V., Gavrilova T.V.

**V.N. Karaizn Kharkiv National University
Department of hygiene and social medicine**

Objective: to study the medical and social features and risk factors in adolescents, studying in vocational-technical schools (VTS) in Kharkiv.

Task: to assess the prevalence of risk factors of a different nature among students of VTS, which is highly relevant for the prevention of diseases and adaptation to the profession.

Subject. A study of the medical and social status of VTS' students in Kharkiv (396 people) was made with using of the programs of the Institute of children's and adolescents' health protection "Children's Health". Data was processed using the program Statistica 7.0.

Results. Chronic diseases were observed in 10.3% of adolescents, 17% noted impairment of vision, 30% had allergic manifestations (girls 2.5 times more likely). Recurring complaints were noted by 20.2%. The detailed survey on specific complaints showed that the number of complaints was 2.9 per 1 respondent for boys and 3.5 for girls respectively. The first places were occupied by complaints related to the gastrointestinal tract, general irritability, musculoskeletal system (back

pain, legs), weakness, heart pain. The health index was 23.8, which indicates the frequency of respiratory infections in adolescents. Every fifth student could be attributed to group of frequently ill. Violations of the diet were more likely for girls (44.7%). For young men, sleep deficiency was more typical (65.2%). Low motor activity (lack of sport classes) was observed twice as often among girls (70%). Students were characterized by familiarization with psychoactive substances (tobacco smoking, occasional narcotics use, drinking alcohol): 17.1% of young men smoked, 16.7% drank alcohol, 3.6% tried soft drugs.

Conclusions. The survey results showed the prevalence of complaints in adolescents with the absence of chronic diseases, which may be due to an insufficient level of examination of adolescents, as well as the possible influence of risk factors of production environment. Risk factors associated with eating disorders, sleep deficiency, adverse habits, low motor activity, insufficient involvement of students, especially girls, in sports activities were identified. Monitoring of the health status of VTS' students of in Kharkov should be carried out by a teenage doctor on an ongoing basis. It is a type of a doctor who can give recommendations to a teenager in time, aimed not only at maintaining health, but also at improving it.

EVALUATION OF GHRELIN LEVEL IN ADOLESCENTS WITH OBESITY

Strashok L.A., Khomenko M.A.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Department of Adolescent Medicine

The purpose of the study was to examine the ghrelin level in obese adolescents.

Materials and methods. The study involved 53 obese adolescents (50,9% - girls, 49,1% - boys) aged 12-17 years, who were treated at the SI "Institute for Children and Adolescent Health Care at the National Academy of Medical Sciences of Ukraine". The control group included 14 healthy adolescents. The diagnosis of obesity was established according to the ICD-10 and Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 254. Serum ghrelin was determined in all adolescents.

Results. The study revealed that 79,2% of patients had increased appetite, 52,8% had abdominal pain, 54,7% - dyspeptic symptoms, 22,6% - constipation, and 18,8% had loose stools. The pain in the right hypochondrium was noted in 37,7%, enlargement of the liver - in 83,0%. According to ultrasound examination NAFLD was diagnosed in 77,4% of obese adolescents. The analysis of the lipid spectrum revealed significantly higher levels in obese adolescents such indicators as total cholesterol ($5,11 \pm 0,13$ vs $4,28 \pm 0,18$ mmol/l, $p < 0,05$), triglycerides ($1,52 \pm 0,09$ vs $0,87 \pm 0,07$ mmol/l, $p < 0,05$), low – density lipoprotein cholesterol ($2,81 \pm 0,12$ vs $2,27 \pm 0,12$ mmol/l, $p < 0,05$) very low-density lipoprotein cholesterol ($0,68 \pm 0,04$ vs $0,37 \pm 0,03$ mmol/l, $p < 0,05$) while the high-density lipoprotein cholesterol levels did not differ significantly- $1,66 \pm 0,06$ vs $1,62 \pm 0,12$ mmol/l, respectively ($p > 0,05$).

Levels of carbohydrate metabolism indicators were significantly higher in the group of obese adolescents: fasting glucose ($4,71 \pm 0,06$ vs $4,39 \pm 0,06$ mmol/l, $p < 0,05$), insulin ($25,14 \pm 2,12$ vs $11,82 \pm 0,58$ μ IU / ml, $p < 0,05$), HOMA-IR ($5,23 \pm 0,43$ vs $2,31 \pm 0,09$, $p < 0,05$).

The ghrelin level in obese adolescents was $2,01 \pm 0,07$ ng/ml and was significantly lower than in healthy subjects ($p < 0,05$).

Conclusions. Signs of NAFLD according to ultrasound examination were diagnosed in $\frac{3}{4}$ adolescents with obesity. Significantly higher levels of insulin, fasting glucose, HOMA-IR, total cholesterol, triglycerides, low – density lipoprotein cholesterol, very low-density lipoprotein cholesterol in obese adolescents were observed. Significantly lower ghrelin level was revealed in obese adolescents compared to healthy peers. Thus, further study of the effect of ghrelin on energy

balance is needed. The data obtained will help determine the place of ghrelin in the prevention and treatment of obese adolescents.

SMOKING AMONG UKRAINIANE SCHOOL CHILDREN

Anjali Tamrakar, Olena Avdiievska, Heorhii Danylenko

V.N. Karazin Kharkiv National University

State institution «Institute for Children and Adolescents Health Care of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine»

Introduction. Tobacco smoking has caused more than 20 million deaths in the 50 y. The recognition of this major health hazard has led to efforts to both prevent the initiation of smoking and aid smokers in quitting, and most recently to an announced strategy of lowering nicotine in cigarettes and pushing those addicted to nicotine toward harm-reduction products. Without the addictive properties of nicotine, tobacco smoking would neither be popular nor a health problem, and lung cancer would not be the major lethal cancer worldwide. Smoking for teens is a serious problem that requires a compulsory solution. The effect of nicotine on the child's body is irreparable. Heavy consequences in Chronic illness usually does not stop children and adolescents. In order to get rid of the problem of smoking among adolescents, not enough parenting education, although in some cases, reasonable education can protect the child from harmful effects tobacco smoke. Typically, smoking is considered a risk factor that affects the formation chronic, non-infectious diseases. However, the young organism is more sensitive to the impact of adverse factors, so the development of targeted preventive programs on tobacco smoke among children and youth. It is for the realization of this purpose You need to have a complete picture of the prevalence of tobacco smoke among children and youth, as well as the consequences of early smoking.

The aim of the study. To analyze the formation of smoking habits among Ukrainian school children.

Materials and methods of study. Methods of research - sociological (questioning and interviewing), medical-statistical, analytical, nonparametric methods of mathematical statistics.

Results. As the survey shows, the main topic for an interview between children and parents is care about the future, the impact of smoking is not so popular (10%). According to the survey, only 60.88% ($p=1.53$) of the students in the study group reported that they never tried to smoke, the boys 57.5% ($p=2.19$) and girls 65.7% ($p=2.15$), and 6% of children smoke constantly. They tried to smoke, but now they do not burn 32.55% ($p=1.47$), among them boys are 36.7% ($p=2.14$), and girls are 27.64% ($p=2.02$), that is, girls not only once tried and quit smoking, but also continue to take advantage of this harmful habit. Regular smokers are 2.95% ($p=0.75$) of boys and 2.24% ($p=0.67$) of girls. Among the answers, it is very worrying that the children have already developed a habit that children simply "do nothing" for their self-confidence in the circle of friends, because they all smoke, and for most children interviewed, smoking is a way to calm down, to relieve tension, that is psycho- emotional effect, and twenty-one children even get a sense of cigarette smoke. That is, the solution to this problem must be done with maximum responsibility.

Conclusions. For each of these reasons, smoking is a psychological problem, but reliable ways to solve these problems are not easy to find in each particular case. An important role in this is played by the parents and the social environment of a teenager - his friends, classmates or classmates. Parents, as a rule, do not even suspect that this problem exists and the inability to explain to children about the harm of tobacco smoking, or simply trying to ban the child's protest desire to act contrary.

PEAK EXPIRATORY FLOW IN CHILDREN WITH COMMUNITY-ACQUIRED UNCOMPLICATED PNEUMONIA

Usenko D.V.

**Odesa National Medical University
Department of Pediatrics №1**

Background. High-frequency chest wall oscillation (HFCWO) is a modern bronchodrainage method that can improve the pulmonary function (PF) and restore the drainage of the bronchial glands. HFCWO is the most widely used therapy for children with cystic fibrosis. The method of HFCWO has proven effective in the treatment of bronchial asthma, bronchiectasis, segmental and partial atelectasis, but has not been sufficiently studied for community-acquired pneumonia (CAP).

The purpose of the work was to identify PEF and to study results in children with CAP.

Materials and methods. The study was conducted in 107 children aged 6 to 17 years, including 58 boys (54.21%) and 49 girls (45.79%) at the pulmonology department of the Odesa Regional Children's Clinical Hospital with a confirmed diagnosis of acute and uncomplicated CAP. The children were divided into 2 groups: the main group (MG) consisted of 55 children (the mean age was 12.12 ± 0.52 and the average height was 155.71 ± 3.22) who received basic therapy (BT) with the additional appointment of HFCWO procedures using The Vest Airway Clearance System, model 105, (Hill-Rom, USA). The control group (CG) consisted of 52 children (mean age was 11.33 ± 0.55 and an average height of 145.35 ± 3.08) who received BT without prescribing HFCWO. Peak flow measurement was used to assess PEF (l/min) using a peak flow meter a Mini-Wright Standart Portable Clampmeter, (Clement Clark International Ltd, UK) on the 1st and 10th day of children treatment with CAP.

Results. PEF was recorded – 317.86 ± 11.35 of the individual appropriate value (IAV), the area under the the ROC curve (AUC) was 0.79 ± 0.05 ; 95% CI ($0.69 \div 0.87$) in children of the MG on the 1st day of treatment. An increase of PEF - 400.05 ± 8.38 of IAV was observed, which is confirmed by a AUC value of 0.97 ± 0.02 ; 95% CI ($0.91 \div 1.00$) on the 10th day of complex therapy using The Vest device in MG's children. PEF was observed – 300.00 ± 14.23 of the IAV, the AUC of PEF was 0.73 ± 0.06 ; 95% CI ($0.62 \div 0.82$) on the 1st day of therapy in CG children. There was a slight increase of PEF 327.75 ± 10.95 of IAV, which proved the AUC of PEF - 0.87 ± 0.04 95% CI ($0.77 \div 0.93$) on the 10th day of treatment.

Conclusions. The assessment of PF is the important pathogenetic aspects in the management of children with pneumonia. We note a positive increase of PEF using ROC analysis in children of MG, which is 0.97 ± 0.02 ; 95% CI ($0.91 \div 1.00$) compared to children of CG, which is 0.87 ± 0.04 ; 95% CI ($0.77 \div 0.93$). Dynamic PEF study can predict course, adjust therapy and influence the final outcome of the disease in children with CAP.

INCIDENCE, PREVALENCE AND DISABILITY IN CHILDREN IN UKRAINE

Vinay Kumar Pandey, Genykh A.A., Stoliarenko V.N.
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine
Department of propaedeutics of pediatrics

The Aim of the research: to study Dynamics of Incidence (morbidity), Prevalence of diseases and Disability of some groups of diseases in children in Ukraine (from 1994 to 2016).

The tasks. 1. To find scientific information about the problems we study using medical literature using the internet and medical journals. 2. To make statistical analysis of dynamic indices

of the Incidence (morbidity), Prevalence of diseases and Disability of some groups of diseases in children in Ukraine (from 1994 to 2016).

Methods and materials of investigation. The analysis of available statistics was done.

Results and conclusions. Between 1994 and 2016, an increase in the prevalence of neoplasms was observed in children from 2.9 per 1000 children (1994) to 9.02 per 1000 children, diseases of the endocrine system from 26.6 to 70.34, blood circulation from 15.6 up to 33.75, urogenital - from 22.7 to 46.65, musculoskeletal system - from 34.4 to 70.64, congenital anomalies - from 14.6 to 28.69. During 1994 - 2016, the highest rate of changes (increase) of index the Incidence (morbidity) (%) in children in Ukraine (aged 0 - 17 years) was noted in such groups of disease as: 1) tumors (neoplasms) (+163,3%), 2) urinary diseases system (+116,3%), 3) diseases of the musculoskeletal system (+90%), 4) diseases of the circulatory system (+78,4%), 5) diseases of the endocrine system (+52,66%). The incidence rate among children (0-17 years) by disease group increases with age. Moreover, in comparison with a group of children aged 0 to 6 years, in children aged 7 to full 17 years (2016), diseases of the circulatory system increase by 3.7 times, diseases of the endocrine system, eating disorders, metabolic disorders - by 2.5 times, neoplasms - 2 times, injuries and poisoning - 1.95 times, diseases of the eye and adnexa - 1.5 times, diseases of the digestive system - 1.4 times, diseases of the skin and subcutaneous tissue - 1.2 times.

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

Kostiantyn Voloshyn, Ferdous Tanzina, Achu Sha Karen

V.N. Karazin Kharkiv National University

Department of Pediatrics #2

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

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

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

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

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

ЗМІСТ

1	<i>Авдієвська О.Г., Подрігало Л.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЖИТЛОВИХ УМОВ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я У СУЧАСНІЙ РОДИНІ	3
2	<i>Арцимович А.Г., Ошлянська О.А.</i> МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УРАЖЕНЬ У ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ	3
3	<i>Бабій О.Г.</i> АНТИСИНТЕТАЗНИЙ СИНДРОМ ЯК ОДИН З ВАРИАНТІВ OVERLAP СИСТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	5
4	<i>Бессонова І. М., Толмачова С.Р., Серашова І.С.</i> СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ІЗ СИСТЕМНИМ ЧЕРВОНИМ ВОВЧАКОМ	6
5	<i>Боярська Л.М., Гребенюк Л.В., Іванова К.О.</i> ВПЛИВ ДЕФЦИТУ ВІТАМІНУ Д НА МУКОЗАЛЬНИЙ ІМУНІТЕТ У ДІТЕЙ З НАЗОФАРИНГЕАЛЬНИМИ ПРОЯВАМИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ	8
6	<i>Боярська Л.М., Гребенюк Л.В., Іванова К.О.</i> ОСОБЛИВОСТІ МУКОЗАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ З НАЗОФАРИНГЕАЛЬНИМИ ПРОЯВАМИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ	9
7	<i>Бур'ян С.В., Кузьміна О.О.</i> УРГЕНТНА БРОНХОСКОПІЯ У ДІТЕЙ ПРИ ПОЛІТРАВМІ	10
8	<i>Вернігора Д.Г., Грицай Н.Ф.</i> ШЛЯХИ ВІДНОВЛЕННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРКИ ПРИ ЇЇ ПОДВОЄННІ	11
9	<i>Герасимова О.М., Савво В.М.</i> ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	12
10	<i>Головченко Ю.С., Залізняк А.В.</i> УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ДІТЕЙ.	13
11	<i>Дейніченко О.В.</i> НЕОНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.	14
12	<i>Закревський А.М., Каук О.І., Закревський К.А.</i> СУЧАСНІ АСПЕКТИ МОНІТОРИНГУ БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ МОЗКУ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ	15
13	<i>Кваченюк О.Г., Охотнікова О.М.</i> РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ГЕМОРАГІЧНОГО ВАСКУЛІТУ У ДІТЕЙ	16
14	<i>Козачук М.А., Шпірко Д.Д.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АНЦА- ВАСКУЛІТУ У ПАЦІЄНТА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ	18
15	<i>Колісник А.М., Стародуб А.С.</i> ЧАСТОТА СУДОМНОГО СИНДРОМУ ПРИ ГІПОКСИЧНОМУ УРАЖЕННІ ЦНС У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З НИЗЬКОЮ ТА ЕКСТРЕМАЛЬНО НИЗЬКОЮ МАСОЮ ТІЛА	20
16	<i>Кузьменко А.А.</i> ПІДГОТОВКА ТА ВЕДЕННЯ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ З ТИМОМЕГАЛІЄЮ	21

17	<i>Кулікова Н.О., Ловчикова А.С., Чернуський В.Г., Рак Л.І., Говаленкова О.Л., Носова О.М.</i>	22
	СТАН СИСТЕМИ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ НА ТЛІ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	
18	<i>Мавропуло М.І.</i>	23
	КОНСУЛЬТАТИВНА ДОПОМОГА МАТЕРЯМ В СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖАХ	
19	<i>Мужановський В.Ю.</i>	24
	ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ В ХЛОПЧИКІВ І ДІВЧАТОК, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ВИСОКОДИНАМІЧНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ	
20	<i>Муратова О.В., Слюсарєва А.В.</i>	26
	ПЛОДОВО-МАЛЮКОВАСМЕРТНІСТЬ В ВАГОВІЙ КАТЕГОРІЇ ≥ 2500 г В УКРАЇНІ: ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ.	
21	<i>Неляпіна М. М., Катагіра М.М.</i>	27
	ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛИ МОНТГОМЕРІ-АСБЕРГА У ДІТЕЙ ІЗ РЕВМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	
22	<i>Ольховська В.М¹, Слоєва З.В¹, Кіпаренко О.Ю².</i>	29
	КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ ТОНЗИЛІТІВ В ДІТЕЙ ІНФІКОВАНИХ І НЕ ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ГЕРПЕСУ ЛЮДИНИ 6 ТИПУ	
23	<i>Остапенко Ю.Ю., Ошлянська О.А.</i>	29
	КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	
24	<i>Поправко Є.Ю, Мефьод К.М.</i>	31
	ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОГЛОБУЛІНА ЛЮДИНИ ДЛЯ ВНУТРІШНЬОВЕННОГО ВВЕДЕННЯ В ТЕРАПІЇ ХВОРОБИ КАВАСАКІ У ДІТЕЙ	
25	<i>Пухир В.П., Недельська С.М.</i>	32
	РОЛЬ ФЕНОТИПУВАННЯ В ТЕРАПІЇ ВАЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ	
26	<i>Романова Н.Г., Даниленко Г.М., Мохамід Мохаммед</i>	33
	ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ПІДЛІТКАМИ ЯК ФАКТОРИ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНОГО РИЗИКУ	
27	<i>Сергунін І.В.</i>	33
	СИСТЕМНИЙ КЛІЩОВИЙ БОРЕЛІОЗ. АЛГОРИТМИ ДІАГНОСТИЧНОГО ПОШУКУ.	
28	<i>Сидорова Р.Б., Вернигора Д.Г.</i>	34
	ТАКТИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЯЄЧКА У ДІТЕЙ	
29	<i>Сміян О.І., Сміян К.О., Попов С.В., Січненко П.І.</i>	35
	АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАННОСТІ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ СЕРЕД ДІТЕЙ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ	
30	<i>Страшок Л.А., Павлова О.С.</i>	36
	РИЗИКИ ПОШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ЮВЕНІЛЬНОГО ІДІОПАТИЧНОГО АРТРИТУ У ПІДЛІТКІВ	
31	<i>Суханова Л.А., Сіренко І.О., Зосимов А.М., Марченко О.Ю., Герасимова Т.Г., Калиновська В.В.</i>	37
	ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ КОНТАКТУ З ХВОРИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ	
32	<i>Ткаченко О.Д.</i>	38
	КЛІНІЧНІ ТА РЕНТГЕН-МОРФОМЕТРИЧНІ СТОМАТОГНАТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	

33	<i>Хаджинова Ю.В.</i> ДІНАМІКА СТАТУСУ ВІТАМІНУ Д У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ НА ТЛІ ТЕРАПІЇ ПРЕПАРАТАМИ КАЛЬЦИФЕРОЛУ	40
34	<i>Хапченкова Д.С., Сенаторова Г.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З КОАРКТАЦІЄЮ АОРТИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ	41
35	<i>Харькова М.О., Рибка О.С.</i> ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ДІТЕЙ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ	42
36	<i>Хіменко Т. М., Столяренко В. Н.</i> ВИВЧЕННЯ ХАРАКТЕРУ ВИГОДОВУВАННЯ ТА СТРОКІВ ВВЕДЕННЯ ОСНОВНИХ ПРОДУКТИВ ПРИКОРМУ СЕРЕД ПРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ	42
37	<i>Черниш Ю. Р., Охотнікова О.М.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ З ХАРЧОВОЮ АЛЕРГІЄЮ	44
38	<i>Чернякова Г.М.</i> АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ПІДЛІТКІВ - УЧНІВ ЗАКЛАДУ ПРОФЕСІЙНО-ТЕХНІЧНОЇ ОСВІТИ (за даними медичного огляду 2019 р.)	45
39	<i>Чориева Д., Летяго А.В., Чернуский В.Г., Говаленкова О.Л.</i> РАЗВИТИЕ ПЕДИАТРИИ КАК НАУКИ, УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ В ХАРЬКОВСКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМЕНИ В.Н. КАРАЗИНА	46
40	<i>Чігборум Агву Чарльз, Голубнича Г.І.</i> ОСОБЛИВОСТІ СПОСОБУ ЖИТТЯ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ, ПРОТЯГОМ ПЕРІОДУ НАВЧАННЯ У ВИЩОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ	48
41	<i>Шарун Е.В., Каишала Д.А.</i> СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У МАЛЬЧИКОВ- ПОДРОСТКОВ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ	49
42	<i>Шевцова Т.І., Александренко Н.О.</i> ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З НЕОНАТАЛЬНИМ АБСТИНЕНТНИМ СИНДРОМОМ	50
43	<i>Шевченко Н.С., Крутенко Н.В.</i> ИНДУЦИРОВАННЫЙ ГИПОКСИЕЙ ФАКТОР КАК ЦЕНТРАЛЬНЫЙ МЕДИАТОР В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	51
44	<i>Школьна І.І., Маркевич В.Е.</i> РОЛЬ ПЛАЦЕНТИ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПЛОДА ЗАЛІЗОМ ПРИ НЕВИНОШУВАННІ ВАГІТНОСТІ	53
45	<i>Штойко Т.В.</i> КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДО ПИЛКУ ТРАВ У ДІТЕЙ ЛЬВІВЩИНИ	54
46	<i>Штрах Е.В.</i> СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.	55
47	<i>Hala Al-Rayyan, Iryna Dudnyk, Heorhii Danylenko</i> UKRAINIAN DRUG USE BY ADOLESCENTS	56
48	<i>Hala Al-Rayyan, Mohammed Mohammed, Anjali Tamrakar, Heorhii Danylenko</i> THE FORMATION OF BAD HABITS AMONG UKRAINIANS SCHOOL CHILDREN	57
49	<i>Mykhailo Boiko, Vasyl Petrychenko</i> EXPERIMENTAL OBSERVATIONS SOLVENT REGARDLESS OF THE CONSEQUENCE'S PENETRATION THIALBARBITAL INSIDE	58

50	<i>Krainia Hanna</i> PREDICTORS OF THE DEVELOPMENT OF ACUTE PNEUMONIA IN CHILDREN OF EARLY AGE	59
51	<i>Pohribna A.O.</i> THE ROLE OF VITAMIN D IN THE DEVELOPMENT OF ANEMIA OF INFLAMMATION IN YOUNG CHILDREN WITH ACUTE INFLAMMATORY BACTERIAL DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM	59
52	<i>Kateryna Samoylyk</i> CHANGES OF BLOOD PRESSURE CIRCADIAN RHYTHM IN PATIENTS WITH DIABETES DEPENDING ON BODY MASS	60
53	<i>Shcherbyna I.M., Plakhotna I.U.</i> DIAGNOSIS AND PREDICTION OF INTRAUTERINE INFECTION OF THE FETUS	61
54	<i>Shvets A.M., Arzhannikov I.S., Korobkova-Arzhannikova A.V., Gavrilova T.V.</i> MEDICAL AND SOCIAL FEATURES OF TEENAGERS STUDYING IN KHARKIV VOCATIONAL-TECHNICAL SCHOOLS	62
55	<i>Strashok L.A., Khomenko M.A.</i> EVALUATION OF GHRELIN LEVEL IN ADOLESCENTS WITH OBESITY	63
56	<i>Anjali Tamrakar, Olena Avdiievska, Heorhii Danylenko</i> SMOKING AMONG UKRAINIANS SCHOOL CHILDREN	64
57	<i>Usenko D.V.</i> PEAK EXPIRATORY FLOW IN CHILDREN WITH COMMUNITY-ACQUIRED UNCOMPLICATED PNEUMONIA	65
58	<i>Vinay Kumar Pandey, Genykh A. A., Stoliarenko V. N.</i> INCIDENCE, PREVALENCE AND DISABILITY IN CHILDREN IN UKRAINE	65
59	<i>Voloshyn Kostiantyn, Ferdous Tanzina, Achu Sha Karen</i> EVALUATION OF A QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES	66

Відповідальність за зміст повідомлень несуть автори

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

**Матеріали V науково-практичної конференції молодих вчених
з міжнародною участю,
присвяченої 215-річчю Харківського національного університету
імені В.Н. Каразіна**

27 лютого 2020 року, м.Харків

Автор ідеї: Волошин К.В.

Відповідальний за випуск: Волошин К.В.

Фото на обкладинці: Карпушенко Анастасія Максимівна

Фото надане: Карпушенко Ю.В.

Дизайн та макет обкладинки: Карпушенко А.М.

Підписано до друку 25.02.2020 р. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times ET. Друк ризографічний.
Умов.-друк. арк. 2,09. Наклад 100 прим. Замов. № 181

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

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

