

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДИТЯЧИХ ХВОРОБ

Матеріали VII Всеукраїнської студентської
науково-практичної конференції
(20 квітня 2018 року, Київ)

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the VII Congress of Pediatrics of Ukraine
(April, 25th, 2018, Kiev)

ПОРІВНЯННЯ РІЗНИХ МЕТОДИК ВИЗНАЧЕННЯ БІЛІРУБІНЕМІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ЖОВТЯНИЦЕЮ

Бадрук Т.О., Сардалова І.А., Фурман Д.І.
Науковий керівник: к. мед. н., доцент Качалова О.С.,
д. мед. н., проф. Мітюряєва І.О
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра педіатрії №4
(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник)
м. Київ, Україна

Актуальність: Враховуючи зростання популярності та зручність неінвазивних методів дослідження серед практикуючих лікарів, актуальним є порівняння різних методик визначення білірубину у новонароджених з жовтяницею.

Мета: Порівняти точність різних неінвазивних методик визначення білірубінемії у новонароджених з жовтяницею та встановити найбільш наближений до показників сироваткового білірубину.

Методика дослідження: на базі пологового будинку №1 та ДКЛ №6 було обстежено 20 дітей з діагнозом "Жовтяниця новонароджених". Дослідження було проведене з використанням показників двох різних методик та порівняння їх з лабораторними показниками:

1. Вимірювання за допомогою прилада «Білітест» подвійної суми показників з 5 точок (лобова частина голови, груди, живіт, тильна поверхня долоні та стопи).

2. Визначення рівня сироваткового білірубину

3. Візуальне порівняння за шкалою Крамера.

Результати. При оцінці отриманих даних вираховували 2 групи показників. Дані сироваткового білірубину порівнювали із результатами шкали Крамера. При цьому середня різниця між показниками склала $69,9 \pm 38,2$. При порівнянні між рівнем сироваткового білірубину та показниками «Білітеста» середня різниця склала $29,9 \pm 14,7$. При чому, різниця між двома методиками вимірювання статистично значуща ($p < 0,05$), що вказує на перевагу «Білітесту» перед візуальною шкалою оцінки. Проте, при детальній оцінці показників діапазон різниці показників був від 3 до 50 мкмоль/л, що необхідно враховувати при інтерпретації результатів дослідження.

Висновки. Визначено перевагу вимірювання методом «Білітест» перед візуальною шкалою Крамера. Враховуючи значний діапазон похибки при вимірюванні рекомендовано використовувати цю методику тільки для скринінгового обстеження та підтверджувати результати за допомогою лабораторних методів.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЛАКТАЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ З ХАРЧОВОЮ АЛЕРГІЄЮ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Базаров М.О.
Науковий керівник: к. мед. н. Сліпачук Л.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра педіатрії №1
(зав. каф.: д. мед. н., проф. Березенко В.С.)
м. Київ, Україна

Актуальність. Однією з актуальних проблем сучасної педіатрії є харчова алергія (ХА), частота проявів (шкірні, гастроінтестинальні, респіраторні прояви) якої постійно збільшується.

Оскільки ХА може ускладнюватися лактазою недостатністю (ЛН), то питання корекції ЛН стає актуальним для полегшення перебігу ХА у дітей.

Мета дослідження. Дослідити вплив корекції ЛН на стан здоров'я дітей грудного віку з проявами ХА.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 35 дітей, віком від 2 до 14 місяців, з проявами ХА і з передбачуваною ЛН (значення рН калу нижче 5,5).

Пацієнтам проведено: загальноклінічне обстеження, копрологічне дослідження випорожнень з визначенням рН калу, посів калу на дисбактеріоз в динаміці (до та через 30 днів прийому препарату лактази).

Результати дослідження та їх обговорення. В усіх дітей відмічались ті чи інші прояви ХА. Шкірний синдром спостерігався у 100% пацієнтів, його прояви були різного ступеня важкості. У 22 пацієнтів (62,9%) додатково мали місце гастроінтестинальні розлади. У 7

(20%) дітей також спостерігався респіраторний синдром у вигляді випадків обструктивного бронхіту. Діти знаходились на природному – 16 (45,7%), частково-грудному – 14 (40%) і штучному – 5 (14,3%) вигодовуванні та отримували з 6 місяців продукти прикорму.

Результати копрологічного дослідження на старті спостереження були наступними: виявлені лейкоцити (10-15 в полі зору) у 7(20,0%) дітей, нейтральний жир чи жирні кислоти у 11(31,4%), амілорея у 15(42,9%), йодофільна флора у 16(45,7%) дітей.

При дослідженні мікробного пейзажу кишечника у більшості дітей загальна кількість кишкової палички залишалась у межах норми, зменшення кількості біфідо- і лактобактерій спостерігалось, відповідно у 25,7% та 60,0% пацієнтів. У абсолютної більшості обстежуваних висівалася умовно-патогенна мікрофлора (переважно золотистий стафілокок, кишкова паличка зі зміненими властивостями, клебсієла, протей).

Після обстеження усім дітям було призначено лікування, яке включало гіпоалергенну дієту для матері-годувальниці та/або дитини, замісну ферментну терапію препаратом лактази. Через 30 днів на тлі вищезазначеного лікування спостерігалось зменшення прояву шкірного і гастроінтестинального синдромів у кожній третій дитини (11 – 31,4%), у частини дітей (близько 25%) спостерігалися позитивні зміни у складі мікрофлори кишечника. Препарат лактази переносився добре, побічні ефекти не зареєстровані, випадків відміни не було.

Висновки

У дітей грудного віку з проявами ХА (найчастіше при поєднанні шкірного та гастроінтестинального синдромів) можливе формування ЛН, особливо за наявності у них додаткових етіологічних чинників.

Додавання препарату лактази до комплексної терапії, рекомендованої при алергічних захворюваннях, сприяло покращенню стану здоров'я дітей у абсолютної більшості випадків.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГРВІ ТА ГРИПУ В ЕПІДЕМІЧНОМУ СЕЗОНІ 2016-2017 РОКІВ

Бовсуновська К.П.

Науковий керівник: к. мед. наук, доц. Коренюк О.С.

Дніпропетровська медична академія

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

(зав. каф: д. мед. н., проф. С.І. Ільченко)

м. Дніпро, Україна

Актуальність. По даним МОЗ, щорічно в період епідемій грипу в світі хворіє від 3 до 5 млн. людей, з них 60-70% складають діти віком до 17 років. Від 1% до 10% пацієнтів з клінічними проявами хвороби потребують госпіталізації.

Мета: проаналізувати показники захворюваності грипом за період з 2009 року, вивчити особливості клінічного перебігу грипу та частоту виникнення ускладнень в епідемічному сезоні 2016-2017 років.

Матеріали та методи дослідження. Проведений аналіз захворюваності на грип та ГРВІ за період з 2009 по 2017 рік, що знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні КЗ «Дитяча міська клінічна лікарня №2». Проаналізовано 171 історія хвороби. Математична обробка отриманих результатів проводилась із застосуванням "Statistics for Windows".

Виклад теми. Проаналізувавши кількість госпіталізованих дітей до інфекційного відділення з діагнозом ГРВІ та грип за 2009-2017 роки. В даний епідсезон 2016-2017 років ми відмітили пік захворюваності в грудні, різке зниження в січні та поступовий підйом в лютому-березні.

В вибірку потрапили діти різного віку. До 1 року, яка налічувала 14%, 1-3 роки – 36%, 4-6 років – 18%, 7-18 років – 32%.

Серед усіх обстежених хворих грип А (H3N2) підтвердили в 22 дітей і у 2 дітей виявили грип типу В.

Аналіз вираженості лихоманки показав, що в 32 % дітей спостерігалась температура 39-40°C і 3% дітей - 40-41°C.

У 64% відмічалась наявність симптомів ринофарингіту. У 29% випадків був виражений.

Інтестинальний синдром у дітей проявлявся блювотою – 8%, болем в животі – 2,4% та нудотою – 1,2%.

Судомний синдром проявлявся в 2,9% дітей, причому у 1,75% – вперше, а у 1,15% в анамнезі були судоми. У 4-х (2,3%) дітей перебіг грипу ускладнився розвитком бронхіту.

Серед досліджуваної групи дітей пневмонія ускладнила перебіг грипу у 5,4% пацієнтів.

Спільною ознакою всіх хворих було відсутність вакцинації від грипу.

Серед обстежених дітей 3,5% отримували етіотропну терапію.

При аналізі терміну надходження до стаціонару було відмічено, що 62% дітей поступали до стаціонару на 3-й день та пізніше.

Серед досліджуваних дітей – 121 (70,8%) отримували антибіотики.

Висновок. Для профілактики виникнення епідемічної ситуації по грипу необхідно: проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення, своєчасна вакцинація, діагностика грипу на ранніх стадіях з використанням експрес-тестів, раціональне лікування з використанням протигрипозних препаратів.

ПОШИРЕНІСТЬ ОРТОПЕДИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗГІДНО РЕЗУЛЬТАТІВ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ У ДІТЕЙ МІСТА КИЄВА ЗА 2017-2018 РОКИ

Друзенко М.Г.

**Науковий керівник: к. мед. н., доц. Гнилокурченко А.В.,
д. мед. н., проф. Мітюряєва І.О.**

**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра педіатрії №4**

**(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник)
м. Київ, Україна**

Актуальність: Порушення постави та форми стопи посідають перше місце серед ортопедичної патології у дітей в світі. Деформації опорно-рухового апарату можуть призвести до захворювань з боку інших органів і систем, наприклад дихальної чи серцево-судинної. Саме педіатри є першою ланкою з виявлення груп ризику даних порушень та їх раннього попередження, ще до необхідності надання спеціалізованих консультацій і лікування.

Мета: Вивчити поширеність ортопедичної патології у дітей дошкільного та шкільного віку м. Києва та визначити методи корекції виявлених відхилень.

Матеріали та методи: Дослідження включало 467 дітей віком від 1 до 17 років на базі Київських дитячих поліклінік. Крім фізикального обстеження для виявлення порушення постави використовувався метод оцінки рентгенограм з вимірюванням кута Кобба, порушення форми стопи визначалися за допомогою подоскопа.

Результати: У дітей дошкільного віку переважала плоско-вальгусна деформація стоп – 36%, в той час як у дітей шкільного віку перше місце посідає порушення постави 43%. Для обох вікових груп більш поширеною є кіфотична постава – 59%, сколіотична та I ступінь сколіозу – 41% (кут Кобба до 10°). Крім того, 12% обстежених дошкільного та 22% шкільного віку мали як порушення постави, так і форми стопи. Не виявлено статевих розбіжностей для виникнення ортопедичних відхилень у дітей дошкільного віку, в той час, як у осіб шкільного віку сколіотичне порушення постави переважало у дівчат – 63% проти 37% у хлопців. Серед інших патологій характерною була воронкоподібна деформація грудної клітки – 7% у дітей дошкільного віку та 4% в шкільному віці.

Висновок: Результати проведеного дослідження свідчать про значну поширеність порушень постави та форми стопи у дітей всіх вікових груп. Вчасна діагностика та профілактичні заходи на ранніх етапах можуть попередити розвиток захворювань, як з боку опорно-рухового апарату, так і внутрішніх органів.

Хворим з деформацією стоп було запропоновано корекцію з використанням ортопедичних устілок. Усім обстеженим дітям було надано рекомендації щодо лікувальної гімнастики для стоп та хребта з контролем динаміки стану в подальшому.

ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ІНДЕКСУ ІНТОКСИКАЦІЇ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ГОСТРІ КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ

Єрмоліна О.О. , Рижа Т.В.

**Науковий керівник: к. мед. н. Сміян-Горбунова К.О., д. мед. н. Сміян О.І.
Сумський державний університет, Медичний інститут**

Кафедра педіатрії

**(зав. каф.: д. мед. н., проф. Сміян О.І.)
м. Суми, Україна**

Актуальність. Гострі кишкові інфекції (ГКІ) займають провідну роль серед усіх інфекційних захворювань дітей, особливо раннього віку. Саме тому постає актуальним питання про їх своєчасну ранню діагностику. Серед усіх методів вивчення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) у дітей набуває особливого значення.

Мета. Вивчити динаміку змін лейкоцитарного індексу інтоксикації периферичної крові хворих на ГКІ.

Матеріали та методи дослідження. Нами було обстежено 75 дітей у віці від 1 міс. до 18 років. Із них 21 пацієнт з ГКІ середнього ступеня тяжкості і 39 – з тяжким ступенем захворювання, які знаходились на стаціонарному лікуванні у СМДКЛ Св. Зінаїди. Контрольну групу склали 15 практично здорових дітей репрезентативних за віком і статтю.

Результати дослідження. У період розпалу захворювання у пацієнтів при середньотяжкому, тяжкому ступені важкості ГКІ та групи контролю ЛІІ складав відповідно $(1,12 \pm 0,31)$ умв. од. ($p < 0,05$), $(3,24 \pm 0,36)$ умв. од. ($p < 0,001$), $(0,24 \pm 0,18)$ умв. од.

ЛІІ прямо пропорційно залежав від ступеню тяжкості захворювання: у дітей з тяжкою формою ГКІ, значення ЛІІ були достовірно

вищими, ніж у пацієнтів з середнім ступенем тяжкості ($p < 0,001$). Зростання ЛПІ при середньотяжкій формі ГКІ у дітей відбувалося у 4,6 рази у порівнянні з аналогічним показником у дітей контрольної групи ($p < 0,05$), а при тяжкій формі – у 13,5 раз ($p < 0,001$).

Висновки. Таким чином, у дітей з гострими кишковими інфекціями визначається достовірне зростання лейкоцитарного індексу інтоксикації у періоді розпалу захворювання. Поряд із цим у пацієнтів з тяжким ступенем ГКІ ці зміни були більш вираженими при порівнянні з аналогічним показником у дітей при середньотяжкій формі захворювання. Вищезазначений індекс є простим, доступним і досить інформативним методом оцінки ступеню запалення і тяжкості перебігу ГКІ у дітей.

ГІПЕРГЛІКЕМІЯ ЯК МАРКЕР ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ НЕОНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Золота П.О.

Науковий керівник: к. мед. н., доцент Шевцова Т.І.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №2

(зав. каф.- член-кореспондент НАМН України, проф. Волосовець О.П.)

м. Київ, Україна

Дисбаланс обміну глюкози, має важливе значення в практичній неонатології. Гіперглікемія зустрічається частіше, ніж гіпоглікемія, особливо серед дітей, які знаходяться на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії.

Схильність новонароджених до гіперглікемії має мультифакторний генез, може бути пов'язана з високим рівнем протиінсулярних речовин, незрілістю клітин підшлункової залози, інсуліновою резистентністю, тощо. Одним з провідних наслідків гіперглікемії є підвищення осмолярності плазми крові. У новонароджених підвищення осмолярності може бути причиною синдрому пригнічення ЦНС, зумовленого набряком мозку, та спровокувати виникнення внутрішньошлуночкового крововиливу (ВШК).

Метою нашої роботи було дослідження зв'язку гіперглікемії з нозологічними формами, вивчення впливу гіперглікемії на клінічний перебіг та прогноз захворювань. Проаналізовано історії хвороби 155 дітей, яким проводилось лікування у відділенні інтенсивної терапії новонароджених пологового будинку. Гіперглікемія діагностована у 9,9% новонароджених (15 дітей). Найчастіше гіперглікемія спостерігалась у недоношених немовлят з масою тіла при народженні менше 1500г (66,6%). Септичні стани склали 53%, важка асфіксія 33%.

Серед дітей з вагою при народженні < 1500 г (середній гестаційний вік 31,8 тиж.) гіперглікемія була прямо пропорційна з ВШК ($P = 0,025$), важким РДС ($p = 0,05$), сепсисом ($p = 0,025$), чоловічою статтю ($p = 0,05$), обернено пропорційна з вагою при народженні ($p = 0,05$), антенатальним введенням стероїдів ($p = 0,05$).

Лікування гіперглікемії включало зменшення концентрації глюкози в розчині для внутрішньовенного введення та швидкості інфузії; надалі призначався інсулін короткої дії. У 80% дітей відмічено нормалізацію рівня глюкози крові. 20% дітей без відповіді на інсулінотерапію мали несприятливий вихід. Причини летальності: ВШК, сепсис, некротичний ентероколіт з перфорацією.

Висновок: На прикладі нашого дослідження показано, що гіперглікемія, яка не піддається корегуванню, пов'язана з важкою коморбідною патологією, та є прогностично несприятливою ознакою.

Доцільним є запровадження постійного визначення рівня глюкози у дітей та застосування заходів щодо своєчасної корекції виявлених порушень.

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН РЕСПІРАТОРНОЇ СИСТЕМИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ, ЯКІ КУРЯТЬ

Катеруша Д.А.

Науковий керівник: ас. А.О. Фіалковська

Дніпропетровська медична академія

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

(зав. каф: д. мед. н., проф. С.І. Ільченко)

м. Дніпро, Україна

Актуальність: Поширеність куріння в загальній популяції і збиток для суспільства від куріння в Україні дуже високі. Медичні працівники є найважливішою ланкою в процесі контролю над тютюном, тому що у них є унікальна можливість бути прикладом, проводити консультування осіб, що курять, бажаючих кинути курити, і підвищувати інформованість населення про шкоду куріння. У багатьох країнах було показано, що багато медичних працівників самі страждають тютюновою залежністю, і це є найбільш значною перешкодою в активній участі в процесі контролю над тютюном. Встановлено, що в осіб молодого віку, які курять, бронхо-легенева патологія зустрічається у 2 рази частіше, а порушення з боку функції органів дихання виявляються навіть при невеликій (< 5 років) тривалості тютюнокуріння. Своєчасне виявлення

порушень функціонального стану органів дихання у курців дозволить проводити ранню діагностику хронізації запалення та його лікування, що дозволить попередити розвиток ХОЗЛ у майбутньому.

Мета дослідження: оцінити статус тютюнокуріння та клініко-функціональний стан респіраторної системи у студентів - медиків, які курять.

Матеріали і методи. Обстежено 66 студентів – медиків, які курять, віком від 17 до 20 років (середній вік – $18,7 \pm 0,6$ роки). Дослідження включало опитування щодо статусу тютюнокуріння та об'єктивне обстеження. Оцінку функції зовнішнього дихання здійснювали за допомогою спірометрії.

Отримані результати та висновки. Особливостями статусу тютюнокуріння у студентів є: наявність вже сформованої високої та дуже високої нікотинової залежності майже у 25,8%, відсутність мотивації кинути у 31,8%. Середня тривалість тютюнокуріння у досліджених склала $3,0 \pm 0,5$ роки. Встановлено, що 16,7% з них мали ІК більше 140, що свідчить про дуже високий рівень ризику розвитку ХОЗЛ в майбутньому. Встановлено, що 16,7% курців скаржились на періодичний малопродуктивний кашель вранці за відсутності ознак гострої респіраторної вірусної інфекції, у 19,7% підлітків такий кашель був вдень або вночі. На задишку під час фізичного навантаження скаржилися 13,6% студентів-курців. Результати спірометрії показали, що у 10,6% курців було виявлено помірне зниження FEV1 від норми.

Таким чином, проведене дослідження свідчить про наявність проблеми залежності від тютюнокуріння та порушень з боку респіраторної системи серед студентів - медиків. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми повинні бути профілактичні заходи щодо як самого тютюнокуріння, так і контролю за станом здоров'я майбутніх лікарів ще на етапі їх профорієнтації.

ВПЛИВ ГАДЖЕТІВ НА ХАРАКТЕР СНУ У ДІТЕЙ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Кирилович М.С., Ясинецька К.О.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Мітюряєва І.О, к. мед. н., доц. Гнилокурєнко А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №4

(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник)

м. Київ, Україна

Метою роботи є оцінка впливу гаджетів на характер сну у дітей з пароксизмальною вегетативною недостатністю.

Матеріали і методи: Обстежено 23 дитини з пароксизмальною вегетативною недостатністю, які перебували в ДКЛ №6 м. Києва в Центрі вегетативних дисфункцій. За допомогою анкетування проводили оцінку сну та користування гаджетами. Статистичну обробку даних проводили програмою SPSS 22.0.

Результати дослідження: Всіх дітей розподілили на 3 групи. До першої групи увійшли 8 дітей, які користувались гаджетами більше 480 хв. протягом дня, до другої групи 10 дітей – 120-480 хв, до третьої (5 дітей) – від 30 до 120 хв. За результатами анкетування 62,5% дітей першої групи спілкуються в соцмережах, і тільки ¼ частина пацієнтів грає в комп'ютерні ігри. При цьому 50% із них скаржаться на труднощі із засинанням ввечері та пробудженням зранку, неспокійний сон і кошмари – 25%, порушення сну вдень і безсоння – 12,5%. Діти другої групи надають перевагу переглядам відео 40%, інші 40% – спілкуванню в соц. мережах, з них скаржаться на труднощі із засинанням – 20%, неспокійний сон – 10% і кошмари – 10%. Серед дітей третьої групи 80% надають перевагу переглядам відео, з них скаржаться на неспокійний сон – тільки 20%. За даними кореляційного аналізу встановлено зв'язок між тривалістю користування гаджетами та користуванням соціальними мережами $r=0,423(p<0,05)$, та скаргами на труднощі із засинанням $r=0,410(p<0,05)$.

Висновок: Таким чином, доведено негативний вплив гаджетів на порушення сну у дітей з ПВН.

ВПЛИВ ДЕФІЦИТУ ЗАЛІЗА НА ПОРУШЕННЯ СНУ У ДІТЕЙ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Клубей С.М.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Гнилокурєнко А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №4

(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник)

м. Київ, Україна

Актуальність: Одним з показників здоров'я дитини є її хороший сон. Порушення сну у дитини може бути передумовою серйозних неврологічних захворювань або хвороб внутрішніх органів. Сучасною медициною так і не встановлені точні причини появи симптому неспокійних

ніг, який часто виявляється у дітей з безсонням. За даними літератури посилення синдрому неспокійних ніг співпадає із добовим зниженням дофаміну в мозку, що відповідає найнижчому рівню заліза в сироватці крові. Оскільки залізо відіграє значну роль у функціонуванні дофамінергічної системи і сучасні дослідники пов'язують синдром неспокійних ніг із дефіцитом заліза.

Мета: Визначити дефіцит заліза у дітей, хворих на пароксизмальну вегетативну недостатність та його вплив на порушення сну.

Матеріали та методи дослідження: Обстежено 45 дітей 10-17 років з ПВН, які знаходились на базі Центру вегетативних дисфункцій ДКЛ №6 м. Києва. Склад заліза вивчався за допомогою вимірювань масової частки хімічних елементів у волоссі та у плазмі крові рентгено-флуоресцентним методом за допомогою портативного енерго-дисперсійного рентгено-флуоресцентного спектрометра «ElvaX». Відхилення індивідуального мікроелементного профілю дитини фіксували, використовуючи визначені М.Г. Скальною (2009) біологічно допустимі рівні (БДР). Також визначали вміст заліза в раціоні харчування дітей. Оцінку сну проводили за допомогою анкетування.

Результати дослідження: При оцінці раціону харчування встановлено, що дефіцит заліза виявляється у 68,8% хворих. При дослідженні волосся, як депо мікроелементів, дефіцит заліза встановлено у 44,4%, тоді як знижений рівень заліза в сироватці крові був у 1/3 пацієнтів. При цьому, в загальному аналізі крові у цих пацієнтів ознак анемії виявлено не було, що свідчить про латентний дефіцит заліза. При оцінці сну за допомогою анкетування виявлено, що серед інших порушень сну на синдром неспокійних ніг, який супроводжується неприємними відчуттями кінцівок і надмірною руховою активністю уві сні, скаржаться більше 30% пацієнтів.

Висновки: Таким чином, всім пацієнтам з ПВН, у яких виявляються порушення сну із синдромом неспокійних ніг рекомендовано обстеження для визначення латентного дефіциту заліза.

ЙОДНИЙ ДЕФІЦИТ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПРОФІЛАКТИКИ

Корованенко В.В.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Починок Т.В.

к. мед. н. Сліпачук Л.В.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №1

(зав. каф.: д. мед. н., проф. Березенко В.С.)

м. Київ, Україна

Актуальність. Йодний дефіцит (ЙД) може викликати цілий спектр патологічних станів.

Існує багато способів профілактики ЙД, серед них – вживання продуктів морського походження; призначення препаратів, що містять йод; вживання йодованої солі та йодованої води.

Отже, проблема ЙД та його профілактики в Україні є надзвичайно актуальною, з огляду на високу поширеність дифузного зобу серед дітей шкільного віку (5,5 – 65%).

Метою дослідження була оцінка йодного забезпечення і виявлення ЙД у школярів старших класів міста Києва та дослідження доцільності вживання йодованої води для його корекції.

Матеріали і методи. Обстежено 95 дітей 15-16 років. Дослідження включало анкетування вживання продуктів, що містять йод; клінічне обстеження по органам та системам, визначення розміру щитоподібної залози (ЩЗ) пальпаторно за рекомендаціями ВООЗ/МРКІДЗ (2001), проведення УЗД ЩЗ, визначення вмісту йоду в сечі.

Всі діти отримували воду (200 мл) щоденно 1 раз в день протягом року: 1 група (32 ос.) отримувала воду з вмістом йоду 50 мкг, 2 група (32 ос.) – 100 мкг, контрольна група (31 ос.) отримувала воду без йоду.

Результати. Більше 50% батьків мало знати про вплив йоду на стан здоров'я дитини; йодовану сіль постійно вживали 18%, а морепродукти – 12%

При пальпаторному обстеженні збільшення ЩЗ спостерігалось у 42,1% дітей.

При УЗД ЩЗ майже у всіх дітей структура ЩЗ була не змінена, але у 3 дітей (3,2%) було виявлено вузловий зоб.

Результати аналізу проб сечі серед обстежених школярів показали, що вміст йоду в сечі <100 мкг/л виявлено у 63 (66,32%) дітей, що є свідченням ЙД різних ступенів важкості. Оптимальний показник >100 мкг/л виявлено у 32 (33,68%) дітей.

Через рік після вживання йодованої води об'єм ЩЗ у 1-й і 2-й групах був нижчий, ніж на початку дослідження.

Медіана екскреції йоду з сечею у контрольній групі суттєво не змінилась і була у середньому 86,9 мкг/л, що відповідає легкому ЙД, а у 1-й і 2-й групах медіана йодурії збільшилась і знаходилась в межах 150-250 мкг/л, тобто була >100 мкг/л, що відповідає нормальному забезпеченню організму йодом.

Висновки

1. Дослідження йодного забезпечення школярів віком 15-16 років м. Києва показало наявність ЙД у 66% дітей внаслідок нераціонального харчування, відсутності масової та індивідуальної профілактики.

2. При пальпації та УЗД ЩЗ було виявлено збільшення її об'єму у 37 (39%) дітей при нормальній ехогенності та однорідній структурі, а у 3 дітей (3,2%) при дифузному зниженні ехогенності з окремими гіперехогенними ділянками.

3. Застосування йодованої води в кількості 50, 100 мкг йоду за добу нормалізує показники йодного балансу, рівень йодурії та позитивно впливає на об'єм ЩЗ.

МОТОРНА ФУНКЦІЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ДІТЕЙ З РЕАКТИВНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Костур К.П., Криванич Н.В.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Горленко О.М.

Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра дитячих хвороб з дитячими інфекціям

(зав. каф.: д. мед. н., проф. Горленко О.М.)

м. Ужгород, Україна

Вступ. Важливе місце у структурі патології органів травлення займають функціональні захворювання органів шлунково-кишкового тракту. За даними літератури, 65-80% становить дисфункція жовчного міхура, а також на фоні патології органів травлення часто виникає реактивний панкреатит.

Мета роботи. Оцінити стан моторної функції жовчного міхура (ЖМ) у дітей з реактивними змінами підшлункової залози (ПЗ) на фоні функціонального розладу шлунку (ФРШ).

Матеріали і методи. Було проаналізовано 4504 історій хвороб дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні в МДКЛ м. Ужгород (2016 р.), з яких відібрано 86 пацієнтів, у яких на фоні основного захворювання були наявні реактивні зміни ПЗ. Групі з 16 пацієнтів додатково проведено детальнізовану динамічну ультразвукову холецистографію (УЗХГ) з використанням холекінетичного сніданку. Статистичний аналіз здійснено з використанням табличного процесора Microsoft Office Excel 7.0 ($p < 0,05$).

Результати. Середній вік пацієнтів складав $4,69 \pm 0,5$, за гендерною ознакою переважали хлопчики – 54,7%. У 100% випадків госпіталізації попереднім діагнозом був ФРШ. Щодо заключних діагнозів картина наступна: первинний (ідіопатичний) синдром циклічної блювоти – 37,1%, ФРШ – 34,9%, дисфункція жовчного міхура (ДЖМ) – 14%, ГРВІ – 14%. Відмічалися наступні скарги: блювання – у 87,2%, загальна слабкість – 58%, нудота – у 55,8%, больовий синдром – у 52,3%, підвищення температури тіла – 22%. У 73,3% пацієнтів спостерігався підвищений рівень амілази, у 70,9% – ацетонурія. За результатами УЗД було виявлено збільшення розмірів ПЗ у 100% випадків, ЖМ – у 27,9%, печінки у 24,4%, деформований ЖМ спостерігали у 50% дітей.

Окрему вибірку становили 16 досліджуваних осіб для проведення динамічної УЗХГ, з метою оцінки стану та виявлення порушень моторної функції ЖМ. В ході дослідження було виявлено, що у 56,25% дітей об'єм ЖМ натще перевищував вікові норми. У 100% обстежених було виявлено моторні порушення ЖМ: за гіперкінетичним типом – у 75%, за гіпокінетичним – у 25%.

Висновки

1. У всіх обстежених нами дітей з УЗ-ознаками реактивних змін ПЗ на фоні основного захворювання відмічалися порушення моторики ЖМ, з переважанням гіперкінетичного типу.

2. Різні за етіопатогенезом захворювання шлунково-кишкового тракту у дітей, за нашими даними, супроводжуються подібною клінічною картиною, що потребує застосування додаткових методів обстеження для верифікації діагнозу.

ЛАБОРАТОРНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ ПРИ ВЕГЕТОСУДИННІЙ ДИСТОНІЇ

Миколаєнко Ю.О., Поліщук Н.Ю.

Науковий керівник: к. мед. н., доцент Загородній М.П.

Сумський державний університет, Медичний інститут

Кафедра педіатрії

(зав. каф.: д. мед. н., проф. Сміян О.І.)

м. Суми, Україна

Вегетосудинна дистонія (ВСД) – це функціональні зміни тонууса та реактивності судин, обумовлені дисфункцією вегетативно-судинного апарату вроджено-конституційного чи набутого характеру внаслідок дії екзогенних та ендогенних етіологічних факторів (Ривкін А.І. та співавт., 2002; Коренев М.М., 2003). ВСД не є діагнозом, потрібно встановити причину дисфункції вегетативної нервової системи (Супрун У., 2018).

Критеріями діагностики ВСД у дітей є анамнестичні дані, клінічні (кардіоваскулярні симптоми, шлунково-кишкові симптоми, симптоми респіраторних порушень, неврологічна симптоматика), параклінічні методи – визначення вегетативного тонууса, вегетативної реактивності, фармакологічні та функціональні (теплові, холодіві) проби, вегетативного забезпечення діяльності. Використовуються реоенцефалографія, електроенцефалографія.

Мета роботи. На основі аналізу літературних даних встановити інформативність лабораторних показників дітей при ВСД.

Результати та їх обговорення. При вивченні клінічного аналізу крові виявлено, що при симпатичній реакції ВСД кількість еритроцитів збільшена, а при парасимпатичній реакції – зменшена. Таке ж явище спостерігається і з мієлоцитами. При симпатичній реакції лімфоцити в

нормі, а при парасимпатичній реакції спостерігається лімфоцитоз. Еозинофіли при симпатичній – норма, а при парасимпатичній реакції – підвищені. При симпатичній реакції ШОЕ підвищена, а при парасимпатичній – сповільнена.

При вивченні біохімічних показників – рівень холестерину при симпатичній реакції нормальний чи знижений, а при парасимпатичній – підвищений. Кальцій крові підвищений при симпатичній реакції та знижений при парасимпатичній. Рівень калію при симпатичній реакції знижений, а при парасимпатичній – підвищений. Коефіцієнт К/Са при симпатичній реакції знижений, а при парасимпатичній – підвищений. Рівень креатину при симпатичній реакції підвищений, а при парасимпатичній знижений.

Висновок. Лабораторні показники крові дозволяють покращити диференційну діагностику синдрому ВСД у дітей.

РЕТРОСПЕКТИВНА ОЦІНКА ВПЛИВУ ТРИВАЛОГО ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ДОЗ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ НА ПОКАЗНИК ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Мислицька Г.О., Босий Р.В.

Науковий керівник: к. мед. н., доцент Ортеменка Є.П.

**Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(зав. каф.: д. мед. н., проф. Колоскова О.К.)**

м. Чернівці, Україна

Результати наукових досліджень щодо впливу застосування інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС) на зріст та масу тіла хворих на бронхіальну астму (БА) різняться, але, в цілому, у більшості вказують на те, що ймовірний системний ефект даної групи препаратів залежить від дози та тривалості їх застосування.

Мета роботи. Ретроспективно оцінити ймовірний вплив тривалого застосування різних доз ІГКС на показники фізичного розвитку школярів, хворих на БА.

Матеріали та методи дослідження. На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 50 хворих на персистуючу БА, які тривало отримували базисну терапію ІГКС. У I клінічну групу ввійшов 21 пацієнт, який тривало отримував низькі або середні дози ІГКС, а II групу порівняння сформували 29 хворих, які тривало застосовували середньо-високі або високі дози ІГКС для контролю БА. Пацієнтам проводили антропометричне дослідження з оцінкою фізичного розвитку центильним методом з урахуванням індекса маси тіла (ІМТ). Оцінку ризику реалізації події проводили з урахуванням величин відносного (ВР), атрибутивного (АР) ризиків та співвідношення шансів (СШ), а також визначення їх 95% довірчих інтервалів (95% ДІ).

Результати дослідження. Актуальний зріст хворих обох груп порівняння на тлі тривалого застосування ІГКС відповідав середнім нормативними показникам відносно віку пацієнтів. Незважаючи на те, що низкорослість (зріст відносно віку <10 перцентилей) двічі частіше (10,3% осіб) відмічалася у дітей II групи відносно I групи порівняння (4,8% випадків), ця відмінність була статистично незначуща ($P > 0,05$). Аналіз показників ступеня вгодованості пацієнтів груп порівняння показав, що, хоча надлишкова маса тіла ($ІМТ > 25 \text{ кг/м}^2$) втричі частіше реєструвалася у пацієнтів II групи (13,8% випадків) відносно I групи порівняння (4,8%; $P > 0,05$), проведений кореляційний аналіз не виявив статистично значущого взаємозв'язку тривалості застосування середньо-високих та високих доз ІГКС з надлишковою вагою (за середнім показником ІМТ) ($r = 0,16$; $P = 0,42$).

Висновки. Не доведено негативного впливу тривалого застосування ІГКС на зріст та масу тіла хворих на БА дітей та підлітків. Показники ризику розвитку надлишкової маси тіла на тлі тривалого застосування середньо-високих/високих доз ІГКС становили: АР=24%, ВР=1,4 (95%ДІ: 0,17-11,97), СШ=3,2 (95%ДІ: 0,33-30,94). При цьому показники ризику виникнення низкорослості на тлі зазначеної базисної терапії астма становили: АР=18%, ВР=1,3 (95%ДІ: 0,15-11,89), СШ=2,3 (95%ДІ: 0,22-23,88).

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ЗА ДАНИМИ ПРОФОГЛЯДІВ

Мотуз М.С., Поліщук А.М.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Чуриліна А.В.

**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра педіатрії №4**

**(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник)
м. Київ, Україна**

Актуальність: Рівень функціонування серцево-судинної системи (ССС) тісно пов'язаний з рівнем функціонування всього організму, тому вона розглядається як універсальний індикатор адаптаційно-приспосувальної діяльності організму в цілому. Серед

дитячих хвороб одне з перших місць займають захворювання, пов'язані з серцево-судинною системою, тому значна роль у виявленні цих захворювань належить профоглядам.

Мета: Дослідити стан серцево-судинної системи у дітей за даними профоглядів.

Матеріали та методи дослідження: Обстежено 198 дітей віком від 3 до 18 років, які проходили профогляд в МЦ "Медісвіт" міста Києва. Всі діти проходили обстеження серцево-судинної системи (електрокардіографію, ехо-кардіографію) та огляд педіатра, з подальшим визначенням групи ризику та встановлення необхідності у консультації кардіолога та спеціалізованого дообстеження.

Результати дослідження: За результатами обстеження не виявлено змін на ЕКГ та Ехо-КГ тільки у 34,3% пацієнтів. Серед всіх обстежених у 76 дітей (38,4%) на ЕКГ виявлено порушення синусового ритму у вигляді аритмії 29 (14,6%), брадикардії 3 (1,5%), тахікардії 18 (9%), порушення провідності по правій ножці пучка Гіса у 17 (8,6%). За даними Ехо-КГ додаткова хорда лівого шлуночка встановлено у 42 дітей (21,2%), пролапс мітрального клапану – у 2 (1%), регургітація трикуспідальна 6 (3%), на клапанах ЛА – 8 (4%). Звертає увагу, що після профогляду віднесено до групи ризику 30 (15,2%) дітей, у яких порушення на ЕКГ та ЕХО-КГ потребували дообстеження та консультації кардіолога. Так, виявлено подовження електричної систоли шлуночків (інтервала QT) без порушення слуху – синдром Романа-Уорда у 5 (2,5%), синдром WPW- 5 (2,5%), СА-блокада 2-го ступеню – 1 (0,5%), синдром CLC – 2 (1%), синдром ранньої реполяризації шлуночків у 2 (1%), як маркер додаткових шляхів проведення в шлуночках – вродженої аномалії провідникової системи. Також за даними Ехо-КГ встановлено відкрите овальне вікно, первинний дефект міжпередсердної перегородки та міжшлуночкової у м'язевій частині у 3 (1,5%) дітей.

Висновки: Таким чином, проведення профоглядів дозволяє оцінити стан серцево-судинної системи у дітей та визначити групи подальшого спостереження кардіологом.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ФІБРОЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Ординська О.В., Іванова О.Ю.

Науковий керівник: асист., к. мед. н. Асонов А.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії післядипломної освіти

(зав. каф.: д. мед. н., проф. Марушко Ю.В.)

м. Київ, Україна

Актуальність: За поширеністю хвороб серед дитячого населення захворювання органів травлення займають друге місце після захворювань органів дихання та становлять 114,23%. В структурі гастроентерологічних захворювань у дітей переважають хвороби органів гастродуоденальної зони. Тому вивчення динаміки змін результатів ендоскопічного обстеження є актуальною задачею педіатрії.

Мета дослідження: Вивчення зміни результатів фіброезофагогастродуоденоскопії у дітей із хворобами органів гастродуоденальної зони за останні десять років.

Матеріали та методи: Дослідження проводилось на базі ДКЛ №8 м Києва. Нами було ретроспективно обстежено 2689 карт стаціонарних хворих віком 4-17 років (703 – за 2007 рік, 1886 – за 2016 рік), які мали скарги з боку верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та потребували проведення фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС). За даними ФЕГДС вивчали динаміку змін структури патології органів гастродуоденальної зони. Статистична обробка отриманих даних проведена за методами варіаційної статистики.

Результати: Встановлено, що серед обстежених дітей у 2007 році тільки у 59,46% пацієнтів виявлені зміни під час ФЕГДС, тоді як в 2016 році цей показник становив 86,85% ($p < 0,05$). Аналізуючи структуру виявлених змін під час ФЕГДС, нами було виявлено, що нодулярний дуоденіт та рефлюкс-езофагіт серед обстежених дітей у 2016 році зустрічався статистично достовірно частіше, порівняно з 2007 роком. Нодулярний гастрит, рефлюкс-езофагіт, еритематозний гастрит за даними ФЕГДС в 2016 році у дітей виявлений у статистично достовірно меншій кількості пацієнтів, порівняно з 2007 роком.

Висновки: За результатами ФЕГДС у дітей із захворюваннями гастродуоденальної зони збільшилась частка дітей з рефлюкс-езофагітом та нодулярним дуоденітом і зменшилась частка дітей з нодулярним гастритом, рефлюкс-езофагітом, еритематозним гастритом.

Виявлені особливості за даними ФЕГДС, потребують з'ясування статистично значимих комбінацій факторів ризику формування уражень гастродуоденальної зони з метою розробки диференційованих підходів до ранньої діагностики та терапії захворювання.

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ МІСТА КИЄВА ТА ОБЛАСТІ

Палець І.С., Дзісяк В.О., Альюсеф М.Х.

Наукові керівники: д. мед. н., проф. Мітюряєва-Корнійко І.О., к. мед. н., доц. Гнилокурченко А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №4

(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник)

м. Київ, Україна

Вступ. Артеріальна гіпертензія є однією з найпоширеніших хвороб серцево-судинної системи. Серед факторів ризику розвитку даної патології виділяють біологічні характеристики, які незмінні та фактори, які піддаються корекції. Останні становлять особливий інтерес щодо можливої профілактики. Враховуючи огляд літературних джерел щодо механізмів регулювання тону судин мікроциркуляторного русла, використання методу капіляроскопії та пульсоксиметрії на фоні вимірювання артеріального тиску, дозволяє визначити особливості функціонування вегетативної нервової системи та ризику розвитку гіпертензивних станів.

Мета роботи. Оцінити особливості мікроциркуляції та сатурації у дітей дошкільного віку.

Матеріали і методи дослідження. Скринінговим методом обстежено 239 дітей віком від 3 до 6 років з дошкільних закладів м. Києва та Київської області. Стан кровотоку визначався в капілярах нігтьового валика IV пальця обох рук методом світлової мікроскопії (модель М 70-А). Сатурацію проводили трансмісійним пульсоксиметром Неасо. Тиск вимірювали методом Короткова. Для визначення вікових норм АТ використовували центильні таблиці. Статистична обробка проводилась пакетом SPSS 22.0.

Результати: Патологію мікроциркуляторного русла виявлено у 46 дітей (19,2%). Встановлено, що зміни мікроциркуляції визначається у 52,4% дітей з підвищеним АТ і 24,1% дітей з нормальним АТ ($p < 0,01$). Доведено, що зі збільшенням рівня САТ та ДАТ підвищується в 2-3,5 рази кількість дошкільників зі змінами периферичної кисневої сатурації, тоді як морфологічні порушення капілярів спостерігається незалежно від підвищення АТ легкого та середнього ступеня, але при високому – вище 99 перцентилля, прояви патології мікроциркуляції практично не виявляються, що свідчить про виснаження механізмів вегетативної регуляції в умовах гіпоксичного стану.

Висновки: На основі аналізу результатів скринінгового обстеження 239 дітей встановлено, що патологія мікроциркуляції виявляється не тільки у дошкільників з підвищеним АТ, а і з нормальними рівнями, що є цінним для ранньої діагностики та профілактики розвитку гіпертензивних станів.

THE STATUS OF ADAPTIVE ABILITIES IN THE SCHOOLCHILDREN WITH CONFIRMED IODINE DEFICIENCY

Perederiy O.V.

Scientific supervisors: doctor of medical sciences, professor Pochynok T.V.; candidate of medical sciences, associate professor Stroy O.A.

National O.O. Bogomolets Medical University, Department of Pediatrics №1

Head at department: doctor of medical sciences, professor Berezenko V.S.

Kiev, Ukraine

Topicality. The most important social tasks of humanity and nation is preservation and fortification the health of the young generation. Therefore, the analysis of factors that affects the health of the children and the introduction the methods of before nosologic diagnosis is an urgent problem of modern pediatrics.

The aim of research is to study the adaptation opportunities of the junior schoolchildren with confirmed iodine deficiency.

Materials and methods of research. The study involved the determination of iodine in one-time portions of urine with the subsequent calculation of the median; physical endurance of the children with the definition of the Ruffier index (IR); estimation of the level of functional abilities of the blood circulation system and it's adaptive potential with the calculation of the index of functional changes (IFC) in the conventional units (points).

The determination of iodine in the urine was made by a peroxis-catalytic semi-quantitative method and the results were evaluated according to the criteria of WHO / MRKJZ (2001, 2007).

The calculation of the IR was carried out according to the formula:

$IR = (4HR1 + HR2 + HR3) - 200 / 10$ (where: HR 1 – heart rate for 15 seconds at rest, HR 2 – heart rate for the first 15 seconds of recovery, HR 3 – heart rate for the last 15 seconds of the first minute of recovery) and results are rated into 5 grades: less than 3 – high, 4-6 – above average (good), 7-9 – average, 10-14 – below average, more than 15 - low.

IFC was calculated according to the formula: $IFC = 0,011 \times HR + 0,014 \times SAP + 0,008 \times DAP + 0,014 \times AGE + 0,009 \times WEIGHT - 0,009 \times HEIGHT - 0,27$.

Interpretation of the results was carried out according with the modification of L.V. Kvashnina et al., 2007.

Research results. 50 children aged 6-12 years were examined. Iodine deficiency was detected in most cases of the examined children. In 33 children (66%), iodine median was in the range of 70-100 mcg/l, which is an indicator of mild iodine deficiency (ID). In 10 children (20%) the median was less than 70 mcg/l, which corresponds to the ID of moderate severity, and only 7 (14%) children had an optimal excretion of iodine with urine (100-200 mcg/l).

According to the results, the index of functional cardiovascular reserve (FCR) was lower than the average (10-14 points) in 16 (32%) children and 29 (58%) children had low level (more than 15 points). Only 5 (10%) children had an average IR (7-9 points).

The analysis of the IFC shows that a significant part of the children had a tension of adaptive mechanisms – 38 (76%), poor adaptation – 7 (14%) of children, and the results indicate a low level of adaptation in pupils with confirmed iodine deficiency.

Conclusions. Changes in the functional state and adaptation reserves of the CVS are linked to the iodine status of the organism in some ways.

ГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ, ЩО ОБУМОВЛЮЮТЬ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Передерій О.В.

Науковий керівник: к. м. н. Турова Л.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра клінічної імунології та алергології з секцією медичної генетики

(зав. каф.: д. мед. н., проф. Курченко А.І.)

м. Київ, Україна

Вивчення генетичних маркерів, асоційованих з розвитком ускладнень вагітності та перинатальної патології у новонароджених, має велике практичне значення для розробки профілактичних заходів та збереження здоров'я малюка у майбутньому. Численні дослідження останніх років показали, що наявність генетичної схильності до певних захворювань пов'язане з підвищеним ризиком розвитку ускладнень вагітності (звичне невиношування, плацентарна недостатність, пізній токсикоз), що в подальшому призводить до ЗВУР (затримки внутрішньоутробного розвитку плода) та передчасних пологів.

Тому метою дослідження було проаналізувати дані вітчизняної та зарубіжної літератури щодо генетичної схильності розвитку різних ускладнень вагітності та перинатальної патології у новонароджених.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 106 наукових джерел (з них 16 – україномовних, 27 – російськомовних, 63 – англійськомовних).

Згідно даних літератури, до найбільш поширених генних маркерів асоційованих з розвитком ускладнень вагітності, невиношуванням та ЗВУР відносять поліморфізм генів TNF- α , MTHFR, GSTT1, GSTM1, GSTP1 глутатіон-S-трансфераз, що дозволило охарактеризувати певні патогенетичні ланки у виникненні та перебігу цих мультифакторних патологічних станів. На розвиток вищезгаданої патології впливають мутації генів протромбіну та фактора Лейдена. Порушення системи фібринолізу (лізису і перебудови фібрину) в більшості випадків обумовлені поліморфізмом генів PAI-1 і фактора згортання крові XIII. Відомо, що інгібування фібринолізу часто призводить до порушення процесу імплантації плоду. У зв'язку з цим, зниження активності даної системи є однією з причин раннього переривання вагітності. На даний час поліморфізм 4G гена PAI-1 виявляється у 82%, а поліморфізм Val34Leu фактора згортання крові XIII у 51% жінок із ЗВУР. Генетичною причиною ендотеліальної дисфункції є поліморфізм гена ACE. Генотип D/D виявляється у 28-31% жінок, які потрапляють у групу ризику звичного невиношування вагітності. Підвищений рівень андрогенів, що обумовлений поліморфізмом гена CYP17, генотипи A1/A2 і A2/A2 є також причиною невиношування.

Отже, проаналізувавши дані літератури, можна зробити висновок, що певні поліморфні варіанти генів є важливими патогенетичними чинниками розвитку ускладнень вагітності та перинатальної патології, що мають прогностичне значення. Необхідні подальші комплексні дослідження для оцінки доцільності використання виявлених маркерів при плануванні вагітності та у доклінічній діагностиці передчасних пологів та ЗВУР і розробці нових методів лікування.

СИНДРОМ ДЕНДІ-УОКЕРА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Перепелицин В.А.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Шевцова Т.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №2 ,

(зав. каф.: член-кор. НАМН України, д. мед. н., проф. Волосовець О.П.)

Київський міський пологовий будинок № 6

м. Київ, Україна

Вади розвитку нервової системи займають 3-є місце в структурі вроджених аномалій розвитку плода. 80% вроджених вад нервової системи представлені гідроцефалією різного генезу.

Синдром Денді-Уокера є одним з найбільш важких варіантів гідроцефалії за своїми прогностичними наслідками. Анатомічно синдром включає недорозвинення мозочка, відсутність або гіпоплазію хробака мозочка, оклюзію отворів Мажанді і Лушка, розширення четвертого шлуночка з формуванням лікворної кісти задньої черепної ямки, гідроцефалію різного ступеня. Прогноз залежить від наявності поєднаних аномалій розвитку. Когнітивні і неврологічні порушення зберігаються на все життя. Високий ризик летального результату (90% дітей помирають у перші роки життя).

У даній роботі представлено випадок синдрому Денді-Уокера у новонародженої дитини, що перебувала у відділенні інтенсивної терапії новонароджених Київського пологового будинку. Пацієнт: доношений новонароджений хлопчик Л., (третя вагітність, треті термінові пологи шляхом кесарського розтину від матері яка не перебувала на обліку, не обстеженої, з багатоводдям).

Маса тіла при народженні 2890 г, зріст 49 см. Обвід голови 42 см, грудей 33 см. Оцінка за шкалою Апгар 4-7 балів. Стан дитини після народження важкий, важкість обумовлена вираженою неврологічною симптоматикою, гідроцефалією, визначаються множинні стигми дізембріогенезу. У 1-у добу проведено НСГ: синдром Денді-Уокера. Обстежений фахівцями, виявлена поєднана патологія: дистрофічна ретинопатія, атрофія зорового нерву, відкрита артеріальна протока, аневризма міжпередсердної перетинки. На 13-у добу життя дитина переведена у відділення патології новонароджених. У зв'язку з прогресуючою гідроцефалією на 28-ту добу життя переведена в нейрохірургічне відділення, виконано шунтування лікворних просторів.

Таким чином, у новонароджених з аномаліями розвитку ЦНС необхідний ранній диференційний діагноз, включаючи синдром Денді-Уокера. В даному клінічному випадку на тлі синдрому Денді-Уокера мала місце коморбідна кардіальна і офтальмологічна патологія. Представлений клінічний випадок має несприятливий прогноз щодо якості життя пацієнта.

ВАКЦИНАЦІЯ ЯК МЕТОД ЗМЕНШЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ВІТРЯНОЮ ВІСПОЮ У ДІТЕЙ

Пітух С.С.

**Науковий керівник: д. мед. н., проф. Виговська О.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра дитячих інфекційних хвороб
(зав. каф.: д. мед. н., проф. Крамарьов С.О.)
м. Київ, Україна**

Вступ. За даними сучасних епідеміологічних досліджень, вітряна віспа щорічно вражає мільйони людей у світі. В США на вітряну віспу, до початку імунопрофілактики, кожного року хворіло біля 4 млн. осіб. В Україні кожен рік реєструється 100-130 тисяч випадків, та по рівню захворюваності вітряна віспа поступається лише грипу та іншим ГРВІ.

Цілі: дослідити розвиток ускладнень у хворих дітей на вітряну віспу з наявною попередньою патологією та без неї, вивчити тенденції ускладнень групи α -гемолітичних стрептококів вітряної віспи.

Методи: ретроспективний огляд дітей, госпіталізованих на вітряну віспу з 1 січня 2015 р. по 31 грудня 2016 р., був проведений у Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні.

Результати: протягом 2-річного періоду досліджень ми виявили 151 дитину, госпіталізовану з вітряною віспою; 74% дітей були здоровими перед початком вітряної віспи, а 26% раніше були хворими на інші хронічні захворювання. Системи, що були уражені, включали шкіру/м'які тканини (45%), неврологічні (18%), дихальні (14%), шлунково-кишкові (10%) і гематологічні, ниркові або печінкові (8% або менше). Середній вік дітей з інфекціями шкіри/м'яких тканин становив 2,7 року (діапазон від 1 до 16 років) у порівнянні з 4,7 року (від 1 до 18 років) для інших ускладнень. Діти з ураженнями шкіри/м'яких тканин та неврологічними ускладненнями частіше раніше були здоровими ($p < 0,05$), тоді як з респіраторними ускладненнями частіше хворіли ($p < 0,001$). Госпіталізація дітей з інфекціями шкіри/м'яких тканин збільшилась протягом періоду дослідження. Частка ускладнень внаслідок β -гемолітичної стрептокової інфекції групи А збільшилася з 4,7% до 2015 до 12,2% протягом 2016 року ($p = 0,02$).

Висновки. Попередній стан здоров'я визначив тип ускладнень у дітей вітряної віспи, які потребують госпіталізації. Наші дані свідчать про недавнє збільшення ускладнень з боку шкіри/м'яких тканин при вітряній віспі, що потребує госпіталізації та збільшення частки ускладнень, пов'язаних з β -гемолітичним стрептококом групи А. Широкомасштабне застосування вакцини має призвести до зворотної зміни цієї тенденції та зменшення загального впливу вітряної віспи як на здорових, так і на раніше хворих дітей.

РОТАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ У ДІТЕЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Пітух С.С., Герасимчук К.А., Гетьман Н.В.
Науковий керівник: д. мед. н., проф. Виговська О.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра дитячих інфекційних хвороб
(зав. каф.: д. мед. н., проф. Крамарьов С.О.)
м. Київ, Україна

Мета дослідження: проаналізувати перебіг ротавірусної інфекції (PI) з огляду на стан сучасного середовища у педіатричній практиці.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 80 історій хвороб дітей з PI віком від 4 місяців до 6 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в КМДКІЛ протягом 2017 року. Враховувались наступні показники: вік, епідеміологічний анамнез, загально-клінічні аналізи, результати швидких імунохроматографічних тестів (ШІТ), результати бактеріологічного дослідження випорожнень.

Результати дослідження. Переважну більшість серед хворих склали діти віком від 1 до 5 років – 62 дитини (77,5%), до 1 року – 14 (17,5%), старше 5 років – 4 (5%). В епідеміологічному анамнезі переважало застосування в їжу фруктів, зокрема цитрусових, бананів та яблук. Лише 10 пацієнтів, що склали 12,5%, мали контакт з хворими на PI. Підвищення захворюваності спостерігається в осінній та зимовий період. При надходженні до стаціонару відзначалися наступні клінічні прояви: блювання було в 62 дітей (77,5%), діарея у 56 (70%), підвищення температури тіла до 39°C в 30 випадках (37,5%), у більшості пацієнтів відмічався біль у животі. Більш ніж у половини хворих – 42 (52,5%) перебіг інфекції ускладнювався ацетонемічним синдромом. Тривалість діареї до 48 год. відмічалось у 34 хворих (42,5%), відповідно у 46 (57,5%) від 48 до 96 год. В 58 (72,5%) випадках PI перебігала у вигляді міхт-інфекції, основними збудниками якої були *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, що значно обтяжувало перебіг кишкової інфекції.

Висновки. В структурі захворюваності на PI переважну кількість складають пацієнти віком від 1 до 5 років. Характерними клінічними проявами є блювання, діарея, біль в животі та підвищення температури тіла до 39°C. В переважній більшості випадків перебіг захворювання спостерігався у вигляді міхт-інфекції, що є обтяжуючим фактором і вказує на необхідність застосування адекватної антибактеріальної терапії у комплексі з іншими методами лікування.

ГЕЛЬМІНТОЗИ У ДІТЕЙ

Пітух С.С., Герасимчук К.А.
Науковий керівник: д. мед. н., проф. Виговська О.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра дитячих інфекційних хвороб
(зав. каф.: д. мед. н., проф. Крамарьов С.О.)
м. Київ, Україна

Актуальність теми. Гельмінтоз – це паразитарне захворювання, яке викликається різними видами паразитичних червів. Потрапляючи в організм людини, паразити можуть не тільки порушити функціонування окремих органів, а й дестабілізувати роботу декількох систем, привести до отруєння і деструкції організму в цілому.

Мета. Дослідити санітарно-гігієнічне значення та біологічний вплив гельмінтів на організм людини.

Матеріал і методи. Аналіз літературних джерел.

Результат дослідження. У клінічній картині гельмінтозів розрізняють гостру і хронічну стадію. Зазвичай через 2-4 тижні після зараження проявляються симптоми гельмінтозу гострої стадії. До них відносяться: лихоманка, елементи висипу на шкірі, різноманітні ураження дихальних шляхів, набряк обличчя і слизових оболонок та ін.. У гострій стадії захворювання відмічається виражена еозинофілія. Значення еозинофілів можуть досягати 80-90% (частіше 20-30%). Також характерні симптоми гельмінтозів: свербіж в області анусу; скрипіння зубами уві сні; слинотеча уві сні і вранці; нудота, невідома лихоманка з м'язовими і суглобовими болями. Діагностика гельмінтозів включає безліч методів дослідження, аналіз калу використовується в першу чергу при найпоширеніших видах гельмінтозів. Лікування гельмінтозу – це не тільки елімінація паразитів з організму за допомогою специфічних препаратів. Важливою ланкою в лікуванні є дотримання таких правил: дієта; виконання гігієнічних правил; дезінфекція в місці перебування хворого; регулярний багаторазовий контроль ефективності лікування. Треба пам'ятати, що гельмінтоз у дитини може привести до затримки фізичного і психічного розвитку. Ураження органів гельмінтами провокує розвиток хронічних запальних процесів, які залишаються і після позбавлення від гельмінтозу. Найчастішим ускладненням є непрохідність кишківника або гострий апендицит. Іноді буває перфорація стінки кишки з розвитком перитоніту і ураженням інших органів-мішеней. Профілактика гельмінтозу займає перше місце в списку умов повного позбавлення від паразитів.

Висновки. Таким чином, аналізуючи літературу, можна зробити висновок, що гельмінтози – не тільки медична, але і соціальна проблема. Основа лікування гельмінтозів – профілактика.

ЗАСТОСУВАННЯ ДЕКАМЕТОКСИНУ В ТЕРАПІЇ ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАГОСТРЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Пітух С.С., Гетьман Н.В.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Виговська О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

(зав. каф.: д. мед. н., проф. Крамарьов С.О.)

м. Київ, Україна

Актуальність. Бронхіальна астма – хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, яке широко поширене серед дитячого населення України. Контроль перебігу бронхіальної астми – одна з важливих задач в лікуванні, що сприяє поліпшенню прогнозу і якості життя пацієнтів. Тому, метою роботи було вивчення ефективності застосування інгаляцій декаметоксина в терапії інфекційного загострення бронхіальної астми у дітей.

Матеріал і методи. Брали участь 30 пацієнтів з інфекційним загостренням бронхіальної астми, які одержували лікування в КМКДІЛ, які були розділені на 2 групи. Всім пацієнтам визначали пікову швидкість видиху за допомогою пікфлуометра в спокої і після одноразової інгаляції сальбутамолу у віковому дозуванні. В основній групі пацієнти впродовж 10 днів отримували інгаляції з 2 мл 0,02% розчину декаметоксину через небулайзер 3 рази в день. У групі контролю – 2 мл 0,9% розчину натрію хлориду 3 рази на день. Після проведеного лікування нами аналізувалися результати пікової швидкості видиху. Для контролю елімінації інфекційного агента пацієнтам основної та контрольної групи були проведені бактеріологічні посіви мокротиння до і після курсу інгаляцій.

Результати дослідження. Середні значення показників пікфлуометра після застосування інгаляцій з декаметоксином між основною групою і групою контролю статистично значимо відрізняються при $T = 9,24$, на рівні значущості $p < 0,001$. При цьому в основній групі показники пікової швидкості видиху були в середньому на 13% вище в порівнянні з групою контролю. У 48% пацієнтів основної групи бактеріологічні аналізи мокроти після лікування показали елімінацію інфекційного агента, в той час, як в групі контролю – зберігалось інфікування дихальних шляхів. Хворі основної групи в 40% випадків не потребували застосування сальбутамолу.

Висновки. Застосування інгаляцій з 0,02% розчином декаметоксина в комплексній терапії інфекційного загострення бронхіальної астми у дітей покращує функцію зовнішнього дихання, призводить до елімінації інфекційного агента і зменшує потребу хворих у використанні сальбутамолу.

ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ТА СТАНУ КОРОТКОЧАСНОЇ ПАМ'ЯТІ В УЧНІВ 8 КЛАСІВ

Семикрас О.К., Летичевська В.О., Артамонов О.О., Голобородько А.Д.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Мітюряєва-Корнійко І.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №4

(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник)

м. Київ, Україна

Актуальність: Останнім часом у світовій медичній літературі все більше уваги приділяється явищу інтернет геймінгу, для якого все частіше використовують індивідуальні електронні пристрої. Це значно знижує рівень фізичної активності серед підлітків, що призводить до погіршення рівня здоров'я загалом і когнітивних функцій зокрема.

Мета роботи: Дослідження стану короткочасної пам'яті та особливостей сприйняття зорової інформації у практично здорових учнів 8-х класів з урахуванням результатів анкетування.

Матеріали і методи: Для дослідження стану короткочасної пам'яті та особливостей сприйняття зорової інформації було використано тест Джекобсона, апробаційний комп'ютерний та оригінальний анкети. Учасників дослідження було розділено на групи відповідно до результатів анкетування. До групи А увійшли діти, які використовують електронні пристрої менше 60 хв. на день, до групи В увійшли діти, які користуються ними від 60 до 180 хв. на день і до групи С, увійшли ті, хто виділяє на гаджети більше 180 хв. на день.

Результати: Відповідно до результатів анкетування, структура хронічних захворювань у колективі була наступною: 22,7% – захворювання ШКТ, 13,6% – дихальної системи, 11,4% – шкіри, 2,3% – опорно-рухової системи, 6,8% ендокринної системи. Виявлено низькі результати тесту на короткочасну пам'ять у 60% дітей з патологією ШКТ, та зниження швидкості обробки зорової інформації за результатами тесту у 30%. За результатами опитування, у вільний час займаються спортом 40,9% опитаних, танцями 15,9%, музикою 4,5%,

прикладним мистецтвом 6,8%. Було виявлено, що серед опитаних, які займаються спортом, 50% мають високий результат тесту на короткочасну пам'ять, 47,15% – високу швидкість обробки зорової інформації, при чому серед дітей, які не займаються жодним видом діяльності після школи, 42,8% показали низький результат тесту на короткочасну пам'ять.

З-поміж виділених за часом використання гаджетів груп, найбільшу кількість низьких результатів тесту Джекобсона показала група С – 56,52% (при 30% у групі В та 9% у групі А), також група С показала найвищу частоту зниження швидкості сприйняття зорової інформації – 41,9% (при 30% у групі В та 0% у групі А). Натомість найвищу частоту високих результатів тесту Джекобсона показала група А – 36,4% (при 20% у групі В та 13% у групі А).

Висновки: Наявність хронічних захворювань відповідає низькому показнику можливостей короткотривалої пам'яті та зниженню швидкості обробки зорової інформації; вид позаучбової діяльності може впливати на стан короткотривалої пам'яті. Заняття спортом відповідають високому показнику можливостей пам'яті, тоді як відсутність активності у позаучбовий час – низькому; також заняття спортом відповідають більшому показнику швидкості обробки зорової інформації. Тривале використання гаджетів протягом дня відповідає низькому показнику можливостей короткотривалої пам'яті та зниженню швидкості обробки зорової інформації.

ДИНАМІКА ЧУТЛИВОСТІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ДО STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ЗА ОСТАННІ 3 РОКИ У ДІТЕЙ

Слобода А. О.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Мітюряєва І.О

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра педіатрії №4

(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник)

м. Київ, Україна

Актуальність: Міжнародні рекомендації раціонального використання антибіотикотерапії визначають препарати першої та альтернативної лінії згідно встановлення динаміки чутливості препаратів до найбільш розповсюджених збудників.

Мета: оцінити динаміку чутливості антибіотикотерапії до *Streptococcus pneumoniae* у дітей різних вікових груп за період з 2015 по 2017 років.

Матеріали і методи дослідження: Для дослідження були відібрані 16731 результатів мікробіологічного дослідження зіву з антибіотикограмою дітей віком 0-5 та 6-15 років, які перебували під наглядом педіатра з фарингитом за період з 2015 по 2017 роки.

Результати: Встановлено, що бактеріальна флора зіву представлена 10 збудниками. Найчастіше визначається *Streptococcus viridans* (30%), *Staphylococcus aureus* (25%), *Streptococcus pneumoniae* (22%). За останні 3 роки виявлена максимальна чутливість останнього збудника до амокцицилінів з тенденцією до збільшення (з 76,4% до 93,3% – у дітей 0-5 років та з 86,6% до 100% – у дітей 6-15 років). Нажаль, втрачають ознаки високої чутливості цефалоспорины (з 80% до 71,4% – у дітей 0-5 років, з 76,6% до 61,4% – у дітей 6-15 років). Найбільш популярні макроліди, такі як азитроміцин та кларитроміцин, показали різну динаміку в залежності від віку. Так, у молодших дітей середні показники чутливості з 2015 на 2016 роки зменшилися з 73,5% до 59,6%, але залишилися стабільними на 2017 рік (61,8%). Тоді як, в найбільш багаточисельній старшій віковій групі відмічається з роками виражена поступова тенденція до зростання чутливості з 58,4% до 75,6%.

Висновок: Отримані результати підтверджують актуальність використання в останні роки Європейських рекомендацій щодо призначення амокцицилінів в першу лінію та макролідів з цефалоспориною в альтернативі – у дітей молодшої групи та амокцицилінів з макролідами в першу чергу для пацієнтів 6-15 років.

ПОКАЗНИКИ РИЗИКУ ВТРИМАННЯ КОНТРОЛЮ АТОПІЧНОГО ТА НЕАТОПІЧНОГО ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З УРАХУВАННЯМ АЦЕТИЛЯРНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ

Телішевська Н.

Науковий керівник: доц. Тарнавська С.І.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(зав. каф.: д. мед. н., проф. Колоскова О.К.)

м. Чернівці, Україна

Актуальність. Важливість моніторингу астми та визначення оптимального режиму лікування для досягнення контролю над захворюванням є основою менеджменту бронхіальної астми (БА). Проте рання терапія з використанням бронходилататорів та

інгальційних кортикостероїдів дозволяла досягати контролю над захворюванням у більшості пацієнтів, проте мала різний ступінь успіху.

Мета роботи. Оцінити ефективність застосування інгальційних глюкокортикостероїдів (ІГКС) за atopічного та неатопічного фенотипів БА у дітей, залежно від ацетиляторного статусу.

Матеріал і методи. Проведено комплексне клінічно-імунологічне обстеження 119 дітей, хворих на БА. Усім дітям визначали генетичний маркер – характер ацетилювання за методом В.М. Пребстинг – В.І. Гаврилова у модифікації Тимофєєвої. Сформовано 4 клінічні групи: I група – 36 дітей з atopічною бронхіальною астмою (АБА) та повільним типом ацетилювання (середній вік пацієнтів – $13,4 \pm 0,6$ року, частка хлопчиків – $69,2 \pm 2,2\%$), II група – 30 хворих зі швидким ацетиляторним статусом та АБА (середній вік пацієнтів – $12,3 \pm 0,5$ року, частка хлопчиків – $70,0 \pm 2,0$), III група – 26 пацієнти з неатопічним варіантом захворювання та повільним ацетиляторним фенотипом (середній вік пацієнтів – $12,6 \pm 0,6$ року, частка хлопчиків – $59,1 \pm 1,6\%$), IV група – 27 хворих на неатопічну бронхіальну астму (НБА) зі швидким характером ацетилювання (середній вік пацієнтів – $12,5 \pm 0,6$ року; ($p > 0,05$), частка хлопчиків – $65,2 \pm 2,0\%$; ($p > 0,05$). За основними клінічними ознаками групи порівняння були зіставимі.

Результати. Встановлено, що в пацієнтів зі швидким ацетиляторним статусом та АБА застосування ІГКС виявилось ефективнішим, ніж у хворих із повільним типом ацетилювання та дозволило вірогідно покращити клінічно-параклінічні показники контролю, про що свідчило збільшення відносного ризику умовно задовільного рівня контролю на $68,1\%$, абсолютного ризику контролю бронхіальної астми – на $58,0\%$, при мінімальній кількості хворих, яких необхідно пролікувати для досягнення хоча б одного позитивного результату – $2,2$. Водночас, у пацієнтів із НБА за наявності повільного ацетиляторного статусу застосування ІГКС призвело до збільшення на $59,7\%$ відносного ризику та на $47,0\%$ абсолютного ризику втримання контролю над захворюванням.

Висновок. Базисна протизапальна терапія бронхіальної астми з використанням інгальційних глюкокортикостероїдів є більш ефективною у лікуванні дітей із atopічною формою захворювання та повільним ацетиляторним фенотипом за неатопічного його фенотипу.

ЧУТЛИВІСТЬ ДО АНТИБІОТИКІВ У ДІТЕЙ ПРИ ІНФЕКЦІЯХ НИРОК ТА СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Хавро М.П.

**Науковий керівник: к. мед. н., доц. Загородній М.П.
Сумський державний університет, Медичний інститут
Кафедра педіатрії
(зав. каф.: д. мед. н., проф. Сміян О.І.)
м. Суми, Україна**

Метою нашого дослідження було встановлення чутливості збудників до антибактеріальних засобів при інфекційних ураженнях нирок та сечовивідних шляхів. Найчастіше мікроорганізми проникають в нирки висхідним шляхом, рідше – гематогенним та лімфогенним.

Матеріали та методи. Для встановлення збудника використовували посів сечі при пієлонефриті чи інфекціях сечової системи. Проведено аналіз мікробіологічного обстеження 166 дітей різного віку, які лікувалися у 2017 році в Сумській обласній лікарні.

Результати. Встановлено, що у 75 дітей виділені ентеробактерії, які в $97,3\%$ були чутливі до меронему, у $89,3\%$ – чутливі до гентаміцину, у $85,1\%$ – чутливі до цефепіму, у $82,4\%$ – до цефтазедиму, у $79,3\%$ – до цефотаксиму, у $70,3\%$ – до цефтріаксону, у $70,6\%$ – до цефазоліну. Менше 20% відмічалася чутливість збудника до ампіциліну, амоксицилину, тобраміцину.

Escherichia coli виділена у 61 пацієнта. При цьому висока чутливість збудника була до амікацину ($96,4\%$), до меронему ($96,7\%$), до цефепіму ($85,0\%$), до цефотаксиму ($83,3\%$), до гентаміцину ($81,7\%$), до цефтазідіму ($81,7\%$), до іміпенему ($75,0\%$), до цефтріаксону ($70,0\%$), близько 60% відмічена чутливість до нітрофуранів. Менше 20% чутливість відмічена до ампіциліну.

Стафілококи виділені у 51 пацієнта. Висока чутливість збудника відмічена до ванкомицину ($96,1\%$), до гентаміцину ($81,6\%$), до амікацину ($95,3\%$), до нітрофуранів (близько 90%). До бензилпеніциліну стійкість спостерігалася у 100% , до оксациліну – $68,6\%$, до кларитромицину – $66,7\%$.

Enterococcus faecalis виділено у 35 дітей. При цьому збудник мав високу чутливість до гентаміцину ($72,0\%$), ванкомицину (52%), лінезоліду ($50,0\%$). Не чутливий до бензилпеніциліну, нітрофуранів.

Епідермальний стафілокок був виділений у 32 хворих. При цьому висока чутливість збудника була до ванкомицину ($96,9\%$), до гентаміцину ($85,2\%$), до амікацину ($93,8\%$), нітрофуранів ($85,7\%$). Висока стійкість відмічена до бензилпеніциліну (100%), азитромицину ($66,6\%$).

Висновок. Використання одержаних даних в практиці лікарів допоможе більш ефективно лікувати дітей з інфекційними ураженнями нирок та сечовивідних шляхів.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЗА ДАНИМИ ПРОФОГЛЯДІВ

Чемко Ю.А., Глюза М.А.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Гнилокурченко А. В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра педіатрії №4
(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник)
м. Київ, Україна

Актуальність: Найгострішою проблемою в нашому суспільстві є стан здоров'я дитячого населення, адже збереження здоров'я в дитячому віці має більший вплив, ніж у наступних вікових групах, оскільки дві третини причин, що формують стан здоров'я людини в майбутньому, зумовлені факторами, що впливають протягом перших років життя дитини. Експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) були визначені складові формування здоров'я, а саме: спосіб життя – до 50%; вплив навколишнього середовища – до 20%; спадковість – до 20%; доступність і якість медичної допомоги – до 10%.

Мета: Дослідити структуру патології у дітей різних вікових групах за результатами профоглядів.

Матеріали та методи: Було досліджено 199 амбулаторних карток дітей віком від 3 до 18 років, які проходили профогляд в МЦ "Медісвіт" міста Києва. Дані оцінювали в трьох вікових групах: I – 3-6 років, II – 7-10 років та III – 11-18 років. Обстеження включало консультації вузьких спеціалістів: ЛОР, офтальмолог, ортопед, невропатолог, дерматолог.

Результати: За результатами аналізу даних з амбулаторної картки пацієнтів встановлено, що найчастіше виявляється ортопедична патологія 73,4%, при чому у дітей III групи ця патологія зустрічалась на 11,9% частіше ніж у I групі. ЛОР-патології виявлено у 55,6% дітей, і спостерігалось її збільшення з віком. Так, у I групі дітей ця патологія становила 37,5%, у II – 52,7%, у III – 60%. Патологія органів зору загалом складає 56,2%, при чому у I групі – 25%, у III – 77,8% (різниця між групами статистично значуща, $p < 0,01$), а у II – 58,1%. Неврологічна патологія зустрічалась в середньому в 13,5% – 16,2% і не була виявлена в I групі. Також, за оглядами дерматолога патологію виявлено найчастіше у III групі – 19,7%, тоді як у I групі патології не було виявлено.

Висновок: Таким чином, за результатами профоглядів переважає ортопедична патологія, порушення органів слуху та зору виявлено у половини обстежених, що може бути наслідком шкільної дезадаптації та потребує корекції.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПАТОЛОГІЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ І ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ НА ПРИКЛАДІ СКОЛІОЗУ І ПЛОСКОСТОПІСТІ

Чулков О.С.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Мишина Н.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра пропедевтики дитячих хвороб
(зав. каф.: д. мед. н., проф. Ільченко С.І.)
м. Дніпро, Україна

Актуальність: згідно з ВООЗ 80% населення страждає захворюваннями опорно-рухового апарату. В Україні майже у половини випускників шкіл виявлена дана патологія, 90% школярів мають порушення постави, з них у 20% сколіоз.

Мета дослідження: визначити ймовірність та взаємозв'язок розвитку супутньої патології опорно-рухового апарату при ураженні нервової системи.

Матеріали та методи дослідження: було досліджено 30 дітей на базі неврологічного відділення ДМКЛ №5 із різною патологією (ДЦП – 30%, вегетативна дисфункція – 40%, епілепсія – 20%, травма – 10%). Ми оцінили фізичний розвиток дітей за допомогою центильних таблиць відповідно до норм ВООЗ.

Далі була проведена оцінка стану хребта за результатами вимірювання ромба Машкова.

Наявність плоскостопості визначали за допомогою плантографії, яку оцінювали за методами В.А. Штрітера та І.М. Чіжина.

Результати: при обстеженні 30 дітей з різними патологіями нервової системи (хлопчиків – 60%, дівчаток – 40%) від 4 до 17 років отримано:

сколіоз – 100% (1 ступінь – 53,4%, 2 ступінь – 40%, 3 ступінь – 6,6%);

сплюснення стопи – 66,7%;

плоскостопість – 16,7%;

фізичний розвиток: мікросоми – 36,7%, макросоми – 3,4%, мезосоми – 60%. Низький рівень – 20%, нижче середнього – 23,4%, середній – 30%, вище середнього – 23,4%, дуже низький – 3,4%. Дісгармонічний розвиток – 46,7%.

При дослідженні дітей, які хворіють на ДЦП, і тих, чиє захворювання не пов'язано з органічним ураженням нервової системи, було з'ясовано, що у хворих на ДЦП:

показники викривлення хребта в 2,2 рази перевищують показники дітей першої групи, а норму перевищують в 5,1 раз;

по Штрітеру показники більше норми в 1,5 рази, по Чіжину в 2 рази;

рівень фізичного розвитку низький.

При патології нервової системи сколіоз і плоскостопість виражені сильніше, але це не скасовує факт їх наявності у дітей без вищевказаних патологій. Тому необхідність обізнаності щодо простих і доступних методів діагностики цих захворювань зростає.

Висновок: встановлено високий рівень взаємозв'язку між наявністю різних форм патологій нервової системи і такими захворюваннями опорно-рухового апарату, як сколіоз і плоскостопість.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИК РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Чумаченко Я.Д., Клименко Т.С.

**Науковий керівник: к. мед. н. Сміян-Горбунова К.О.
Сумський державний університет, Медичний інститут**

Кафедра педіатрії

(зав. каф.: д. мед. н., проф. Сміян О.І.)

м. Суми, Україна

Актуальність. За даними ВООЗ у світі щорічно реєструється до 180 млн хворих на ротавірусну інфекцію. Дане захворювання є небезпечним для дітей віком до 5 років, оскільки біля 5% усіх смертей у цьому віці зумовлені ротавірусом.

Мета. Вивчення клініко-лабораторних критеріїв діагностики ротавірусної інфекції у дітей.

Матеріали і методи. У дослідження включено 53 дитини з ротавірусною інфекцією віком від 1 до 5 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в СМДКЛ Св. Зінаїди.

Результати дослідження. У 53 (100%) дітей виявлено слабкість та в'ялість, зниження еластичності шкірних покривів та тургору м'яких тканин; зниження апетиту визначено у 32 (60,4%), його відсутність – у 7 (13,2%). Блювання, як один із провідних симптомів ротавірусної інфекції, було характерно для 47 (88,7%) дітей. Одноразове блювання виникало в 10 (18,9%), повторне – у 22 (41,5%), багаторазове – у 15 (28,3%) пацієнтів, відсутнє – у 6 (11,3%). При цьому кратність діареї до 7 разів на день спостерігалась у 45 (84,9%) хворих, а 8-12 разів – у 8 (15,1%) дітей. При госпіталізації пацієнтів до лікарні підвищення температури тіла до 37,2°C було встановлено у 15 (28,3%) пацієнтів, значення у межах 37,2-37,9°C – у 14 (26,4%) хворих, у 24 (45,3%) дітей – більше 38°C.

При аналізі показників периферичної крові запальні зміни були виявлені у 43 (81,1%) пацієнтів, що визначались: помірним нейтрофіліозом – у 6 (11,3%), лімфоцитозом – у 37 (69,8%), прискоренням ШОЕ – 16 (30,2%) дітей.

Висновок. У результаті дослідження було встановлено, що основними клінічними симптомами у дітей, хворих на ротавірусну інфекцію, були: гіпертермія, блювання та діарея, а також зниження еластичності шкіри та тургору м'яких тканин, що є проявом ексикозу внаслідок загального зневоднення організму. У більшості лабораторно визначені запальні зміни у вигляді відносного лімфоцитозу.

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ПІДЛІТКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЬВАННЯ

Шахова О.О., Костів У.І., Коваль М.М.

Науковий керівник: д. мед. н, проф. Колоскова О.К.

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

(зав. каф.: д. мед. н., проф. Колоскова О.К.)

м. Чернівці, Україна

Актуальність проблеми та наукова новизна роботи. Бронхіальна астма (БА) – є одним з найпоширеніших захворювань у дітей, в основі якого лежить хронічне алергічне запалення, що сприяє розвитку бронхіальної гіперреактивності дихальних шляхів (ГРДШ). Збереження субклінічної бронхіальної гіперчутливості та хронічного алергічного запалення в дихальних шляхах

можуть супроводжуватися розвитком тяжкого перебігу захворювання вже в дорослому житті. Тому достеменно невіршеним залишається питання зворотності ГРДШ та ГРДШ за відсутності загострень захворювання впродовж певного часу.

Мета дослідження. Дослідити показники лабільності бронхів у дітей підліткового віку, які хворіють на бронхіальну астму середньотяжкого і тяжкого ступенів.

Методи та результати досліджень. Проведене комплексне обстеження 27 підлітків на базі алергопульмонологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні №1 м. Чернівці, яке включало спірографічне дослідження з дозованим фізичним навантаженням і пробою з короткодійними β_2 -агоністом. Сформовано 2 клінічні групи порівняння: I група – 13 пацієнтів, в яких діагностовано бронхіальну астму середнього ступеня тяжкості, II група – 14 дітей підліткового віку з тяжким перебігом захворювання. Аналіз отриманих результатів показав, що у дітей із середньотяжкою БА, індекс бронходилатації (ІБД) за об'ємом форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) у середньому дорівнював $13,0 \pm 3,1\%$, на рівні дрібних бронхів (МОШ₂₅) – $36,6 \pm 6,4\%$, на рівні середнього калібру бронхів (МОШ₅₀) – $35,6 \pm 7,1\%$. Середній показник індексу бронхоспазму (ІБС) за ОФВ1 – $5,75 \pm 2,1\%$, за МОШ₂₅ – $9,25 \pm 3,4\%$, МОШ₅₀ – $10,0 \pm 3,5\%$. Водночас, в дітей з тяжкою БА показники лабільності бронхів виявились дещо нижчими, зокрема, ІБД (ОФВ1) – $6,5 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$), ІБД (МОШ₂₅) – $24 \pm 5,5\%$ ($p > 0,05$), ІБД (МОШ₅₀) – $17,4 \pm 5,2\%$ ($p > 0,05$). Аналогічними були і показники ІБС (ОФВ1) – $7,1 \pm 2,1\%$ ($p > 0,05$), ІБС (МОШ₂₅) – $12,3 \pm 3,2\%$ ($p > 0,05$), ІБС (МОШ₅₀) – $13,0 \pm 3,7\%$ ($p > 0,05$).

Висновки. Отже, у підлітків з тяжким неконтрольованим перебігом бронхіальної астми порівняно з пацієнтами, у яких відмічався середньотяжкий перебіг захворювання, показники лабільності бронхів виявились нижчими за рахунок виразних змін індексу бронхоспазму і відносно невеликих показників індексу бронходилатації.

CASE OF GIGANT TERATOMA IN NEWBORN

professor Shevtsova T. I.

Bogomolets National Medical University

Department of Pediatrics №2

Head of the department: corresponding member in NAMS of Ukraine, professor

Kiev, Ukraine Sree Kanchana Devi Varatharajan

Scientific supervisor: associate

Relevance. Teratomas are the most common tumors of the period of newborn birth and make up 37 to 52% of all tumors of the perinatal period. Sacrococcygeal teratoma (SCT) is reported in approximately 1/40 000 live births. Mortality from teratoma is more than 50%.

In this observation, the case of teratoma in a newborn child who was in the department of intensive care of newborns of the Kiev maternity hospital №6 was presented. The newborn boy M. from the second pregnancy with threatening miscarriage during the 13th week, threatened preterm labor in the 30th week, polyhydramnion. SCT was firstly revealed during US-scan in the 30th week. Delivery I, preterm 31st gestation week, pathological through the cesarean section. Weight after birth 2965g, length 43cm. Apgar score 4-6. Condition of the patient after birth is severe due to the respiratory insufficiency, CNS depression, immaturity. The newborn was provided with invasive ventilation support. The neoplasm of the size 29*20cm is visualized in the lumbo-coccygeal region, skin above the surface is thinned, plenty of blood vessels are seen in the neoplasm, pulsating due to the palpation. AP tends to hypotension. Tendency to bradycardia. Infusion therapy with inotropic support was begun. Laboratory examination: haemoglobin decrease (t° 120-102 g/l) hypoproteinaemia (33-35 g/l). The infant was observed by surgeon: Giant SCT of mixed localization, multiple organ failure: coma III, cardiovascular insufficiency, anaemia, very preterm neonate 31st gestation week.

Patients status in dynamics was rapidly worsening. The child died at the age 1 day 13 hours. One of the serious complications of teratoma was the development of cardiovascular insufficiency due to active blood supply to the tumor.

The pathomorphological investigation revealed multiple anastomosis btw pelvic vessels and teratoma vessels, which's diameter was comparable to the aorta's (10mm), and highly immature undifferentiated fetal cells of SCT, which also explains the more malignant and unfavorable course of the disease in this case.

Conclusions. This case refers to an exceptionally rare congenital pathology. Death of the child, taking into account the presence of severe congenital defects, was irresistible. The literature data and own clinical experience emphasize the importance of antenatal screening.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ БАКТЕРІАЛЬНОГО СПЕКТРУ ЗІВУ І НОСУ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ГРЗ У ДІТЕЙ ЗА ОСТАННІ 3 РОКИ

Ющенко О.О., Новак Н.О.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. А.В. Гнилокурєнко
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра педіатрії №4
(зав. каф.: акад. НАМН України, д. мед. н., проф. В.Г. Майданник)
м. Київ, Україна

Актуальність: Не викликає сумнівів значення вогнища хронічної інфекції, як джерела інтоксикації у дітей, тому своєчасне виявлення збудника дозволяє адекватно підібрати необхідну антибактеріальну терапію. У сучасній медичній практиці широко розповсюджене необґрунтоване призначення антибактеріальних препаратів, що сприяє розвитку антибіотикорезистентності бактерій збудників інфекцій.

Мета: Порівняти бактеріальний спектр мікрофлори зіву і носу у різних вікових групах дітей за період з 2015 по 2017 роки при ускладнених ГРЗ у дітей.

Матеріали і методи дослідження: Оцінювали результати 16102 мікробіологічних досліджень матеріалу із зіву і носу дітей віком від 0 до 5 років та від 6 до 15 років за період з 2015 по 2017 роки.

Результати: З 2015 по 2017 роки в бактеріальному спектрі посівів зіву висівається більше 10 видів бактерій. При цьому у дітей обох вікових груп переважно висівається *Streptococcus viridans* (30,5%), *Streptococcus pneumonia* (22,1%), *Staphylococcus aureus*/MRSA (21,9%). Не виявлено різниці між спектром бактерій в залежності від віку та динаміки змін по роках. В бактеріальному спектрі посівів з порожнини носу з 2015 по – 2017 роки висівається близько 16 видів бактерій. Так, в середньому переважно висівається *Staphylococcus aureus*/MRSA (22,7%) *Staphylococcus epidermidis* (23,6%), *Streptococcus pneumonia* (8,7%), *Haemophilus influenzae* (4,8%). При цьому у дітей віком 0-5 років – *Streptococcus pneumonia* висівається в 2 рази частіше ніж *Haemophilus influenzae*. Також, у цієї групи дітей *Haemophilus influenzae* виявляється частіше (3,7%) ніж у дітей 6-15 років (1,8%) $p < 0,01$, що вказує на значення цього збудника у дітей молодшого віку.

Висновок: Таким чином, не виявлено динаміки змін бактеріального спектра зіву і носа по роках. Встановлено залежність від віку у бактеріальному спектрі носа.