

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали XIII Конгресу педіатрів України
(9-11 жовтня 2018 року, Київ)

За редакцією Ю.Г. Антипкіна, В.Г. Майданника

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the XIII Congress of Pediatrics of Ukraine
(October, 9-11th, 2018, Kiev)

Edited by J.G. Antypkin, V.G. Maidannyk

ВМІСТ МІКРО-РНК ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДАХ ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА СФІНКТЕРА ОДДІ У ДІТЕЙ

Абатуров О.Є., Бабич В.Л.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Важливе місце в структурі патології біліарної системи у дітей займають функціональні розлади жовчного міхура та сфінктера Одді (ФРЖМ та СФО) (Марушко Ю.В. та співавт., 2016; Шадрін О.Г. та співавт., 2016). Останніми роками особлива увага приділяється визначенню неінвазивних високочутливих та специфічних маркерів для діагностики захворювань біліарної системи. Результати сучасних досліджень підтверджують, що такі властивості мають епігенетичні фактори регуляції генної експресії (Otsuka M. та співавт., 2016; Sakamoto T. та співавт., 2016). Одними з яких є мікро-РНК, що регулюють експресію приблизно 60% генів людини на постраскрипційному рівні шляхом РНК-інтерференції (Finch M.L. та співавт., 2014; Letelier P. та співавт., 2016).

Мета дослідження. Визначити вміст мікро-РНК у сироватці крові при функціональних розладах жовчного міхура та сфінктера Одді у дітей.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилось 20 дітей з функціональними розладами жовчного міхура та сфінктера Одді віком від 5 до 12 років. Контрольну групу склали 16 практично здорових дітей відповідного віку. Діагноз верифіковано згідно з наказом МОЗ України від 29.01.2013 р. №59. Усім дітям було визначено вміст мікро-РНК-378f, мікро-РНК-4311, мікро-РНК-4714-3р у сироватці крові методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) у реальному часі. Статистичний аналіз проводився за допомогою методів варіаційної статистики.

Результати дослідження. В ході дослідження було встановлено, що вміст мікро-РНК-4311 у сироватці крові у дітей з функціональними розладами жовчного міхура та сфінктера Одді склав $0,72 \pm 0,17$ та був достовірно нижчим, ніж у практично здорових дітей – $1,96 \pm 0,58$ ($p < 0,05$). Визначено, що концентрація мікро-РНК-4714-3р у сироватці крові у дітей з ФРЖМ та СФО була достовірно нижчою, ніж у практично здорових дітей, та склала відповідно $29,65 \pm 9,76$ і $64,64 \pm 14,05$ ($p < 0,05$). Концентрація мікро-РНК-378f у сироватці крові у дітей з ФРЖМ та СФО становила $2,67 \pm 0,84$, а у практично здорових дітей – $4,78 \pm 2,71$.

Висновки. Таким чином, функціональні розлади жовчного міхура та сфінктера Одді у дітей супроводжуються змінами генерації мікро-РНК-4311, мікро-РНК-4714-3р. Отримані результати молекулярно-генетичних досліджень вказують на можливість підвищення ефективності медикаментозної корекції функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді у дітей.

ГЕНЕАЛОГІЧНА ОБТЯЖЕНІСТЬ ТА КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ ТА ГЕНОТИПАМИ ГЕНА ЛАКТАЗИ

Абатуров О.Є., Нікуліна А.О., Петренко Л.Л.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Мета роботи – виявити особливості перинатального анамнезу та коморбідної патології при ожирінні у дітей залежно від генотипів гена лактази.

Матеріали та методи. В результаті проведеного генотипування гена лактази та клінічного обстеження 85 пацієнтів згідно Протоколу обстеження дітей з ожирінням, були виділені 3 групи спостереження. I групу представили діти з генотипом С/С 13910 ($n=44$), II групу – діти з генотипом С/Т 13910 ($n=30$), III групу – діти з генотипом Т/Т 13910 ($n=11$). Для вичення відносного ризику (ВР) та діагностичних коефіцієнтів (ДК) параметрів, що впливають на генеалогічну обтяженість та коморбідність використовувався аналіз Вальда.

Результати. У дітей з генотипом гена лактази С/С 13910 частіше відмічались генеалогічна обтяженість за ожирінням (ВР=3,33; ДК=5,23; $p=0,007$), цукровим діабетом 2 типу (ВР=3,13; ДК=4,95; $p=0,04$), артеріальною гіпертензією (ВР=2,67; ДК=4,26; $p=0,022$), гестаційний діабет (ВР=2,13; ДК=3,27; $p=0,008$) та слабкість пологової діяльності у матерів пробандів (ВР=1,88; ДК=2,73; $p=0,012$), гіпотрофія різного ступеню важкості в ранньому періоді життя (ВР=2,39; ДК=3,79; $p=0,014$), перенесені пневмонія (ВР=3,75; ДК=5,74; $p=0,046$), червінка (ВР=4,78; ДК= 6,79; $p=0,035$). Хворі на ожиріння з генотипом С/С 13910 зайняли лідируючі позиції за рівнем супутньої гастроентерологічної (ВР=4,8; ДК=6,9; $p=0,033$), алергологічної патології (ВР=1,81; ДК=2,57; $p=0,005$), захворюванням опорно-рухової системи (ВР=1,43; ДК=1,57; $p=0,009$), в тому числі перенесеним переломам кінцівок (ВР=1,91; ДК=2,82; $p=0,006$), серцево-судинним захворюванням (ВР=2,46; ДК=3,92; $p=0,04$). Діти, хворі на ожиріння з генотипом С/Т 13910 гена лактази характеризувались вірогідно часті-

шою генеалогічною обтяженістю за ішемічною хворобою серця (BP=1,68; ДК=2,26; p=0,045), були народжені від перших пологів та вагітності (BP=6,73; ДК=8,28; p=0,045), що перебігала на фоні нікотинової залежності у матері (BP=1,58; ДК=1,99; p=0,036), домінуванням супутньої отоларингологічної патології (BP=1,51; ДК=1,79; p=0,004) та захворювань щитоподібної залози (BP=1,76; ДК=2,46; p=0,037). Хворі на ожиріння з генотипом T/T 13910 гена лактази вірогідно частіше були народжені від стрімких пологів (BP=2,24; ДК=3,5; p=0,007), мали найвищий рівень перенесеної вітряної віспи (BP=1,54; ДК=1,86; p=0,045), а також супутню неврологічну патологію (BP=1,09; ДК=1,71; p=0,027) та затримку розвитку мовлення (BP=6,3; ДК=8,8; p=0,027).

Висновки. Найвища зустрічаємість факторів, зумовлюючих високий кардіоваскулярний ризик, згідно критеріїв Європейського ендокринологічного товариства, при ожирінні у дітей мали пацієнти з генотипом C/C 13910.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СМАРТФОНА ДЛЯ СКРИНИНГА ГЛАЗНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

**¹Акименко Е.В., ²Борисова И.В., ²Тютюкова Н.М.,
²Качалова Н.В., ²Рыжая Л.Ф.**

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, кафедра офтальмологии, г. Киев, Украина.

²Детская клиническая больница №4, глазное отделение, Соломенского района г. Киева, Украина.

Ряд патологических состояний глазного дна у детей, как врождённых, так и приобретённых, требует офтальмоскопического контроля и наблюдения в динамике. Фотографирование патологии глазного дна у детей ограничено возможностью использовать сложное оборудование из-за крайне негативной реакции. Кроме этого, в условиях повышения роли семейного врача и возможности несвоевременности оказания специализированной помощи, возникает необходимость современного и доступного способа фиксирования патологии на глазном дне и при необходимости дальнейшей дистанционной консультации.

Целью нашего исследования являлось изучение возможности фотофиксации при помощи смартфона деталей глазного дна у детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 98 детях в возрасте 2-12 лет, обращавшихся на приём для профилактических осмотров с жалобами на снижение зрения, а также детей, находившихся на лечении в неврологическом отделении. Фотографирование глазного дна проводилось на фоне циклоплегии с помощью смартфона и линзы 20D.

Результаты. При проведении фотографирования выявлено изменения на глазном дне у 15 детей: ангиопатия сетчатки – 11 детей, хореоретинит – 2 детей, макулодистрофия – 1 ребенок, стафилома – 1 ребенок. Патологических изменений на глазном дне не выявлено у 83 детей.

Выводы. Применение смартфона не вызывает у детей, хорошо знакомых с ним в быту, негативной реакции. Фотографирование деталей глазного дна позволяет оценить динамику процесса. Метод может быть использован доктором в качестве скринингового с возможностью дальнейшей дистанционной консультации квалифицированного специалиста.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ТЕРАПІЇ ЮВЕНІЛЬНОГО ІДІОПАТИЧНОГО АРТРИТУ

**Антипкін Ю.Г., Омельченко Л.І., Ошлянська О.А., Муквіч О.М.
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
імені академіка О.М. Лук'янової
НАМН України», м. Київ**

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) за поширеністю займає перше місце в структурі ревматичних захворювань у дітей і підлітків. Результати клінічних, імунологічних та генетичних досліджень останніх років сприяли виділенню двох підтипів ЮІА: системного та оліго/поліартикулярного, що патогенетично розрізняються і в основі розвитку яких лежать порушення вродженого та адаптивного імунітету (Y.T. Lie et al., 2011). При системному ЮІА у хворих виявляються клінічні ознаки системного запалення, високі рівні ІЛ-6, ІЛ-18, ІЛ-1. У пацієнтів з підвищенням ІЛ-6 в крові спостерігається гіпертермія, анемія, затримка зростання, важке ураження суглобів. У домінантній підгрупі з переважанням гіперпродукції ІЛ-18. (суперсімейство ІЛ-1) у хворих більш вираженим є синдром поліорганних

уражень (висипки на шкірі, вісцерити). У 10% випадків може спостерігатися синдром активації макрофагів. Роль ІЛ-1 наближає системний ЮІА за патогенезом до аутозапальних захворювань.

У патогенезі ЮІА (оліго- і поліартрити) домінують процеси аутоімунізації на антигени хряща та інших суглобових тканин. У хворих виявляється дисбаланс Th1/Th17 і Treg-клітин з гіперпродукцією γ -інтерферона та ІЛ-17, що вторинно активує макрофагально-мононуклеарну систему та продукцію прозапальних цитокинів (ФНО, ІЛ-6, та інш.), хемокінів і медіаторів запалення (Бойко Я., 2017).

Знання патогенезу окремих підтипів ЮІА розширює можливості оптимізації терапії шляхом індивідуалізованого підходу до вибору антицитокинових біологічних препаратів при недостатній ефективності протизапальних і хворобомодифікуючих протиревматичних препаратів (ХМПП).

Прийнята у світі Концепція терапії «досягнення цілі лікування» – treat to target у хворих з ЮІА може бути реалізована за умов ранньої діагностики хвороби, своєчасного призначення ХМПП та генно-інженерних біологічних препаратів, імплементації у лікувальний процес персоналізованого підходу з урахуванням коморбідної патології та клінічних субтипів ЮІА, міждисциплінарного менеджменту пацієнтів.

Доведено, що рання позитивна відповідь хворих на призначення біологічних препаратів (БП) забезпечує більш сприятливий перебіг та більш тривалі ремісії ЮІА (Tyniata et al., 2011). Обговорюється можливість старту БП на етапі призначення пацієнтам ХМПП. З урахуванням розбіжностей змін в адаптивному і вродженому імунитеті при окремих підтипах ЮІА важливим принципом є можливість переключення хворих з одного біологічного препарату на інший за умови неефективності першого. В якості ад'ювантів для підвищення ефективності лікування хворим можуть бути призначені препарати вітаміну D, ОМЕГА -3 ПНЖК, системної ензимотерапії.

Оптимізація терапії, моніторинг її ефективності, мультидисциплінарний менеджмент пацієнтів та забезпечення спадкоємності в роботі дитячих і дорослих ревматологів можуть бути успішно реалізовані при створенні системи Національного і регіональних Центрів дитячої ревматології в Україні.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕТАПНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ БРОНХОЛЕГЕНЕВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Антипкін Ю.Г., Лапшин В.Ф.

Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка

О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Патологія органів дихання продовжує займати одне з провідних місць в структурі дитячої захворюваності. Поряд із гострою патологією дихальних шляхів значну частину в структурі цих хвороб складають хронічні бронхо-легеневі захворювання (ХБЛЗ), серед яких бронхіальна астма (БА) і хронічний бронхіт (ХБ) залишається найбільш поширеними. Чисельність причин, які викликають дану патологію, а також чинників, що призводять до різноманітних функціональних та морфологічних змін інших систем дитячого організму, обумовлюють складність лікування і реабілітації цих хворих. Якщо медикаментозна базисна терапія ХБЛЗ чітко регламентована, то питання оздоровлення та реабілітації дітей з використанням немедикаментозних методів відновлювального лікування потребують подальшого вивчення. Однією з важливих проблем залишається розробка нових підходів, адекватних методів відновлювального лікування з використанням природних і переформованих фізичних факторів з урахуванням сучасного синдромно-патогенетичного принципу.

Метою даного дослідження було вивчення ефективності етапних реабілітаційних заходів у дітей з бронхіальною астмою та хронічним бронхітом.

Нами була розроблена реабілітаційна програма, базою для створення якої стали результати обстеження 350 хворих віком 7-15 років з БА та ХБ. При розробці реабілітаційних комплексів визначався реабілітаційний потенціал, який включав оцінку клініко-параклінічного стану дітей. На підставі отриманих даних формувався діагностичний висновок з зазначенням функціональних розладів з боку зовнішнього дихання, психо-вегетативного стану, цитоморфологічних порушень та стану мукозального імунітету нижніх дихальних шляхів. Індивідуальні реабілітаційні комплекси на всіх етапах включали загальні складові елементи реабілітаційної програми: медикаментозне лікування, дієтотерапію, кінезотерапію з включенням дихальних вправ, психокорекцію (індивідуальні чи групові заняття), за показами – алерген-специфічну та неспецифічну імунотерапію, рефлексотерапію, бальнео- та спелеотерапію.

Критеріями ефективності етапної реабілітації були: частота загострень хвороби та епізодів гострої респіраторної інфекції, динаміка показників функції зовнішнього дихання, клітинного складу індукованого мокротиння, показників кардіоінтервалографії та локальних маркерів стану місцевого імунітету. Ефективність етапної реабілітації оцінювали за допомогою інтегрального показника – коефіцієнта ефективності реабілітації.

Застосування етапного відновлювального лікування за розробленою програмою дозволило підвищити ефективність реабілітації дітей з БА та ХБ в 1,4 рази та знизити число рецидивів захворювань в 1,8 рази.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПИЛКОВО-ХАРЧОВОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

Антипкін Ю.Г., Лапшин В.Ф., Уманець Т.Р., Задорожна Т.Д., Матвєєва С.Ю., Пустовалова О.І., Чумаченко Н.Г., Степанова Л.С., Кондратенкова Т.В., Толкач С.І., Смірнова О.А.
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Вступ. Відомо, що у 30,0-60,0% хворих поліноз поєднується з харчовою алергією на продукти рослинного походження (пилково-харчовий синдром), в основі якого лежить перехресна реактивність між близькоспорідненими молекулами пилку та рослинних харчових алергенів. Однак, до теперішнього часу залишаються не вивченими і потребують подальших розробок ряд аспектів даної проблеми, а саме: вивчення клініко-патогенетичних особливостей перебігу полінозу у дітей з перехресною харчовою алергією, експресії локальних маркерів запального процесу та їх залежність від тяжкості перебігу полінозу і клінічних проявів харчової алергії, пошук нових критеріїв ранньої діагностики пилково-харчового синдрому.

Мета. Вивчити клініко-імунологічні особливості пилково-харчового синдрому у дітей шкільного віку.

Матеріали і методи. Обстежено 140 дітей віком 6-17 років з полінозом, які методом рандомізації були розподілені на 2 групи: основну (51 хворих з полінозом та перехресною харчовою алергією (пилково-харчовим синдромом, ПХС) та групу порівняння (89 дітей з полінозом без наявності ПХС). Групу контролю склали 20 практично здорових дітей того ж віку. Всім дітям проведено анкетування, прик-тести з пилковими та харчовими алергенами, визначення специфічних IgE до пилкових екстрактів алергенів та їх компонентів із застосуванням ImmunoCap, мазок-відбиток зі слизової середнього носового ходу та ротоглотки із визначенням секреторної еозинофілії та IgE-позитивних клітин методом імуногістохімії.

Результати і обговорення. Встановлено, що у 36,4% дітей з полінозом формується ПХС, більш поширений серед дітей з сенсibiliзацією до букових дерев (54,9%). Найбільш характерним симптомом ПХС у обстежених дітей є ізольований фарингеальний свербіж (у 62,7% хворих). Серед причинних фруктів та овочів, які спричиняли симптоми перехресної харчової алергії у дітей з різними видами полінозів були: горіхи, банани, томати, ківі, морква, персик та яблуко. Доведено, що у дітей з ПХС визначається збільшення кількості еозинофілів ($15,0 \pm 2,5\%$), експресії Ig E $\geq 2,5$ бала у назальному та фарингеальному секреті, а також збільшення частоти сенсibiliзації до профілінів (Ig E Bet v 2 та Ig E Phl p12) та вища їх концентрація. Наявність сенсibiliзації до профілінів корелювала з тривалістю хвороби більше 5 років ($r=0,6$) та наявністю харчової алергії до більше ніж двох харчових алергенів ($r=0,5$).

Висновки. Таким чином, у 1/3 дітей з полінозом формується перехресна харчова алергія до свіжих фруктів та овочів, переважно у хворих з алергією до букових дерев. Клініко-імунологічними особливостями ПХС у дітей є наявність локального Ig E-залежного, еозинофільного запалення в слизовій носа та ротоглотці, що асоціюється з сенсibiliзацією до перехресно-реагуючих протеїнів.

ЗАСТОСУВАННЯ ЦИТОКОЛІНУ ДЛЯ РАНЬОГО ВІДНОВЛЕННЯ НЕРВОВИХ КЛІТИН У ДІТЕЙ З ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Афанасьєва¹ І.О., Хайтович¹ М.В., Кириченко¹ М.О., Андрущенко^{2,1} І.В.
¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ,
²ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України», м. Київ

Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія центральної нервової системи (ГІУ ЦНС) перинатального періоду у розвинених країнах зустрічається у 1-8 дітей на 1000 живонароджених. Типовим наслідком перинатального ушкодження мозку є порушення психомоторного розвитку дитини різного ступеня тяжкості – від мінімальних мозкових дисфункцій до дитячого церебрального паралічу з формуванням тяжкої інвалідності. Останнім часом нейропротекторна терапія стала стандартом клінічної допомоги.

Мета дослідження. Метою даної роботи було оцінити ефективність застосування цитоколіну щодо раннього відновлення нервових клітин при лікуванні ГІУ ЦНС у дітей.

Матеріали та методи. Обстежено 30 (17 хлопчиків і 13 дівчаток) дітей із ГІУ ЦНС, які знаходились під наглядом у поліклінічному відділенні ДКЛ №6 Шевченківського району м. Києва. Всіх дітей проконсультовано неврологом, проведено нейросонографію (НСГ), вираженість неврологічної симптоматики оцінювали в балах.

Результати дослідження. За результатами дослідження: 28 дітям (93,3%) був виставлений діагноз ГІУ ЦНС у віці до 3 місяців, решті – до 1 року. Синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості (СПНРЗ) спостерігався у 16 (53,3%) дітей; синдром ліквородинамічних порушень (СЛДП) – у 8 (26,7%) дітей; у 3 (10%) дітей відмічене прогресування і формування гіпертензійно-гідроцефалічного

синдрому (ГГС). Синдром вегетативних порушень (СВП), як і синдром рухових порушень (СРП) виявлено у 10% (3) обстежених. 12 (40%) пацієнтам був призначений ноотропний препарат із мембраностабілізуючою дією – цитоколін. Безперервний курс лікування тривав протягом 1,5 міс. у відповідній віку дозі. При повторному обстеженні після курсу лікування в середньому відмічено зменшення інтенсивності неврологічної симптоматики на 63%. Побічних ефектів не спостерігалось.

Висновок. Таким чином, цитоколін є ефективним і безпечним препаратом для раннього відновлення нервових клітин у дітей з перинатальним гіпоксично-ішемічним ураженням центральної нервової системи.

АНАЛІЗ ХРОМОСОМНИХ ПОРУШЕНЬ У ЛІМФОЦИТАХ КРОВІ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ СУГЛОБІВ ДО ТА ПІСЛЯ ВПЛИВУ МУТАГЕНУ-ПРОВОКАТОРА

Багацька Н.В., Нефідова В.Є., Медзяновська О.В.

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

Вивчення патології суглобів є надзвичайно важливою державною та соціальною проблемами. Нерідко захворювання суглобів починаються вже в дитячому та підлітковому віці, перебігають важче, ніж у дорослих, що пов'язано з раннім формуванням ускладнень, які визначають в багатьох випадках несприятливий результат і високий відсоток інвалідизації. Значне місце в структурі патології суглобів у дітей і підлітків займає ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) – хронічне системне захворювання неясної етіології, з переважним ураженням суглобів у вигляді запалення синовіальних оболонок, деструкцією хрящової і кісткової тканини. Також особливу стурбованість викликає зростання частоти іншої патології суглобів – остеоартрозу (ОА) в підлітковому віці на тлі вікових особливостей метаболізму основних компонентів сполучнотканинного матриксу хряща та нейрогуморальної перебудови в організмі. Тяжкий перебіг ЮРА та ОА у дітей та підлітків може спричинити негативний вплив на стабільність хромосомного апарату, а саме порушувати нормальний мітотичний цикл, що у свою чергу може приводити до хромосомної нестабільності.

Цитогенетичний аналіз з виявленням спонтанного та індукованого мутагеном-провокатором мітоміцином С рівня хромосомних аберацій проведено у 20 (10 хлопчиків та 10 дівчаток) дітей та підлітків 7-17 років, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит, та у 20 (10 хлопчиків і 10 дівчаток) хворих на остеоартроз, які обстежувалися в ДУ «ІОЗДП НАМН». Цитогенетичний аналіз проводився за стандартною методикою (Зерова-Любимова Т.Е., Горовенко Н.Г., 2003). У кожного пробанда аналізували від 100 до 300 метафазних пластин до та після обробки мутагеном-провокатором мітоміцином С лімфоцити *in vitro*, усього проаналізовано 10200 метафаз, виділено дві групи за хворобою (ЮРА та ОА) та чотири підгрупи, відповідно до або після впливу мутагену на лімфоцити для кожної групи окремо. Математичні розрахунки здійснювали за допомогою пакету статистичних програм Excel і Statistics SPSS 17.0.

За даними цитогенетичного аналізу встановлено, що хромосомні аберації реєструвались у 100% хворих на ЮРА та у 90,0% хворих на ОА. Частота хромосомних аберацій до впливу мутагену у хворих на ЮРА склала 4,50, а у хворих на ОА – 3,50 на 100 клітин; після впливу мітоміцину С відповідно: 15,41 та 11,60. Хромосомні аберації були представлені абераціями хромосомного (парними ацентричними фрагментами) та хроматидного (одиначними ацентричними фрагментами) типів. У лімфоцитах крові дівчаток, хворих на ЮРА, визначено підвищення спонтанної частоти хромосомних аберацій у 1,9 раз порівняно з частотою порушень хромосом у хворих хлопчиків *in vitro*. У дівчаток та хлопчиків, хворих на остеоартроз, частота аберацій хромосом в лімфоцитах крові не відрізнялася. Внесення в культуру лімфоцитів периферичної крові модельного мутагену мітоміцину С *in vitro* призвело до збільшення рівня хромосомних аберацій в 3,4 раз у лімфоцитах периферичної крові хворих на ювенільний ревматоїдний артрит і в 2,9 раз – хворих на остеоартроз, що свідчить про чутливість ЛПК до генотоксичного впливу мітоміцину С.

Висновок. Таким чином, на підставі цитогенетичного аналізу встановлено підвищений рівень хромосомних аберацій в лімфоцитах крові хворих на ЮРА і ОА, що свідчить про хромосомну нестабільність при цих захворюваннях.

ХВОРОБА ЛАЙМА: МІФ ЧИ РЕАЛЬНІСТЬ?

Банадига Н., Рогальський І.

**ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Тернопіль**

Епідситуація по хворобі Лайма (ХЛ), як в Україні так і в Тернопільській області залишається загрозливою. Захворюваність населення зростає майже в 33 рази, з 0,17 до 5,6 випадків на 100 тисяч населення при 3,49 по Україні в 2011 році. Це свідчить про щорічне збільшення захворюваності на 5-30%. В 2015 році показник захворюваності зріс у 2,02 рази і склав 3413 випадків (7,96 на 100 тис населення).

В Україні переносчиком борелій є лісовий кліщ (*Ixodes ricinus*) і луговий кліщ (*D.reticulatus*), самі кліщі інфікуються бореліями після укусів ними домашніх тварин або диких тварин, які є резервуаром даних мікроорганізмів. Періоди активності кліщів, на протязі якого вони можуть кусати людей, тривають з травня по вересень, поки на деревах і кущах є листя, а на землі трава. Їхня висока активність простежувалась у травні-червні і серпні-вересні, створюючи такі 2 сезонні піки.

У 2017 році 65 осіб звернулось в інфекційне відділення Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні щодо лікування після укусу кліща. Кількість дітей, які звернулися в травмпункт обласної дитячої лікарні з приводу укусу кліща за період з ранньої весни і до жовтня 2017 року включно була значно більшою і становила 418 дітей. Кліщі на тілі дітей виявляли після прогулянок в парку та лісо-паркових зонах. Профілактичну хіміотерапію після укусу кліщів, з усіх хто зверталися у лікувальну установу, більшістю дітей не отримувалась з різних мотивацій. Час звернення до лікаря після знаходження на тілі кліща, складав 1-3 дні, в середньому – 1,5 дні. Все ж таки більшість батьків побачили кліща у першу добу.

Загалом, з явними ознаками захворювання ХЛ в інфекційне відділення звернулось 12 осіб, але половина з них відмовились від госпіталізації, отримавши рекомендації щодо антибактеріальної терапії та об'єму обов'язкових сереологічних обстежень. Оцінюючи епідеміологічний анамнез, всіх цих дітей вирізняло те, що укусу кліща у них був вперше і 3 дітей не вказували у анамнезі на укусу кліща. На стаціонарному лікуванні знаходилось 6 (49,98%) дітей з діагнозом «Хвороба Лайма». 5 пацієнтів були направлені дільничними педіатрами: 4 (33,32%) – з діагнозом Хвороба Лайма і 1 (8,33%) дитина з діагнозом «Інфекційна еритема». 5 (41,65%) дітей прийшли в супроводі батьків до дитячого інфекціоніста у зв'язку із виявленими змінами на шкірі та погіршенням самопочуття дітей. Двом дітям (16,66%), які після появи еритеми звернулись до дерматолога був виставлений діагноз «Хвороба Лайма» і дітей направлено на стаціонарне лікування в інфекційне відділення. Причиною звернення та основними скаргами при поступленні у інфекційне відділення у всіх пацієнтів була поява еритеми на шкірі, стійкого характеру з незначним поширенням на різні ділянки шкіри, яка не піддавалася лікуванню місцевими медикаментозними засобами. На протязі перших 3-х днів після появи еритеми 8 (66,64%) батьків звернулись до лікарів, інші лікувались за порадою сімейного лікаря чи самостійно і тільки після неефективного лікування впродовж 7-10 днів звертались до дерматолога чи до дитячого інфекціоніста.

Враховуючи постійний ріст захворюваності на хворобу Лайма в Україні необхідно активізувати санітарно-просвітницьку роботу серед населення та медичних працівників різних спеціальностей (травматологів, педіатрів, лікарів загальної-практики сімейної медицини, дерматологів) з формуванням єдиного алгоритму дій щодо пацієнтів, у яких виявлено покуси кліща.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ІЗ СУПУТНИМИ КОМОРБІДНИМИ СТАНАМИ

Безруков Л.О., Тарнавська С.І., Шевченко Н.О.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Фенотипова неоднорідність бронхіальної астми, невдачі у досягненні контролю за допомогою стандартних протоколів лікування без урахування індивідуальних особливостей організму дитини, рецидиви хвороби після нетривалої ремісії у 40-70% хворих, зумовлюють актуальність пошуку нових підходів до діагностики та лікування даної патології у дітей. Наявність коморбідних станів у хворих на бронхіальну астму дітей ускладнює перебіг захворювання та його прогноз, знижує ефективність контролюваної терапії та вимагає розробки індивідуальних лікувально-профілактичних заходів.

Мета дослідження. Для оптимізації результатів комплексного лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, ретроспективно вивчити особливості перебігу захворювання з урахуванням супутніх коморбідних станів (алергічного риніту).

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-імунологічне та алергологічне обстеження 46 дітей, хворих на бронхіальну астму. Сформовано 2 групи: I група – 20 дітей хворих на бронхіальну астму (середній вік – $11,6 \pm 0,4$ року, частка хлопчиків – 70,0%), II група – 26 дітей хворих на бронхіальну астму з супутнім алергічним ринітом (середній вік – $12,4 \pm 0,8$ року, частка хлопчиків – 80,0%). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставимі.

Результати дослідження. Аналіз отриманих даних показав, що у представників II клінічної групи вдвічі частіше відзначався пізній старт захворювання (після 6 років) (42,3% випадків) порівняно із пацієнтами I клінічної групи (20,0%, $p < 0,05$). Наявність вказівок на прояви atopічних хвороб в родині з майже однаковою частотою відмічали пацієнти обох груп спостереження, зокрема 50,0% хворих I групи та 41,4% ($p > 0,05$) дітей II групи. Встановлено, що у 60% представників I групи та у 73,9% хворих II групи ($p > 0,05$) загострення хвороби реєстрували у теплий період року. Натомість, цілорічне персистування захворювання відзначав майже кожен п'ятий пацієнт II групи (17,4%) та жоден представник I клінічної групи.

Аналіз тяжкості перебігу бронхіальної астми в дітей клінічних груп спостереження показав, що персистувальний легкий, середньотяжкий і тяжкий перебіг астми у представників I групи реєстрували у 20,0%, 70,0%, 10,0% випадків відповідно, а у пацієнтів II групи – у 12,0% ($p > 0,05$), 52,0% ($p > 0,05$), 36,0% ($p < 0,05$) відповідно. Детальна оцінка контролю перебігу БА за даними АСТ-опитувальника дозво-

лила встановити, що середній показник АСТ-тесту у I групі дорівнював $18,2 \pm 1,2$ балу, а у пацієнтів II групи – $16,8 \pm 0,9$ балу, що свідчить про переважання частково контрольованого або неконтрольованого перебігу хвороби у пацієнтів II групи. Так, показники ризику втрати контролю (АСТ-тест < 19 балів) у дітей II групи порівняно до пацієнтів I групи дорівнювали: відносний ризик – 1,2 [95% ДІ: 0,8-2,6] при співвідношенні шансів – 4,1 [95% ДІ: 2,0-9,6].

Висновки. За наявності супутніх коморбідних станів (алергічного риніту) шанси неконтрольованого перебігу захворювання зростають у 4,1 разу, захворювання має тенденцію до переважання фенотипу пізнього початку, а тяжкий перебіг трапляється у кожного третього хворого.

КАРДІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ КЛІТИН БУКАЛЬНОГО ЕПІТЕЛІУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ХВОРИХ НА НЕОНАТАЛЬНИЙ СЕПСИС, ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕОХІМІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК МІСЦЬ ПРОЖИВАННЯ ЇХ МАТЕРІВ

Безруков Л.О., Колоскова О.К., Власова О.В., Колюбакіна Л.В.
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Особливістю букального епітелію є те, що він може виступати своєрідним відображенням стану організму на який впливають чи впливали ксенобіотики. Метою дослідження є вивчення кардіологічних показників букального епітелію новонароджених, які хворі на неонатальний сепсис залежно від геохімічних характеристик місць проживання їх матерів. Обстежено 64 новонароджені дитини хворих на неонатальний сепсис. Геохімічну характеристику місць проживання матерів, діти яких народилися та захворіли на неонатальний сепсис, отримали внаслідок дослідження ґрунтів м. Чернівці.

Створено дві групи спостереження залежно від геохімічних характеристик місць проживання матерів дітей, які захворіли на неонатальний сепсис. До першої (I) увійшли 36 дітей, які за місцем народження та проживання належали до територій забруднених важкими металами (ЗВМ). А до другої (II) – 28 випадків народження у родинах, що за місцем проживання були віднесені до відносно чистих умов проживання (ЧВМ). Отримані дані аналізували методами статистики за допомогою комп'ютерних пакетів "STATISTICA" StatSoft Inc. на персональному комп'ютері з використанням параметричних і непараметричних методів обчислення.

В I групі переважає кількість клітин з протрузією типу «пухирця», яка склала $0,04 \pm 0,006\%$ проти II групи – $0,03 \pm 0,003\%$ (<0,05). Показники проліферації у вигляді клітин з двома ядрами в групах порівняння вірогідно не відрізнялися. Частота клітин з каріорексисом та каріолізисом становила $0,02 \pm 0,001\%$ та $0,12 \pm 0,03\%$ відповідно і спостерігалася лише в I групі. Апоптичний індекс в I групі вірогідно був вищий і становив $0,21 \pm 0,041\%$ проти $0,001 \pm 0,002\%$ в II групі.

Індекс накопичення цитогенетичних пошкоджень у новонароджених, хворих на неонатальний сепсис в групі ЗВМ в 2,6 рази достовірно більший, ніж у представників групи порівняння.

КОМОРБИДНОСТЬ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ ПО ДАННЫМ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Белых Н.А.¹, Блохова Е.Э.¹, Амелина В.В.¹, Долгова О.Ф.²
¹ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России
²ГБУ РО «Ряжская ЦРБ», г. Рязань, Россия

Актуальность. Избыточная масса тела и ожирение у детей и подростков являются одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения из-за высокого риска формирования хронической патологии.

Цель исследования. Оценить физическое развитие детей в возрасте 7-10 лет и 13-14 лет, определить спектр коморбидной патологии у детей с ожирением.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 203 ребенка, в т.ч. 127 в возрасте от 7 до 10 лет и 76 детей – 13-14 лет (87 мальчиков и 116 девочек) проживающих в Рязанской области. Антропометрию проводили в ходе профосмотров. Сведения о перенесенных заболеваниях фиксировали из историй развития ребенка. Дети были разделены на 2 группы: 1 гр. – 34 ребенка 7-10 лет и 15 детей 13-14 лет с избыточной массой тела и ожирением (Z-score ИМТ/возраст > +1 SD), 2 гр. – 91 ребенок 7-10 лет и 57 – 13-14 лет с Z-score ИМТ/возраст от -2 до +1 SD.

Результаты исследования. Среди обследованных детей избыточную массу тела и ожирение в младшем школьном возрасте имели 34 ребенка ($26,8 \pm 3,9\%$), в подростковом – 15 человек ($19,7 \pm 4,6\%$). Данная патология регистрировалась с одинаковой частотой у детей обоего пола ($\chi^2=1,94$, $p=0,16$). У детей с избыточной массой тела и ожирением выявлена более высокая частота полипатий. Как у млад-

ших, так и у старших школьников 1 группы количество диагнозов, приходящихся на 1 человека, превышало показатель детей 2 группы: в 7-10 лет – 2,56 против 2,04, в 13-14 лет – 3,27 и 2,22 соответственно. Несмотря на то, что у детей с 1 группы в младшем школьном возрасте изолированная патология встречалась чаще, чем у детей 2 группы, разница не была статистически значимой ($23,5 \pm 7,3\%$ против $38,5 \pm 5,1\%$, $p=1,005$). В то же время в подростковом возрасте большинство детей 1 группы имели полипатии, а изолированная патология регистрировалась только у $6,7 \pm 6,5\%$ против $28,1 \pm 5,9\%$ 2 группы ($p=0,02$). При этом, возрастная динамика распространенности патологии имела гендерные отличия. У мальчиков с ожирением и избыточной массой тела к подростковому возрасту распространенность патологии выросла на $27,3\%$ (с 2500,1 до 3181,8/1000), у девочек показатель оставался стабильным (2111,1 и 2000,3/1000). Однако среди девочек 7-10 лет 1 группы распространенность патологии на 45% превышала аналогичный показатель во 2 группе (2111,1 и 1451,0/1000). У мальчиков обеих 1 группы как в младшем школьном, так и в подростковом возрасте распространенность патологии превышала показатель детей 2 группы на $40,8\%$ и $50,7\%$ соответственно (2500,0 против 1775,0/1000 и 3181,8 против 2111,1/1000) и была в 1,5 раза выше аналогичного показателя у девочек 1 группы. В структуре патологии детей младшего школьного возраста 1 группы преобладали аллергические заболевания (аллергический ринит, бронхиальная астма и др.), инфекции мочевыводящих путей и нарушения психики и поведения (расстройства речевой артикуляции, синдром гиперреактивности с дефицитом внимания, снохождение). У старших школьников 1 группы преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы и ЖКТ.

Выводы. Физическое развитие большинства обследованных детей Рязанской области соответствует возрастным нормам. Однако, высокая частота избыточной массы тела и ожирения является фактором риска формирования хронической патологии с дальнейшим увеличением коморбидности, особенно среди мальчиков.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И УРОВНЕЙ СТРЕСС-РЕАЛИЗУЮЩИХ ГОРМОНОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ГИПОМЕНСТРУАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Беляева Е.Э., Кашкалда Д.А., Удовикова Н.А.

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

В исследованиях последних лет приводятся данные о коморбидности расстройств менструальной функции и психологических нарушений. Учитывая, что стресс является этиологическим фактором многих патологических состояний, характер взаимосвязей между уровнями стресс-реализующих гормонов пролактина (ПРЛ) и кортизола (К) с психологическими характеристиками девочек-подростков с гипоменструальным синдромом (ГМС) нуждается в уточнении.

Целью работы явилось изучение взаимосвязей между показателями психологических характеристик девочек-подростков с ГМС и уровнями пролактина и кортизола в их крови.

Обследовано 140 девочек 13-17 лет с ГМС. Уровни ПРЛ и К определяли иммуноферментным методом. Для определения психологических особенностей использовали шкалу самооценки тревожности Спилбергера-Ханина, Торонтскую алекситимическую шкалу (TAS-20), многомерную шкалу перфекционизма Хьюита-Флетта и копинг-тест Лазаруса. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ «Statgraphics Centurion».

При исследовании взаимосвязей гормональных показателей с психологическими характеристиками девушек с ГМС установлены положительные корреляционные связи средней плотности между уровнем ПРЛ и показателями ситуативной тревожности ($r=0,35$; $p<0,05$), самокритики ($r=0,39$; $p<0,02$), с уровнем перфекционизма, ориентированного на себя ($r=0,35$; $p<0,05$), а также отрицательная корреляционная связь средней плотности между концентрацией ПРЛ и показателем внешне-ориентированного мышления – одного из основных компонентов алекситимии ($r=-0,33$; $p<0,05$). Это указывает, что для больных с высоким уровнем ПРЛ характерно повышение психологического напряжения и эмоциональной реактивности в ситуации госпитализации, высокая требовательность к себе, большая самокритика, достаточная чувствительность и стремление разбираться в своих переживаниях.

Обнаружены положительные корреляционные связи содержания К с общим показателем алекситимии ($r=0,52$; $p<0,05$) и с интенсивностью проявлений копинг-стратегии самоконтроля ($r=0,65$; $p<0,05$), то есть больные с повышенным содержанием в крови К имели большие трудности в распознавании собственных переживаний и предпочитали преодолевать негативные переживания за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о тесном взаимодействии стресс-реализующих гормонов с параметрами психологического состояния девочек-подростков с гипоменструальным синдромом. Повышенный уровень пролактина сопровождается обостренной эмоциональной чувствительностью, а высокий уровень кортизола сопряжен с ограничением эмоциональной компетентности юных пациенток.

Больные с ГМС нуждаются в консультации не только детского гинеколога, но и психолога. Коррекция выявленных нарушений будет способствовать повышению их репродуктивного потенциала и улучшению качества жизни юных пациенток.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ВІТАМІНОМ D ТА ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ TLR ТА VDR (RS2228570)

**Березенко В.С., Лівшиць Л.А., Диба М.Б., Михайлюк Х.З., Ткалик О.М.,
Крат В.В., Резніков Ю.П.**

**Державна установа «Інститут педіатрії,
акушерства і гінекології імені академіка
О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ**

Інститут молекулярної біології і генетики НАН України, м. Київ

В останні роки все більше уваги приділяється дослідженню порушень обміну вітаміну D, ролі генетичних варіацій генів TLR4 та VDR у хворих на ХГ, як факторам, які можуть прискорювати прогресування патологічного процесу в печінці та негативно впливати на ефективність терапії.

Мета роботи. вивчити особливості перебігу хронічних вірусних гепатитів В і С у дітей залежно від рівня забезпеченості вітаміном D та від поліморфізму генів TLR та VDR (rs2228570)

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 20 дітей з ХГС та 20 дітей з ХГВ. Усім дітям проведено клінічні, біохімічні, серологічні, генетичні та морфологічні дослідження. Генетичні дослідження проводились з використанням спектрофотометру NanoDrop 1000 фірми NanoDropTechnologies.

Результати дослідження. Встановлено, що оптимальний рівень вітаміну D в сироватці крові мають лише 15% дітей хворих на ХГ, недостатність вітаміну D – 35%, дефіцит вітаміну D – 50%. За кількістю 25 (ОН) D в сироватці крові діти з ХГВ та ХГС не мали вірогідної різниці: у дітей з ХГВ медіана 25 (ОН) D в сироватці крові становила 19,8 [12,5-30,0] нг/мл, у дітей з ХГС – 21,9 [15,4-38,0] нг/мл відповідно, $p > 0,05$. Не встановлено відмінностей ступеня активності ХГВ та ХГС від рівня забезпеченості вітаміном D. Розподіл генотипів та алельних частот за поліморфним локусом +3725 G/C гена TLR4 (rs11536889) в групі дітей з різним ступенем ураження печінки виявив асоціацію між наявністю алеля С в генотипі індивіда та ризиком прогресуючого перебігу захворювання печінки. У дітей з ХГ та фіброзом печінки $\geq F2$ по METAVIR, незалежно від етіології, преvalюють генотипи GC та CC гену TLR4 (rs11536889). Встановлено, що частота носіїв алеля +3725C гена TLR4 в контрольній популяційній групі (0,187) є достовірно ($p < 0,05$) нижчою порівняно з групою пацієнтів з ХГС (0,4). Отримані результати вказують на зв'язок алеля +3725 С з ризиком бути інфікованим вірусом гепатиту С. У дітей з ХГ та стадією фіброзу печінки F2 в три рази частіше зустрічається несприятливий генотип CC за поліморфним локусом FokI (rs2228570, екзон 2, +30920 C > T) гена VDR.

Висновки. Встановлена залежність прогресування хронічного вірусного гепатиту В та С від варіантів поліморфізмів гену TLR4 (rs11536889) та VDR (rs2228570).

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПІДЛІТКІВ З ХАРЧОВОЮ ГІПЕРЧУТЛИВІСТЮ

**Березенко В.С., Богданова Т.А., Кретеvич М.С., Замула В.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна**

Мета дослідження. Вивчення стану слизової оболонки шлунка (СОШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК) у підлітків на фоні харчової гіперчутливості.

Матеріали та методи. Обстежено 86 дітей віком 12-17 років з верифікованою хронічною гастроуденальною патологією у періоді загострення. Хворі були розділені на дві групи: I-ша – пацієнти з хронічною гастроуденальною патологією на тлі харчової гіперчутливості 58,1% (n=50), II-га – з хронічною гастроуденальною патологією без харчової гіперчутливості 41,8% (n=36). Усім дітям проводили фіброезофогогастроуденоскопію (ФЕГДС) та біопсію слизової оболонки (СО) верхніх відділів травного каналу. Тканинні зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином. Гістологічну оцінку стану СО проводили за системою OLGA та Кіотським консенсусом. Діагностику Н.руlogі – гістологічним методом на мікропрепаратах. Статистична обробка отриманих результатів проводилася з використанням пакету програми SPSS 18,0. Різниця показників була розрахована за оцінкою критерію χ^2 Пірсона і вважалася достовірною при значенні $p < 0,05$.

Результати досліджень. Отримані дані свідчать, що за системою OLGA у 96% дітей обох груп мала місце 1 та 2 стадії атрофії слизової шлунка у, а у 8% – не виявлено проявів атрофії. У 30% досліджуваних було відсутнє запалення в СО шлунку, 1-ступінь запалення діагностовано у 38%, 2-га – у 30%, а 3 ступінь – у 2%. У підлітків з Н.рylori асоційованою гастродуоденальною патологією переважали запалення 2 і 3 ступеню. В антральному відділі шлунка у дітей обох груп були відмічені порушення рельєфу СО у вигляді вкорочення ямок і сплюснення валиків, явища периваскулярного набряку, повнокрів'я судин. У дітей обох груп переважала лімфо-плазмоцитарна інфільтрація СО, рідше – еозинофільна. За результатами морфологічного дослідження слизової шлунка та дванадцятипалої кишки достовірно частіше відмічалися зміни слизової оболонки ДПК у підлітків першої групи на відміну від підлітків другої групи. У них частіше виявлялися мікроерозії та ерозії слизової ДПК ($p = 0,004$; $\chi^2 = 7,94$), фіброз ($p = 0,04$), інфільтрацію еозинофілами ($p = 0,007$).

Висновки. Встановлено відмінності гістологічних змін СО шлунка та 12-палої кишки у дітей з харчовою гіперчутливістю. У цих хворих превають патологічні зміни СО дванадцятипалої кишки.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ РЕКУРЕНТНОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ В РАНЬОМУ ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Большот Ю.К.¹, Годяцька К.К.¹, Бордій Т.А.¹, Полуциганова Л.Г.²

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»,

м. Дніпро

² КЗ «Дніпровська МДКЛ №6» ДМР, м. Дніпро

Відомо, що гострий обструктивний бронхіт (ГОб) є другою за поширюваністю патологією органів дихання у дітей раннього віку, частота якої коливається в межах 25-30%, при цьому в третині випадків захворювання набуває рекурентного перебігу. З огляду на це особливий інтерес представляє вивчення прогностичних критеріїв формування рекурентного бронхообструктивного синдрому (БОС) на фоні гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ) у дітей перших трьох років життя.

Отже, метою нашого дослідження стало визначення найбільш інформативних клініко-анамнестичних, біохімічних предикторів розвитку рекурентного БОС у дітей раннього віку.

Матеріали та методи. Нами проведено обстеження 120 дітей віком від 6 місяців до 3 років з клінічним діагнозом «гострий обструктивний бронхіт», серед них I групу склали 60 дітей з епізодичним БОС (менше 3 епізодів протягом попереднього року) та II групу – 60 дітей з рекурентним БОС (3 і більше епізодів протягом попереднього року). Всім дітям проводили оцінку анамнестичних даних, загальне клінічне обстеження, лабораторні дослідження (визначення концентрації 25-гідроксिवітаміну-D (25(OH)D) в сироватці крові електрохемилюмінесцентним методом). При аналізі отриманих даних використовували непараметричні статистичні критерії. Різниця між показниками, що порівнювались, вважалась достовірною при $p < 0,05$. Для визначення факторів ризику розраховували показники відносного ризику (RR), 95% довірчого інтервалу (95% CI) і p -значення.

Результати та обговорення. Вивчення прогностичної значущості досліджуваних клініко-анамнестичних та біохімічних параметрів дозволило відокремити найбільш інформативні фактори ризику розвитку рекурентного БОС у дітей раннього віку. Згідно з отриманими результатами, максимальний ризик формування повторної бронхіальної обструкції відзначався в дітей віком понад 12 місяців (RR=3,136; 95% CI 1,107-8,885; $p=0,030$). За нашими даними, спадкова схильність до atopії, що достовірно частіше відзначалась в II групі, ніж в I (36,7% і 11,7% відповідно, $p=0,003$), майже вдвічі підвищувала ризик розвитку рекурентного БОС (RR=1,817; 95% CI 1,322-2,496; $p < 0,001$). Формуванню рекурентного перебігу БОС суттєво сприяло тютюнопаління матері під час вагітності та пасивне паління в ранньому дитячому віці (RR=1,470; 95% CI 1,015-2,129; $p=0,041$). Даний показник був достовірно вищим у дітей II групи, ніж в I групі (26,7% проти 10% відповідно, $p=0,034$). Рекурентні респіраторні інфекції (6 і більше епізодів на рік) в анамнезі значно підвищували ймовірність розвинення повторних епізодів БОС (RR=1,709; 95% CI 1,103-2,649; $p=0,016$). При вивченні особливостей рівня забезпеченості вітаміном D встановлено, що середній показник 25(OH)D в сироватці крові у дітей II групи відповідав критеріям дефіциту на відміну від I групи, в якій він був достатнім (13,68 (7,96; 19,51) нг/мл і 33,0 (28,19; 41,97) нг/мл відповідно, $p < 0,001$ за U-критерієм Манна-Уїтні). Розрахунок показників відносного ризику продемонстрував, що ризик виникнення рекурентного БОС у дітей перших трьох років життя у кілька разів підвищується за наявності дефіциту 25(OH)D в сироватці крові (RR= 4,347; 95% CI 2,752-6,866; $p < 0,001$).

Висновок. Таким чином, дефіцит вітаміну D наряду з віком пацієнтів понад 12 місяців, обтяженим сімейним алергоанамнезом, пасивним палінням, високою частотою гострої респіраторної патології є одним із значущих факторів ризику формування рекурентного БОС у дітей раннього віку.

СВОЄЧАСНА ДІАГНОСТИКА ПАНКРЕАТИЧНОЇ ЕКЗОКРИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ЦЕЛІАКІЇ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

Большова¹ О.В., Лукашук¹ І.В., Дмитришин² О.А.

¹ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», м. Київ

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Основними питаннями діабетології є діагностика, профілактика та лікування ускладнень цукрового діабету 1 типу (ЦД 1), а також ведення хворого з урахуванням поєднаної патології. Діти з ЦД 1 складають групу ризику виникнення целіакії (Ц). У хворих на ЦД 1 також діагностується панкреатична екзокринна недостатність (ПЕН). Діагностики ПЕН та Ц у дітей з ЦД 1 вивчено недостатньо.

Мета. Своєчасно діагностувати панкреатичну екзокринну недостатність та целіацію у дітей з ЦД 1.

Матеріали і методи. Обстежено 339 дітей у віці 3-17 років із ЦД 1: у 49 дітей діагностовано Ц на основі біопсії, HLA типування (DQ2 та DQ8) та серологічних тестів (антитіла до тканинної трансглютамінази, ендомізіальні антитіла). Діти з ЦД 1 та діагностованою Ц склали I групу: у 28 з уперше діагностованим ЦД 1 розпочали діагностику Ц (I-A група), а у 21 дитини – через 3 роки після діагностики ЦД 1 (I-B група). У 195 дітей віком 5-17 років з ЦД 1 визначали фекальну панкреатичну еластазу-1 (E-1) і у 65 верифікували діагноз ПЕН (II група): II-A – 34 дитини з ПЕН та вперше діагностованим ЦД 1, II-B – 31 дитина з ПЕН діагностованою через 1 рік після виявлення ЦД 1; 56 дітей з ЦД 1 (без ПЕН та Ц) склали групу порівняння (III група). Усі діти з ЦД 1 отримували інсулінотерапію. Дітей з верифікованим діагнозом Ц (I група) перевели на безглютенову дієту.

Результати дослідження. У 49 (14,5%) дітей з ЦД 1 діагностовано Ц, з них у 39 – атипову, у 10 дітей – типову Ц. Тривалість ЦД 1 на момент встановлення діагнозу Ц була різною (1-7 років): у перші 5 років Ц діагностували у 44 із 49 дітей I групи. Порівняльний аналіз тривалості ЦД 1 на момент встановлення діагнозу Ц у I-A групі та I-B групі виявив, що в I-A групі за перші 3 роки спостереження у 24 дітей було діагностовано Ц, і лише у 4 дітей Ц діагностували на 4-5 році, у той час у I-B групі за перші 3 роки спостереження у 2 дітей вже було діагностовано Ц, а у решти: у 14 – на 4-5 році, а ще у 5 дітей – понад 5 років. Отже, своєчасна діагностика Ц була в I-A групі. У I групі не встановлено суттєвих відмінностей глікемічного контролю та частоти тяжкої гіпоглікемії у співставленні з III групою.

У 65 (33,3%) дітей з ЦД 1 діагностовано ПЕН, із них у 23 – легкий ступінь, у 28 дітей – середній, у 14 – тяжкий ступінь. Тривалість ЦД 1 на момент виявлення ПЕН була різною (1-5 років): у перші 3 роки ПЕН діагностували у 25, у наступні 3-5 років – у 40 дітей II групи. Порівняльний аналіз тривалості ЦД 1 на момент встановлення діагнозу ПЕН у II-A та II-B групі виявив, що в II-A групі ПЕН діагностували у 3 дітей при тривалості ЦД 1 до 1 року, у 11 дітей – на 1-2 році, у 9 дітей – на 2-3 році, у 11 – на 4-5 році, у той час у II-B групі ПЕН виявляли у 5 дітей при тривалості ЦД 1 1-2 роки, у 15 дітей – на 2-3 році, у 11 дітей – на 4-5 році. У дітей з тяжким ступенем ПЕН були гірші показники глікемічного контролю і більша частота гіпоглікемії.

Висновок. Рекомендовано розпочинати виявлення Ц та ПЕН у дітей з уперше діагностованим ЦД 1 і в подальшому продовжувати діагностику щорічно в перші 4 роки.

«ЕВОЛЮЦІЯ» ПРИЧИН СМЕРТІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ... ЖЕРТВАМ ГОЛОДОМОРУ (1932–1933) ПРИСВЯЧУЄТЬСЯ

Боярська Л.М., Котлова Ю.В.

Запорізький державний медичний університет

Причини смерті дітей, особливо раннього віку, відображають не тільки стан розвитку медичних наук та медичних технологій, але і досягнення держави в питаннях охорони здоров'я, можливості суспільства в забезпеченні здоров'я матері та дитини. Смерть дітей раннього віку залежить від соціально-економічних, санітарно-гігієнічних і соціально-культурних умов життя родин. На превеликий жаль, населення України 30-х років ХХ сторіччя стало свідком, коли соціально-політичні амбіції мали жадливі нелюдські наслідки. Існують історичні документи про наявність в той період на території Сталінського району м. Запоріжжя державного закладу для утримання малюків молодшого віку, які залишились без батьків – дитячого сиротинця, де мали жити діти перших років життя. Першим про страшну статистику смертей дітей у цьому закладі сповістили директор обласного держархіву О. Тедеев та краєзнавець А. Пеньок, зацікавились науковці д.іст.н., проф. Ф. Турченко, З. Партико при складанні «Національної Книги пам'яті жертв Голодомору 1932-1933 р. в Україні. Запорізька область».

Мета дослідження. Вивчення причин смерті дітей в період 1932-1933 рр. за книгами реєстрації актів цивільного стану про смерть Державного архіву Запорізької області.

Матеріали та методи. Досліджено 11 томів реєстрації актів про смерть населення Сталінського району м. Запоріжжя за період 29.05.1932 по 30.12.1933 рр.. Проаналізовано 4575 записи, розташованих на 2 290 сторінках.

Результати дослідження. Встановлена загальна кількість зареєстрованих загиблих дітей – 1720 осіб за 580 днів, серед яких значна чисельність (788 (46%)) записів актів смерті дітей саме в дитячому сиротинці. Майже кожний п'ятий з усіх померлих (4575 людей) був дитиною з сиротинця. Серед померлих малюків сиротинця – 60% діти першого року життя, причому майже 90% серед цих – діти перших 6 місяців.

Констатували, що діагноз «Істощеніє» мали майже 30% діток. Решта з них (35%) померли від інфекційних хвороб шлунково-кишкового тракту, захворювань легенів (10%), інфекційного вірусного захворювання на кір (13%) і ще 12% — від інших захворювань. Діагноз «Нарушеніє пітанія» (біля 20 випадків) серед причин смерті почав з'являтися наприкінці 1932 р., в подальшому трансформувався в «Істощеніє», «Кахексія», «Гіпотрофія», «Атрофію до кісток», «Авітаміноз», «Острый безбілковий набряк», «Расстройство пітанія» (орфографія архіву документу). Порівнюючи частоту смертей дітлахів в сиротинці і в родинах, констатували, що в державному закладі сиротинця загибель від «Істощенія» та «Шлункової інфекції» була майже в п'ять разів більше, тоді як смерть від пневмоній, кору, «слабості при народженні» та інш. реєстрували з приблизно однаковою частотою.

Кількість загиблих малюків влітку 1933 р. (більше 120 смертей) перевищувала аналогічні показники за зимові, весняні місяці того ж року майже в 2,5 рази та була в 10 разів більшою ніж за весь 1932 р. Вивчаючи актові записи, натрапили на найстрашніші дні наприкінці липня (20-23.07.1933 р.): серед 360 свідоцтв по смерть половина документів була виписана саме дітям сиротинця.

Висновок. Знання про нелюдські страждання дітлахів, їх батьків, трагедію українських родин в Голодомор 1932–1933 рр. на Землі нашій не може залишити байдужими. Ми стаємо інакшими. Пам'ять про Жертви Голодомору – це щирість та людяність кожного з нас в сьогоднішні та щодня. Пам'ятаємо...

СУЧАСНІ МЕТОДИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

**Боярська Л.М., Дмитрякова Г.М., Котлова Ю.В.
Запорізький державний медичний університет**

Конкурентоспроможність фахівців в сфері охорони здоров'я, а саме лікарів-педіатрів, є актуальним викликом сьогодення. Прийняття клінічно зважених рішень, орієнтованих на сучасні методи дослідження та лікування дітей, базованих на світових протоколах доказової медицини, – основна мета навчання лікарів-інтернів на післядипломному етапі.

За різним ступенем активної участі інтернів в навчально-пізнавальній діяльності при засвоєнні нової інформації методи навчання підрозділяють на активні та пасивні.

Традиційне пояснювально-ілюстративне навчання у вигляді лекції робить позицію лікаря інтерна цілком залежною від лектора. За даними літератури та нашої практики ефективність засвоєння знань не перевищує 5% наданої інформації. Для підвищення ефективності використовуємо проблемне викладання у бінарному стилі – двома доповідачами різними за фахом, викладання ілюстрованих випадків з клінічної практики, в яких надається вирішення клінічної задачі та літературний огляд за нозологічними формами диференційного діагнозу, що не може не зацікавити фахівця.

Для оволодіння основами клінічного мислення та розширення клінічного досвіду інтернів на кафедрі дитячих хвороб впроваджені активні методи навчання (АМН), які спонукують до активного діалогу з викладачем. АМН – це навчання діяльністю. В арсеналі кафедри дитячих хвороботворчі завдання інтернам, навчальні ігри (рольові, ділові, освітні), соціальні проекти роботи з підлітками, впроваджені щотижневий розбір ситуацій з практики, які готують самі інтерни під керівництвом викладачів, проведення моноконференцій, що висвітлюють складні та дискусійні проблеми та теж готуються лікарями-інтернами.

При підготовці і проведенні практичних та семінарських занять втілений метод комбінаційного навчання, при якому використовується самостійна підготовка лікарів-інтернів та викладання тем «кейс-методом». Створені електронно-навчальні програми на базі платформ MOODL та EDX з набором інтерактивних лекцій, використанням і аналізом відео-, аудіо- матеріалів та тестовим контролем їх засвоєння. Викладач при цьому повинен методологічно якісно організувати самостійну роботу інтернів та контролювати її виконання. Практичне застосування набутих знань лікар-інтерн має реалізувати впродовж практичного заняття з «кейс-методом» викладання. Викладачі створюють умови для творчості, особистісного розвитку, формують самостійність і розуміння особистої відповідальності кожного майбутнього лікаря за своє навчання. Така організація навчального процесу змушує інтернів активно набувати, переробляти і реалізовувати професійні знання для вирішення клінічної задачі, яка представлена в дидактичній формі з імітаційним моделюванням. Комбінований метод створює умови для ініціативи інтернів, забезпечує успішну групову комунікацію. Це забезпечує об'єктивно суттєво кращі, в порівнянні з традиційними методами, результати навчання практичної діяльності.

При навчанні лікарів-інтернів для кращого засвоєння медичних знань та надбання практичних навичок доцільно використовувати поєднання традиційного пояснювально-ілюстративного з активними та інтерактивними методами викладання. Співробітництво професорсько-викладацького складу кафедр та їх вихованців є дієвою активною формою навчання.

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Будрейко О.А., Чумак С.О., Кирилова О.О., Нікітіна Л.Д., Юдченко О.І.
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків

Цукровий діабет (ЦД) 1 типу залишається одним з найбільш соціально значущих захворювань через високий ступінь інвалідації хворих та необхідність забезпечення їх комплексним високотехнологічним лікуванням. Однак, підтримка оптимального рівня компенсації хвороби потребує обов'язкової участі пацієнта та його родини в керуванні власною хворобою, що неможливо без необхідного рівня мотивації до здійснення самоконтролю діабету.

Метою дослідження стало удосконалення технології медичного супроводу дітей та підлітків, хворих на ЦД 1 типу.

В результаті комплексного клініко-психологічного обстеження 150 дітей та підлітків із ЦД 1 типу встановлено, що важливим фактором підвищення якості лікування дітей, хворих на ЦД 1 типу, є застосування новітніх технологій інсулінотерапії та моніторингу глікемії на тлі диференційованого терапевтичного навчання, що сприяло довгостроковому поліпшенню компенсації захворювання у 75,0% дітей з зниженням рівня середнього рівня глікованого гемоглобіну (HbA_{1c}) з 10,8% до 8,2%.

Ефективність застосування інноваційних методів інсулінотерапії вірогідно зростала за умови візуалізації даних моніторингу глікемії (постійний моніторинг глікемії у реальному часі на тлі помпової інсулінотерапії) та регулярного періодичного навчання з самоконтролю для забезпечення необхідного його рівня. Ультразвукове дослідження місць ін'єкцій доцільно регулярно застосовувати як метод ранньої діагностики ліподистрофій та використовувати як додатковий фактор мотивації через візуалізацію проблеми, що особливо важливим є в дитячому віці. Серед хворих підлітків, які застосовують новітні методи інсулінотерапії та моніторингу глікемії, найбільш суттєвими факторами прихильності до лікування визначені краще володіння ситуацією щодо контролю коливань глікемії (у 95,0%), зменшення кількості гіпоглікемій та страху їх настання (у 55,0%), досягнення емоційної та психологічної рівноваги (у 67,0%).

Встановлено основні чинники, що впливають на формування та підтримку мотивації до самоконтролю у підлітків із ЦД 1 типу: комплаєнтність пацієнта, локус-контролю здоров'я, особистісні особливості (тривожність, інфантильність, низька самооцінка, невпевненість у собі, фрустрованість), поведінкові особливості (імпульсивність, стратегії поведінки в ситуації хвороби), життєва перспектива (уявлення про власне майбутнє), інтелект (розуміння причинно-наслідкових зв'язків).

Отримані результати були використані для оцінки установок на лікування та визначення структури мотивації особистості хворого в ситуації хронічного ендокринного захворювання шляхом створення пакету психодіагностичних інструментів. Доведено, що медичний супровід хворого на ЦД потребує якісної та кількісної оцінки мотивації до самоконтролю хвороби з урахуванням стану глікемічного контролю пацієнтів дитячого віку. Так, за умови оптимального глікемічного контролю характерною є мотивація, спрямована на довгострокове майбутнє, субоптимального глікемічного контролю – мотивація спрямована на короточасне майбутнє, а для підлітків із глікемічним контролем високого ризику характерним є перекидання відповідальності контролю за власною хворобою з себе на лікарів, майже у половини виявлено наявність бажання отримати вторинний вигравш від захворювання у вигляді надмірної турботи та наявність настанови на заняття пасивної позиції в процесі формування самоконтролю діабету.

ОБ'ЄКТИВНИЙ СТРУКТУРОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ЕКЗАМЕН В ПРАКТИЦІ ОЦІНЮВАННЯ ПРОПЕДЕВТИЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ У СТУДЕНТІВ НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Бурлака Є.А., Качалова О.С., Глебова Л.П., Корнієнко А.Б., Бурлай В.Г.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра педіатрії №4

Об'єктивний структурований клінічний екзамін – ОСКІ (Objective Structured Clinical Examination, OSCE, англ.) – сучасна форма оцінювання знань студентів вищих медичних закладів освіти, який базується на оцінці виконання практичних завдань. Метою проведення даного формату екзамена є оцінка клінічної компетенції кандидатів.

Під час проведення ОСКІ кандидати спостерігають та оцінюють певні клінічні ситуації, виконують практичні навички, призначають і оцінюють лабораторні та інструментальні обстеження. Загальноприйнятим форматом проведення ОСКІ є проходження студентів через серію станцій, де відбувається поетапне виконання поставлених задач.

Даний формат екзамена вперше запроваджений у кінці 70-х років минулого століття в США. В 90-х роках ОСКІ було впроваджено у Великій Британії. Даний принцип іспиту зараз використовується в вищих медичних закладах ЄС, Австралії, Канади, Нової Зеландії.

У 2018 р. вперше дана практика (ОСКИ-1) була використана для оцінки навичок з пропедевтичної педіатрії у студентів медичного факультету №3 Національного медичного Університету імені О.О. Богомольця. Загалом організовано 12 станцій, серед яких антропометрія дітей молодшого віку, де студенти проводили вимірювання основних антропометричних показників фізичного розвитку дитини та проводили оцінку запропонованого показника за методом центильних стандартів.

Таким чином, запровадження практично орієнтованого екзамена у форматі ОСКИ є ефективним кроком в стандартизації підходів викладання пропедевтичної педіатрії та проведення оцінки рівня клінічної компетенції студентів.

ЄВРОПЕЙСЬКИ ТРЕНДИ У РОЗВИТКУ ПЕДІАТРІЇ

Волосовець О.П., Кривопустов С.П., Бекетова Г.В., Крючко Т.О., Абатуров О.Є.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

З 7 по 10 червня 2017 року у м. Бухарест (Румунія) проходив VIII Європейський Конгрес дитячих лікарів EUROPAEDIATRICS 2017 спільно з Конгресом Румунської асоціації педіатрів, у якому взяли участь 1825 учасників з 53 країни світу, зокрема й делегація вчених від України. У виступах провідних вчених Європи було вказано на необхідність співпраці фахівців у сфері охорони здоров'я дитинства в різних країнах континенту щодо поліпшення якості надання медичної допомоги дітям. Саме тому Europaediatrics Congress проходив під девізом «Педіатрія будує мости по всій Європі». Основна доповідь директора департаменту материнства, неонатальної та дитячої охорони здоров'я ВООЗ, професора Anthony Costello була присвячена наступним питанням реалізації глобальної стратегії захисту дітей в Європі: боротьба із соціально-значущими та інфекційними хворобами, ожирінням та діабетом у дітей, важливість пропаганди здорового способу життя, підтримка грудного вигодовування, розвиток фітотерапії з доведеною ефективністю, імунопрофілактика та раціональне харчування, стримування антибіотикорезистентності тощо.

На чисельних пленарних та секційних засідання і панельних дискусіях EUROPAEDIATRICS 2017 учасники представили низку цікавих виступів щодо міжнародних стандартів лікування дитячих хвороб на засадах доказової медицини. Значна увага приділялася питанням дитячої алергології, пульмонології, діабетології, онкогематології та гастроентерології. Особливий акцент був зроблений на питаннях удосконалення та якості неперервної педіатричної освіти, яка є обов'язковою у більшості країн континенту та активно контролюється асоціаціями дитячих лікарів.

Як приклад, у Великобританії сімейний лікар отримує право проводити педіатричний прийом тільки після двоохрічної спеціалізованої післядипломної підготовки з дитячих хвороб. За прикладом країн ЄС ми пропонуємо після проходження додипломної підготовки направляти майбутніх лікарів-педіатрів до трьохрічної інтернатури при великих університетських лікарнях та клініках. А наступним кроком спеціалізації буде проходження двоохрічної резидентури за «вузькими» педіатричними спеціальностями. У різних національних системах охорони здоров'я застосовуються відмінні підходи до надання медичної допомоги дітям, проте у третині країн Європейського континенту медичну допомогу дітям надають саме лікарі-педіатри, а у 50% країн ЄС – це спільна робота для педіатрів та родинних лікарів.

Саме таку модель з постійним підвищенням якості неперервного професійного розвитку лікарів має обрати й Україна, про що на Конгресі говорилось у доповіді українських вчених «Paediatric education in Ukraine». Велику зацікавленість учасників Конгресу викликала доповідь українських вчених щодо профілактики респіраторної патології та особливостей перебігу уражень слизової оболонки порожнини рота у ВІЛ-інфікованих дітей. Europaediatrics Congress у Бухаресті став тим простором знань, на якому дитячі лікарі об'єдналися у єдину європейську родину задля відстоювання інтересів дитинства та розвитку педіатричної освіти та практики. Наступний IX EUROPAEDIATRICS відбудеться у червні 2019 року у м. Дубліні (Ірландія).

МЕДИЧНІ НАСЛІДКИ АВАРІЇ НА ЧАЕС ТА НОВОУТВОРЕННЯ У ДІТЕЙ

Волосовець О.П.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Україна знаходиться у загальносвітовому тренді зростання кількості новоутворень у дітей. Особливо зазначена ситуація загострилась після аварії на ЧАЕС.

Вивчаючи тренди останніх двох десятиріч у захворюваності на новоутворення та поширеності новоутворень серед дитячого населення областей України (Вінницькій, Волинській, Івано-Франківській, Київській, Рівненській, Сумській, Чернігівській та Черкаській), які були найбільш забрудненими у результаті аварії на ЧАЕС, та де проживає найбільша кількість дітей, які постраждали внаслідок аварії

на ЧАЕС, нами було відмічено, що показники захворюваності дитячого населення на новоутворення та їх поширеність були вищими загальнодержавних, за винятком показників поширеності пухлин у дітей Житомирської області та захворюваності на новоутворення у дітей Волинської та Чернігівської областей.

У цілому протягом 1994-2017 рр. в Україні звертає на себе увагу серед інших класів хвороб найвищий темп приросту захворюваності дітей на новоутворення (+162,3%) паралельно із зростанням поширеності новоутворень у дитячого населення (+211,7%). Зазначений тренд, вочевидь, буде зберігатися у динаміці найближчих років на відміну від поширеності інших класів хвороб дитячого населення, зокрема і у областях з територіями радіоекологічного контролю.

За останні два десятиріччя різниця у захворюваності на новоутворення між дітьми з областей з ТРК та іншими областями збільшилась до 36,6%, а у порівнянні із загальнодержавним показником різниця зросла на 23,5%. Звертає на себе увагу найвище збільшення захворюваності та поширеності саме новоутворень на забруднених територіях разом із хворобами ендокринної системи, хворобами системи кровообігу тощо.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України у 2017 році було виявлено 25,1 тисяч нових випадків новоутворень, що складає 3,3 на 1000 дітей. Серед лідерів – Сумська обл. (7,82 на 1 тис.), Харківська (6,38), Черкаська (4,76), Полтавська (4,50), Вінницька (4,49), Кіровоградська (4,29), Житомирська (3,60), Донецька (3,49), Закарпатська (3,48), Івано-Франківська (3,4), Рівненська (3,92), Київська (3,47), Волинська (2,93), Дніпропетровська (3,58) області. Найменше ж виявлення випадків новоутворень у Чернівецькій, Тернопільській, м. Києві, Чернігівській, Запорізькій, Одеській областях. Показник смертності від новоутворень дітей, потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС, перевищував загальнодержавний показник смертності дітей від злоякісних новоутворень включно до 2010 року. Потім спостерігалась зворотня динаміка, а у 2016 році смертність від новоутворень дітей, потерпілих від аварії на ЧАЕС, знову дещо перевищувала загальнодержавний показник.

Динаміка щодо захворюваності та поширеності новоутворень у дітей з областей з територіями радіоекологічного контролю свідчать щодо продовження протягом останніх років процесу накопичення негативного потенціалу відносно стану їх здоров'я, що пов'язана із комплексом несприятливих соціальних, екологічних та економічних чинників і не дозволяє виключити радіаційний фактор у комплексному подовженому негативному впливі забрудненого довкілля на дитячий організм. Зазначене вимагає продовження профілактичних медико-соціальних заходів щодо дитячого населення, яке потерпіло внаслідок аварії на ЧАЕС та проживає на забруднених внаслідок аварії територіях.

ВПЛИВ ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВОГО ДОВКІЛЛЯ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

**Волосовець О.П., Кривопустов С.П., Кузьменко А.Я., Прохорова М.П.,
Логінова І.О., Мозирська О.В., Скварська О.О., Черній О.Ф.,
Ковальчук О.Л., Хоменко В.Є., Ємець О.В., Острополець М.С., Грищенко Н.В., Царева Н.М.,
Шевцова Т.І., Салтанова С.Д., Слюсар Н.О., Каруліна Ю.В., Рогальова К.Д.,
Ажипа О.А.**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

У останні 22 роки спостерігається зростання захворюваності за усіма класами хвороб як у дітей із областей з територіями радіоекологічного контролю, так і у дитячого населення з інших областей. Натепер в областях з ТРК відзначається висока захворюваність дитячого населення, що за винятком показників Рівненської, Вінницької, Волинської та Сумської областей, переважає відповідні показники у областях із високими рівнями захворюваності дитячого населення, які не мають територій радіоекологічного контролю. Проте, показники поширеності хвороб у дитячого населення з областей з радіоактивними територіями (далі – ТРК) перевищували відповідні показники у дітей з інших областей. Різниця складала +23,24% на користь показників поширеності хвороб у дітей з областей з ТРК.

У порівнянні із показниками по країні у цілому різниця була також на користь показників поширеності хвороб у дітей з областей з територіями радіоекологічного контролю +15,3%. У цілому ж поширеність хвороб у дитячого населення країни за останні 24 роки зросла на 39,5%. Якщо у 1994 році вона становила 1253,0 на 1000 дітей, то нині – 1747,67 на 1000 дітей відповідного віку. Так само на 33,6% зросла і захворюваність – від 967,0 на 1000 дітей до 1291,69 на 1000 дітей відповідно.

Захворюваність дитячого населення, яке проживає у областях з радіоекологічними територіями, зросла від 455,4 до 1471,93 на 1000 дітей, тобто майже у 3,2 рази. Одночасно зростала серед дитячого населення з областей з ТРК і поширеність хвороб з 786 на 1000 дітей у 1987 році до 2052,69 у 2016 році – у 2,6 рази. Показники малюкової смертності у Чернігівській, Житомирській, Черкаській та Рівненській областях, де спостерігається найбільша кількість територій радіоекологічного контролю та проживає дітей, які зазнали негативного впливу аварії на ЧАЕС, перевищували загальнодержавний показник. Різниця у показниках захворюваності між дитячим населенням з областей з ТРК та дітьми з іншими областями збільшилась на

80,3%, а у порівнянні із загальнодержавним показником різниця зросла на 66,8%. Звертає на себе увагу найвище збільшення захворюваності та поширеності новоутворень, хвороб ендокринної системи, хвороб кровообігу, хвороб сечової системи, хвороб кістково-м'язової системи, уроджених аномалій, деформацій та хромосомних аномалій, хвороб вуха та соскоподібного відростка та хвороб органів дихання. Аналізуючи показники захворюваності дитячого населення України, слід зазначити, що найчисленнішою групою хвороб стабільно залишаються хвороби органів дихання, в основному за рахунок гострих респіраторних захворювань та грипу.

На перших місцях за сумою рангових місць щодо захворюваності окремими класами хвороб, причинний зв'язок із аварією на ЧАЕС встановлений згідно з чинним законодавством, знаходяться Житомирська, Черкаська, Рівненська та Івано-Франківська області, лідерство яких обумовлене високими показниками захворюваності на хвороби ендокринної системи, розлади психіки, новоутворення, хвороби органів травлення, хвороби органів дихання та органів кровотворення. Це ще раз свідчить про переважне зростання захворюваності та поширеності дитячих хвороб у областях з ТРК, де діти зазнають подовженого у часі негативного впливу низки факторів, зокрема й довгоживучих радіонуклідів у комплексі з важкими металами, електромагнітним опроміненням, пестицидами, сірководнем, сполуками азоту тощо.

ДИНАМІКА ЗМІН ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ КРАЇНИ ХВОРОБАМИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ ТА ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Волосовець О.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Стан здоров'я населення у більшості країн, в тому числі і в Україні, визначають за показниками хронічних неінфекційних захворювань. Серед них кардіологічна патологія за поширеністю займає перше місце, викликаючи до 37% випадків смерті працездатного населення у світі. Враховуючи те, що більшість хвороб системи кровообігу (ХСК) починаються у дитячому віці, питання їх своєчасної діагностики та адекватної терапії на засадах доказової медицини не підлягає сумніву і є одним з основних завдань для дитячих та родинних лікарів. Захворюваність на хвороби системи кровообігу у 2017 році становила 55 458 нових випадків ХСК або 72,8 на 10 тис. дітей, що є дещо меншою ніж у 2016 р. – 59,7 тис. або 78,5 на 10 тис. дітей. 2217 випадків ХСК зареєстровано у дітей першого року життя, тоді як у минулому році ХСК були виявлені у 2316 немовлят. За останні 24 роки захворюваність на хвороби системи кровообігу збільшилась на 178,4% із прискореним зростанням захворюваності у областях з територіями радіо-екологічного контролю у порівнянні з іншими областями.

Поширеність ХСК серед дітей 0-17 років у 2017 році склала 247,9 тисяч випадків серцевих хвороб (у 2016 – 257,0 тисяч випадків) або 325,6 на 10 тис. дітей. Помірне зменшення цих показників протягом останніх років можливо пов'язане із зменшенням кількості дитячих лікарів та зменшенням настороги педіатрів та родинних лікарів щодо діагностування хвороб системи кровообігу. Нині питома вага ХСК складає 2,02% від загальної кількості хвороб дитячого віку із щонайбільшим виявленням у підлітків. Найвищі рівні захворюваності на ХСК спостерігаються у Харківській (162 на 10 тис. нас.), Рівненській (133,3), Івано-Франківській (116,3), Луганській (112,2), Житомирській (109,1), Миколаївській (103,4), Черкаській (101,1), Полтавській (98,3) областях. В Україні недостатній рівень виявлення дітей з есенціальною гіпертензією – 2843 випадків або 3,7 на 10 тис. дітей (у 2016 р. – 2715), з яких 871 випадків хвороби виявлено уперше. У 2017 році було усього зареєстровано 50743 дітей з неревматичними ураженнями клапанів або 66,5 на 10 тис. населення (у 2016 р. – 52 746 дітей). Продовжує зменшуватись виявлення гострої ревматичної гарячки, що була діагностована лише у 76 дітей (1 випадок на 100 тис. дітей) проти 116 випадків у 2016 році, при лише 28 нових випадках. У 2017 році мало не змінилась кількість дітей з інвалідністю внаслідок ХСК, що складає 1478 осіб. Під диспансерним спостереженням знаходиться тільки 75,4% (у 2016 р. – 77,7%) дітей з хронічними ревматичними ураженнями серця та 87,1% (у 2016 р. – 86,4%) дітей з вродженими вадами серця (далі – ВВС).

В Україні спостерігається зростання поширеності ВВС у дітей. У цілому в країні нараховується 68 374 дітей з ВВС, що складає 89,8 випадки на 10 тис. дітей (у 2016 р. – 66391 або 84,3 на 10 тис. дітей). У 2016 році вперше було виявлено 9937 випадків ВВС або 13 на 10 тис. дітей, що дещо менше ніж у 2016 році – 10 134. З них 4606 випадків або 130,0 на 10 тис. дітей виявлені у дітей першого року життя, що дещо менше у порівнянні з 2016 роком, коли вперше було виявлено 4995 випадків ВВС. Найбільше виявляється ВВС у дітей з: Харківської (29,5 на 10 тис. дітей), Вінницької (29,3), Київської (23,4), Запорізької (22,5), Дніпропетровської (16,5), Херсонської (14,1), Рівненської (15,1), Кіровоградської (138,0) та Житомирської (134,0) областей.

Зазначене потребує створення відповідних державних і регіональних програм щодо діагностики, профілактики та лікування ХСК та ВВС шляхом створення мережі регіональних дитячих кардіоревматологічних центрів.

ЗАТЯЖНИЙ БАКТЕРІАЛЬНИЙ БРОНХІТ ЯК СУЧАСНА ПРОБЛЕМА КЛІНІЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ

**Волосовець О.П., Кривоустов С.П., Мозирська О.В.,
Купкіна А.В., Щербинська К.М., Кривоустова М.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Київська міська дитяча клінічна лікарня №7**

Кашель є одним з поширених симптомів різноманітних уражень дихальних шляхів. Є різні підходи до визначення хронічного кашлю, у педіатрії частіше він визначається як такий, що триває понад 4 тижні. Як відомо, за характером виділення мокротиння кашель поділяється на сухий та вологий, останній обумовлений секретом, що накопичується в дихальних шляхах.

Однією з причин хронічного вологого кашлю у дітей є затяжний бактеріальний бронхіт (Protracted Bacterial Bronchitis), що вперше був описаний Marchant J.M. et al. у 2006 р. Він не включений до МКХ-10, однак включений до проекту МКХ-11 й до багатьох національних клінічних рекомендацій щодо лікування кашлю у дітей (Gibson P.G. et al., 2010; Leconte S., et al., 2017).

За Chang A.B. et al. (2017) для встановлення затяжного бактеріального бронхіту необхідна наявність хронічного вологого кашлю більше 4 тижнів, відсутність симптомів або ознак інших хронічних захворювань легенів, відчутний ефект від 14 днів лікування антибіотиками та наявність при бронхіальному лаважі в секреті бронхів >10⁴ КУО/мл бактерій.

Поширеність затяжного бактеріального бронхіту серед випадків вологого кашлю у дітей за даними різних дослідників сягає від 12,2% до 75,8%, причому хлопчики хворіють частіше, ніж дівчатка (Usta Guc B., et al., 2014; Wang Y. et al., 2015).

Щодо етіології, то у огляді European Respiratory Society (2017) зазначено, що основними збудниками затяжного бактеріального бронхіту є Haemophilus influenzae (38–81%), Streptococcus pneumoniae (16–39%), Moraxella catarrhalis (19–51%), Staphylococcus aureus (6–22%). Narang R. et al. (2014) зазначають, що за результатами бронхоскопії у 39% випадків є наявність одночасно двох або більше збудників.

Клінічно зазвичай ці діти не мають значної бронхообструкції. Тим не менш, може спостерігатись подовження видиху, якщо у дитини рясні виділення секрету (Qumar K., et al., 2017). Рентгенографія грудної клітки зазвичай є нормальною або демонструє перибронхіальні зміни. Показники спірометрії в межах норми (Kantar A., et al., 2017). Аналіз крові частіше не містить відхилень від норми.

Підтвердженням діагнозу є наявність при бронхіальному лаважі в секреті бронхів > 10⁴ КУО/мл бактерій (Chang A.B., et al., 2017). Проте, як зазначають Ishak A., Everard M.L. (2017), кількісна оцінка цих результатів може бути недостатньою, виходячи з того, що присутня хронічна ендобронхіальна бактеріальна інфекція, при якій значна частина бактерій знаходиться у складі біоплівки.

Клінічний діагноз затяжного бактеріального бронхіту встановлюється виключенням іншої патології, такої як муковісцидоз, первинна цилиарна дискінезія або аспірація чужорідного тіла (Kantar A., et al., 2017). Це обґрунтовує перелік відповідних методів обстеження під час диференційної діагностики.

Без сумніву, потрібно подальше вивчення зазначеної патології, ознайомлення з нею відповідних фахівців, впровадження стратегій запобігання як гіпо-, так і гіпердіагностики затяжного бактеріального бронхіту у дітей та використання раціональних схем його лікування.

ОПТИМІЗАЦІЯ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ У ДІТЕЙ

**Волосянко А.Б., Моїсеєнко О.В.
Івано-Франківський національний медичний університет**

В оновлених настановах ESPGHAN 2016 розроблено нові показання до антигелікобактерної терапії (АГБТ) у дітей з хронічним гастритом (ХГ), що базуються не лише на Н. pylori-інфікуванні, а і на клінічних даних для встановлення основного чинника. Продовжується оптимізація АГБТ з використанням ад'ювантної складової (пробіотики, імуномодулятори та вітамін D) та розробка нових схем АГБТ, у тому числі послідовної АГБТ (ПАГБТ) на основі препарату вісмуту.

Мета дослідження. Оптимізувати ПАГБТ на основі препарату вісмуту з включенням препарату вітаміну D та з урахуванням СаgА-статусу.

Обстежено 136 дітей з ХГ у стадії загострення у віці 7-17 років, із них 116 отримували 4 різні схеми АГБТ (I група): I-1(л) група (n=32) – модифікована схема ПАГБТ на основі препарату вісмуту: спочатку 5-денний подвійний комплекс (препарат вісмуту + амоксицилін), а в подальшому 5-денний потрійний комплекс (препарат вісмуту + амоксицилін + кларитроміцин), тривалість курсу – 10 днів; I-2(л) група (n=26) – стандартна потрійна семиденна АГБТ (лансопрозол + амоксицилін + кларитроміцин); I-3(л) група (n=26) – ана-

логічна схема ПАГБТ на основі препарату вісмуту з включенням ад'ювантної складової у вигляді препарату вітаміну D 3000 МО/доба впродовж двох тижнів; I-4(л) група – аналогічна схема стандартної потрійної семиденної АГБТ + вітамін D. Групу порівняння (II група) склали 20 дітей з ХГ, індукованим *H. pylori*, які не отримували АГБТ; їм призначали вітамін D та патогенетичне лікування. Контроль ефективності АГБТ оцінювали за результатами stool-тесту.

Результати дослідження. У I групі АГБТ була ефективною у 93 (80,2%) дітей: показник успішної ерадикації *H. pylori* становив: у I-1(л) групі – 84,4%, у I-2(л) групі – 76,9%, у I-3(л) групі – 92,9%, у I-4(л) групі – 80%. Співставлення показника ерадикації *H. pylori* у I-1(л) та I-2(л) групі виявило, що він перевищує пороговий рівень у дітей, що лікували ПАГБТ на основі препарату вісмуту. Крім того, у дітей з *СagA*«+»-статусом показник успішної ерадикації *H. pylori* був значно вищим у порівнянні з *СagA*«-»-статусом. Співставлення показника ерадикації *H. pylori* I-1(л) та I-2(л) з таким у I-3(л) та I-4(л) групі, останні отримували ад'ювантну складову у вигляді препарату вітаміну D, виявило, що він суттєво підвищувався і у дітей з *СagA*«-»-статусом, що лікувалися з включенням препарату вітаміну D.

Висновок. У дітей з хронічним гастритом, індукованим *H. pylori* *СagA*«+», оптимальний показник успішної ерадикації *H. pylori* забезпечує 10-денна послідовна антигелікобактерна терапія на основі препарату вісмуту, а у дітей з хронічним гастритом, індукованим *H. pylori* *СagA*«-», доцільно використовувати зазначену схему в комплексі з ад'ювантною складовою у вигляді препарату вітаміну D.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ ВІКОМ 1-6 РОКІВ

Волошин О.М., Осичнюк Л.М., Донцова К.М., Чумак О.Ю.
Державний заклад «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) продовжують залишатися найчастішою та найактуальнішою причиною захворюваності дітей. До того ж у дітей їх частота у 1,5-3 рази перевищує аналогічний показник серед дорослих осіб. Особливої уваги потребують діти молодшого віку, у яких ГРІ часто повторюються та мають затяжний і/або несприятливий перебіг. Згідно відомостей статистики, у них частка ГРІ складає близько 65% від усіх захворювань, оскільки частіше хворіють саме діти, які відвідують організовані дитячі колективи і, зазвичай, в осінньо-зимовий період року (Крючко Т.О. та співавт., 2014). Натепер існує багато неоднозначних та суперечливих думок серед науковців та лікарів практичної медицини щодо пріоритетності факторів, що зумовлюють часті ГРІ у дітей. У джерелах літератури, насамперед, підкреслюється значущість таких чинників, як вікові особливості імунної відповіді, відвідування організованих дитячих колективів, схильність до atopічних реакцій, куріння батьків, присутність несприятливих перинатальних та екологічних факторів, необгрунтоване використання антибактеріальних засобів в анамнезі, нераціональне харчування тощо (Беш Л.В., Мацюра О.І., 2012). Отже, поетапний системний підхід у дослідженні потенційних причин частих ГРІ у дітей молодшого віку у поєднанні з їх кластерним аналізом є вельми актуальним завданням педіатричної науки і практики. У цих тезах містяться клінічні результати початкового етапу означеного напрямку наукових досліджень.

Мета роботи. З'ясувати стан взаємозалежності між віком обстежених дітей та виявленими у них окремими клінічними ознаками ГРІ.

В межах клінічного дослідження, проведеного на базі дитячого соматичного відділення центральної міської лікарні (м. Рубіжне) протягом 2017-2018 р.р., обстежено 40 дітей (16 хлопчиків та 24 дівчинки) віком 1-6 років, які були госпіталізовані з приводу наявної у них ГРІ. При цьому структура ГРІ за рівнем ураження дихальних шляхів була наступною: ринофарингіт (3 (7,5%)), фаринготрахеїт (8 (20,0%)), ларинготрахеїт (4 (10,0%)), бронхіт (15 (37,5%)) та обструктивний бронхіт (10 (25,0%)). У кожній обстеженій дитині нами враховувалися, насамперед, такі ознаки, як кількість днів від початку захворювання до госпіталізації, найвище значення температури тіла до початку лікування у лікарні, тривалість перебування на стаціонарному лікуванні, а також загальна кількість захворювань на ГРІ за попередній рік. Встановлено, що найчастіше діти госпіталізувалися в перші 3 доби від початку захворювання (25 (62,5%)), а на догоспітальному етапі найчастіше (17 (37,5%)) серед інших реєструвалась субфебрильна температура тіла. Тривалість стаціонарного лікування у діапазоні 6-10 днів (21 (52,5%)) виявилася найбільш типовою. Щодо кількості захворювань на ГРІ за попередній рік, то найчастішими варіантами серед інших були 4 (16 (40,0%)) та 5 (7 (17,5%)) таких випадків. За допомогою рангового кореляційного аналізу зафіксовано наявність досить тісного негативного зв'язку між віком обстежених дітей, з одного боку, та найвищим значенням температури тіла до початку лікування ($\rho = -0,54$; $p < 0,01$) і тривалістю цього лікування ($\rho = -0,61$; $p < 0,01$), з іншого. Водночас вікова залежність для показника кількості захворювань за попередній рік виявилася позитивною ($\rho = 0,48$; $p < 0,01$).

Таким чином, результати проведених досліджень обгрунтовують наявність суттєвої залежності між віком обстежених дітей та особливостями перебігу у них ГРІ.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКУ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ ЗАЛЕЖНО ВІД ЕТІОЛОГІЇ

Глушко К.Т., Кінаш М.І., Миколенко А.З., Шульгай О.М., Добровольська Л.І.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського», м. Тернопіль

Обстежено 22 дітей з хронічним гастродуоденітом, які знаходилися на лікуванні у спеціалізованому відділенні дитячої лікарні. Обстеження проводилися згідно наказу МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р. «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення». Всім пацієнтам було проведено біопсію антрального відділу шлунку. Гістологічні препарати забарвлювали за методом Гімзи і толудіновим синім та гематоксилином і еозином.

Залежно від інфікування *H. pylori* чи інвазування лямбліями усі пацієнти були поділені на 4 (чотири) групи. До першої увійшли *H. pylori* – негативні пацієнти, без лямбліозу (10 випадків). До другої: *H. pylori* – негативні діти з діагностованим лямбліозом (2 випадки). До третьої – віднесено *H. pylori* – позитивних осіб без лямбліозу (5 випадків). До четвертої – включено *H. pylori* – позитивних пацієнтів з діагностованим лямбліозом (5 випадків). У біоптатах 1 групи спостерігалася картина поверхневого запалення слизової оболонки шлунку. В ділянках навколо залоз візуалізувалися в невеликій кількості лімфоцити, гістіоцити, еритроцити, еозинофіли, поодинокі макрофаги. Тоді як в 2 групі переважали поверхневі ерозії у вигляді дрібних фокусів часткового некрозу, місцями з відторгненням епітелію. Навколо залоз спостерігалася запальна інфільтрація (поліморфноядерні лейкоцити та еозинофіли) вогнищевого характеру. Вивчення біоптатів дітей 3 групи виявило порушення цілісності поверхневого епітелію. Частина епітеліоцитів злущувалася і знаходилася поза слизовою оболонкою у складі запального ексудату. Вцілілі епітеліальні клітини були дистрофічно пошкоджені. В субепітеліальних зонах спостерігалася геморагічна інфільтрація. Виявлено набряк строми та її виражена запальна інфільтрація поліморфноядерними лейкоцитами, лімфоцитами і гістіоцитами. В 4 групі були дистрофічно-некротичні зміни епітелію в поверхневих відділах слизової оболонки, осередки проліферації молодих недиференційованих клітин, невеликі вогнища кишкової метаплазії на верхівках валиків з появою клітин, будова яких нагадувала келихоподібні. При оцінюванні стану залозистих структур, встановлено, що у групі 1 вони були максимально збереженими – $(43,72 \pm 2,00)\%$, а в 4 групі були найбільш ушкодженими. Їх відносний об'єм зменшувався на 8,19% і становив $(35,53 \pm 1,94)\%$ ($p < 0,01$). Такі зміни значною мірою були обумовлені альтерацією епітеліальних клітин: відносний об'єм ушкоджених епітеліоцитів дорівнював $(30,33 \pm 1,00)\%$ у групі 1, збільшувався на 4,70% у групі 3 і на 6,41% у групі 4, досягаючи відповідно $(35,03 \pm 1,32)\%$ і $(36,74 \pm 1,17)\%$ ($p < 0,01$ і $p < 0,001$). У 3 і 4 групах виявлено поглиблення дистрофічно-альтеративних змін епітелію слизової оболонки шлунку. В той же час, у групі 2 ядерно-цитоплазматичний індекс збільшився до $(0,0933 \pm 0,0079)$, приріст склав 34,83% ($p < 0,01$). Клітинна щільність інфільтрату у 1 і 2 групах була майже ідентичною – $(14519,3 \pm 307,6)$ і $(14604,9 \pm 442,2)$. У групі 3 клітинна вона збільшувалася до $(15437,3 \pm 272,4)$, тобто на 6,32% ($p < 0,05$), у групі 4 – до $(15948,1 \pm 314,7)$ або на 9,84% ($p < 0,01$).

Отже, патоморфологічні зміни слизової оболонки залежать від етіологічних факторів та їх поєднання. Зокрема, запальні зміни посилювалися при інфікуванні *H. pylori* і особливо при його поєднанні з інвазією лямбліями. Цей процес перебігав на тлі одночасного поглиблення дистрофічно-альтеративних змін епітелію в цих групах.

РИЗИКИ ВИНИКНЕННЯ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Гнатейко О.З., Наконечна Х.Б., Личковська О.Л., Кеч Н.Р.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Через значне «омолодження» остеопорозу зросла зацікавленість щодо стану мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) у дітей з різною соматичною патологією. Зокрема, важливе місце посідає тут стан кісткової системи у дітей з патологією гастродуоденальної зони.

Метою дослідження було вивчення чинників, які сприяють формуванню остеопенічного синдрому у дітей з патологією гастродуоденальної зони.

Матеріали та методи. Обстежено 54 дитини з хронічним гастродуоденітом – 30 хлопчиків і 24 дівчинки віком від 6 до 15 років. Крім загальноприйнятих для хронічної гастродуоденальної патології обстежень, було проведено поглиблене вивчення анамнезу щодо особливостей перебігу основного захворювання, особливостей харчування та способу життя обстежених дітей, визначення рівня кальцію в крові, аналіз сечі на уринолізис, ультразвукова денситометрія.

Результати. Хронічний гастродуоденіт має негативний вплив на стан кісткової системи у дітей (середнє значення МЩКТ при хронічному гастродуоденіті становило $79\% \pm 2,64\%$ порівняно з $98\% \pm 1,12\%$ у здорових дітей ($p \leq 0,001$)). В 52 пацієнтів з 54 були виявлені захворювання жовчовивідних шляхів як супутня патологія. При цьому нижчі показники МЩКТ спостерігались у дітей з важчим перебігом основного захворювання; в тих, яким батьки самостійно призначали додаткові курси засобів, що впливають на кислотоутворюючу функцію шлунку; з низьким вмістом в харчовому раціоні продуктів, багатих кальцієм, і надміром продуктів з високим вмістом

фосфатів. Вищі показники МЩКТ спостерігались у дітей, які систематично займаються спортом і перебувають на свіжому повітрі понад 2 години на день.

При цьому рівень Са в крові не віддзеркалював дефіциту кальцію в кістковій системі. Також не виявлено залежності остеопенічного синдрому від *Helicobacter pylori*(+) чи *Helicobacter pylori*(-) типу хронічного гастродуоденіту.

Для корекції остеопенічного синдрому всім пацієнтам зі зниженою МЩКТ було призначено препарати кальцію і надано комплекс рекомендацій щодо дієти і способу життя. При повторному обстеженні через 6 міс. виявлено підвищення середнього значення МЩКТ на 10.75% ($p \leq 0.001$) в основній групі пацієнтів.

Висновки. При хронічній патології дуоденогастральної зони у дітей відзначається зниження МЩКТ. Негативний вплив на рівень МЩКТ має як характер перебігу захворювання, так і зовнішньосередовищні фактори, такі як спосіб життя та характер харчування. Виявлення і корекція цих факторів разом із призначенням препаратів кальцію і вітаміну Д3 протягом місяця приводять до достовірного підвищення МЩКТ.

ВЕГЕТАТИВНИЙ СТАТУС У ДІТЕЙ З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

**Горобець Н.І., Починок Т.В., Горобець А.О., Чернишова О.В., Горобець Н.М., Резніков Ю.П.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ**

Оцінка вегетативного статусу у період інтенсивного росту та диференціації органів і тканин, що характерно для дитячого віку, має велике практичне значення. Виявлення вегетативної дизрегуляції є вагомим діагностичним складовим у пацієнтів з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ). Генетично зумовлені біохімічні порушення у сполучній тканині з формуванням характерних патоморфологічних субстратів спричиняють дисфункцію ендокринної та симпатоадреналової системи, що корелюють зі ступенем вираженості НДСТ.

Для вивчення особливостей вегетативного статусу у дітей з НДСТ було обстежено 100 дітей віком від 5 до 16 років, яких розподілили на дві групи: основну (50 дітей) – діти з НДСТ та контрольну (50 дітей) – діти без НДСТ.

При оцінці вихідного вегетативного тону дітей було виявлено, що стан еутонії мали 26% дітей основної та 34% дитини контрольної групи. Найбільша частка в основній групі припадала на ваготонію (48%), тоді як у контролі така частка сягала лише 18%. У дітей контрольної групи превалювала симпатикотонія 48%, що можна вважати варіантом фізіологічної норми.

При оцінці вираженості вегетативного тону було виявлено, що в основній групі ваготонія виражена на 61%, симпатикотонія – на 74%. Можливо, превалювання ваготонії можна пояснити недостатнім функціонуванням симпатичної нервової системи.

При порушенні нейрогуморальної координації виникає вегетативна дизрегуляція. Таку думку підтверджують наші дослідження, які вказують на кореляцію автономної дисфункції та вираженості НДСТ ($P < 0,05$). Зокрема, 60% дітей з вираженою НДСТ мали ваготонію, а 40% дітей з помірним вираженням НДСТ – мали симпатикотонію. Більшість дітей з легкими проявами НДСТ мали еутонію.

Для перевірки гіпотези про недостатність симпатичної регуляції у дітей з НДСТ було досліджено вегетативну реактивність та вегетативне забезпечення. При проведенні кліноортостатичної проби (КОП), нормальна реакція на ортостаз спостерігалась лише у 24% дітей з НДСТ, тоді як у контрольній групі – у 54%. У 72% дітей основної групи та 26% контрольної групи був зареєстрований асимпатикотонічний тип, у 4% – гіперсимпатикотонічний. При цьому, нормальна реакція на ортостаз та гіперсимпатикореактивність спостерігались лише у дітей з легким ступенем НДСТ, у дітей з помірним ступенем превалював астеносимпатичний варіант, в усіх випадках вираженої НДСТ був зафіксований асимпатикотонічний варіант.

Надлишкове вегетативне забезпечення (НВЗ) не було виявлено ні в жодній дитині з НДСТ, тоді як у дітей контрольної групи НВЗ виявлено у 32% дітей. Решта дітей мали нормальну (16% та 48% відповідно) та низьку (84% та 20% відповідно) вегетативну забезпеченість.

Отже, діти з НДСТ мають більш глибоку вегетативну дизрегуляцію, вираженість якої корелює зі ступенем НДСТ ($P < 0,05$).

РАННЯ ДОКЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

**Громнацька Н.М.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів**

Мета дослідження. Сформулювати додаткові діагностичні критерії метаболічного синдрому (МС) у дітей задля його раннього доклінічного виявлення.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходились 90 дітей з МС на тлі абдомінального ожиріння (1 група), хлопців було 49, дівчат – 41. Групу контролю склали 65 практично здорових дітей, хлопців – 43, дівчат – 22. Вік дітей двох груп не відрізнявся і становив від 9 до 18 років. Програма обстеження включала опитування згідно розробленої анкети, загальний клінічний огляд, антропометрію, вимірювання артеріального тиску, вивчення метаболічного статусу шляхом визначення рівня загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів високої (ХС

ЛПВЩ), низької (ХС ЛПНЩ) та дуже низької (ХС ЛПДНЩ) щільності, тригліцеридів (ТГ), базального інсуліну і глюкози, лептину крові, підрахунку індексів НОМА-ІR, Саго та атерогенності (ІА). МС верифікували згідно критеріїв консенсусу IDF (2007).

Результати дослідження. У діагностиці МС у дітей немає єдиних критеріїв, які б задовольняли педіатрів, у силу різного трактування директивними та рекомендаційними документами: WHO (1999), NCEP/АТР ІІІ (2003), IDF (2007), що потребує подальшої розробки стандартів діагностичних ознак. Особливо важливою є рання доклінічна діагностика МС у дітей.

Виявлено, що дисліпідемічні зміни притаманні 76,4% дітей і підлітків з МС ($p=0,001$), в яких ЗХС крові на 11,9% ($p=0,001$), ХС ЛПНЩ на 40,2% ($p=0,001$), ХС ЛПДНЩ на 16,2% ($p=0,003$), ТГ на 68,1% ($p=0,007$), ХС-не-ЛПВЩ на 24,3% ($p=0,001$), ІА на 23,5% ($p=0,001$) перевищували аналогічні показники у дітей групи контролю, що доводить наявність широкого спектру змін ліпідного обміну.

Встановлено, що показники вуглеводного обміну у 67,6% дітей і підлітків в МС: рівень базальної глюкози на 18,6% [5,1 (4,45–5,60) ммоль/л; $p=0,001$], базального інсуліну на 36,4% [10,5 (6,80–6,41) ммоль/л, $p=0,006$], індексу НОМА-ІR на 56,3% [2,36 (1,61–3,52) у.о.; $p=0,001$] і частота діагностики їх надпорогових значень вірогідно були більшими, ніж у дітей групи контролю.

Встановлено, що рівень лептину крові у дітей з МС [18,6 (10,3–38,5) пмоль/мл] був вищим, ніж у дітей групи контролю ($p=0,001$), і гіперлептинемія виявлена у 4,0 рази частіше (86,8%; $p=0,002$), ніж у дітей з нормальною масою тіла.

Всі запропоновані додаткові критерії знаходились у високо вірогідному кореляційному зв'язку з критерієутворюючою ознакою МС – абдомінальним ожирінням і безпосередньо з обводом талії. Отримані дані підтверджують роль дисліпідемії з високим рівнем ЗХС, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ, ХС-не-ЛПВЩ, ІА; порушень вуглеводного обміну з гіперінсулінемією та інсулінорезистентністю, гіперлептинемії поряд з загальноприйнятими високими значеннями ТГ та низькими значеннями ХС ЛПВЩ у діагностиці МС.

Висновки. Задля доклінічного раннього виявлення МС у дітей поряд з загальноприйнятими критеріями слід враховувати ранні додаткові ознаки, такі як ЗХС вище 5,2 ммоль/л, ХС ЛПНЩ вище 3,2 ммоль/л, ХС ЛПДНЩ вище 0,68 ммоль/л, ХС-не-ЛПВЩ вище 4,3 ммоль/л для хлопців і 3,91 ммоль/л для дівчат, ІА вище 3,0 у.о., порушення вуглеводного обміну: базальну інсулінемію більше 11,5 мкОд/мл, індекс НОМА-ІR більше 2,77 у.о. та гіперлептинемію вище 9,0 пкмоль/мл, неврахування яких завадить вчасній діагностиці і профілактиці.

ЗБРОЙНИЙ КОНФЛІКТ НА СХОДІ УКРАЇНИ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ДИСГАРМОНІЙНОГО ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Даниленко Г.М., Турчина С.І., Костенко Т.П.

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

Негативний вплив військових конфліктів на здоров'я цивільного населення, особливо саму його незахищену частину – дітей, є доведеним фактом і активно обговорюється дослідниками всього цивілізованого світу. Видано величезну кількість документів ВООЗ та ЮНІСЕФ, присвячених стратегії надання медичної допомоги в зоні бойових дій та вимушено переселеним. Вивчають стан здоров'я дітей, які постраждали від збройного конфлікту. Однак, переважна кількість досліджень присвячено вивченню його наслідків щодо психічного і соматичного здоров'я. Вплив сучасних військових конфліктів на фізичний розвиток дітей та підлітків практично не вивчені.

Мета дослідження. Оцінити характер фізичного розвитку дітей та підлітків, які постраждали від збройного конфлікту на сході України.

Матеріали та методи. У 179 дівчат і 128 хлопців 6-18 років, які перебували в зоні збройного конфлікту на сході України і звернулися за медичною допомогою в ДУ «ЮЗДП НАМН» протягом 2015-2017 рр. фізичний розвиток оцінювали шляхом порівняння основних антропометричних показників (зріст і маса тіла) з віковими нормативами згідно з протоколами надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія». Школярі розподілені по групах з урахуванням віку і рівня статевого розвитку на момент офіційного початку збройного конфлікту на сході України (14 квітня 2014 року): дитинство (6-8 років); препубертат (9-10 років); ранній пубертат (11-13 років); власне пубертат (14-16 років); пізній пубертат (17-18 років).

Математична обробка отриманих результатів проведена за допомогою пакетів програм «SPSS Statistics 17,0», «Excel».

Результати та обговорення. Дисгармонійний фізичний розвиток діагностовано у 41,0% обстежених (46,0% хлопців і 37,3% дівчат). Надлишкова маса тіла визначена у 23,0% дітей, високий зріст – у 10,0%, низький зріст і недостатню масу тіла діагностували з однаковою частотою (7,0%). Встановлено залежність між характером фізичного розвитку, статтю і віком на момент початку збройного конфлікту. Дисгармонійний фізичний розвиток найчастіше визначали у дітей, вік яких в 2014 році склав менше 7 років (66,7%). Серед хлопчиків частіше діагностували низький зріст, а серед дівчаток – надмірну вагу. У хлопчиків, яким у 2014 році було 9-10 років, навпаки, в два рази частіше ніж у дівчаток-однорітків визначали надлишкову масу тіла (42,9% і 27,6%, відповідно). Саме в цій віковій групі в динаміці спостереження у підлітків діагностовано ускладнений перебіг ожиріння. Слід зазначити, що надмірна вага була найбільш частою формою порушення фізичного розвитку у підлітків обох статей. Дефіцит маси тіла виявляли значно рідше, переважно у хлопців, яким у 2014 році було 11-13 років (14,6%).

Висновки. Групою ризику по формуванню порушень фізичного розвитку є школярі, які зазнали негативний вплив наслідків збройного конфлікту у молодшому віці і на початку пубертату. У структурі дисгармонійного фізичного розвитку переважала надмірна маса тіла, частота якої залежить від статі дитини і віку на момент початку бойових дій.

ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ У ДІТЕЙ: ФЕНОТИПИ ХВОРОБИ ТА КРИТЕРІЇ АКТИВНОСТІ ТА ПЕРЕБІГУ

**Денисова М.Ф., Чернега Н.В., Музика Н.М., Букулова Н.Ю., Задорожня Т.Д.,
Арчакова Т.М., Ремінна Н.Т., Дорошенко О.О.**

**ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка
Лук'янової О.М. Національної Академії медичних наук України» м. Київ**

Мета дослідження. Проаналізувати клінічний перебіг та інформативність сучасних методів оцінки активності виразкового коліту (ВК) в дитячому віці.

Методи дослідження. Клініко-статистичні, інструментальні, морфологічні, біохімічні, лабораторні, опитувальні.

Результати дослідження. На підставі ретроспективного аналізу 82 історій хвороб дітей ЗВК встановлено два клініко-параклінічних варіанти його перебігу – хронічний рецидивуючий (сприятливий) та хронічний безперервний (несприятливий). Доведено, що прогностичними маркерами несприятливого перебігу ВК у дітей є штучне вигодовування на першому році життя дитини, рецидивуючі кишкові інфекції, маніфестація хвороби у підлітковому віці, показник фекального кальпротектину >500 мг/кг, наявність серологічних маркерів (p-ANCA). Вперше розроблені гістологічні критерії активності процесу та прогнозу перебігу ВК у дітей вже на етапі первинного обстеження хворої дитини. Доведено, що найбільш інформативним серед існуючих на сьогодні неінвазивних методів діагностики ступеню важкості ВК є показник концентрації кальпротектину, рівень якого корелює із морфологічними ознаками ураження кишківника та якістю життя хворих.

Висновки. Отримані дані підвищують ефективність диференціальної діагностики клінічних фенотипів ВК, оцінку клінічної та лабораторної активності хвороби, дають можливість прогнозувати її перебіг.

ТИПИ СІМЕЙНИХ СТОСУНКІВ ДІТЕЙ З ПОВТОРНИМИ ЕПІЗОДАМИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ

**Дмитришин Б.Я., Єсіпова С.І., Бовкун О.А., Дмитришин О.А., Яскевич О.І.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ**

Відомо, що синдром бронхіальної обструкції у вигляді свистячих хрипів зустрічається у 25% дітей віком до 6 років з інфекціями нижніх дихальних шляхів, понад 50% із них мають повторні епізоди. Рецидиви свистячого утрудненого дихання з подовженим видихом (wheezing), не пов'язані з гострим інфекційним процесом, діагностуються у третини дитячої популяції. Повторні епізоди бронхообструкції суттєво позначаються на соціальному функціонуванні хворих і їхніх батьків. Тому вивчення типів сімейних стосунків у родині дітей з рекурентним обструктивним бронхітом визначило мету нашої роботи.

У наші дослідження включено 36 дітей (20 з повторними епізодами БОС і 16 з гострим простим бронхітом). Для психологічних обстежень обрано проєктивні методики: тест колірних виборів Люшера, фрустраційний тест Розенцвейга, Hand-test, малюнкові методики «Неіснуюча тварина», «Людина під дощем» та «Три дерева».

Отримані в ході обстеження дані дали можливість вивчити такі фактори психічного життя дитини: психологічну адаптованість, як толерантність до фрустрацій і здоровий спосіб реагування на них; стресостійкість та копінгові стратегії; емоційне ставлення до самого себе, до стану свого здоров'я та до матері, чия фігура набуває особливого значення у зв'язку з хронічним захворюванням; тривожність та страхи; характер проявів агресивності; а також виразні риси особистості.

Виявлено 4 типи сімейних стосунків у сім'ях дітей, хворих на рекурентний обструктивний бронхіт:

1. Сім'ї (мати, батьки) з надмірною опікою. Надопіка у таких сім'ях у разі незгоди дитини з батьками призводить до загострення хвороби, невротизації, психозів. Якщо ж дитина пасивно реагує на надопіку, то відбувається «занурення» в фантазії, хворобу; формується низька самооцінка.

2. Гіпертривожна сім'я. Така сім'я представлена невротичною матір'ю; діти в такій сім'ї відзначаються підвищеною невротизацією, деформаціями характеру, частковою чи повною дезадаптацією. У них підвищений рівень тривожності, фобії, лякливості. Діти бояться своєї невротичної матері і, одночасно, бояться її не втратити. Як наслідок, формується почуття провини, що робить тяжчим перебіг захворювання.

3. Неповна сім'я, в якій для матері хвора дитина – центр буття. У такому випадку хвора дитина стає інфантильною, залежною, гіпосоціальною, тривожною.

4. Змішана сім'я, репрезентована, окрім батьків, численними родичами – бабусями, дідусями тощо. У таких сім'ях у дитини відсутній особистісний простір для релаксації. Хворі діти часто невротизовані, психотизовані, агресивні.

У дітей, хворих на простий бронхіт, психологічна адаптованість до фрустрацій і спосіб реагування на них, стресостійкість, емоційне ставлення до самої себе, стану свого здоров'я та матері не відрізнялися від здорових дітей. Типи сімейних стосунків певними закономірностями не визначалися.

Таким чином, внутрішньосімейні стреси служать тригерами для запуску повторних епізодів бронхообструкції у дітей. Тому обов'язковим компонентом лікування, поряд з медикаментозним, повинна стати психокорекція та психотерапія батьків і дітей, налагодження освітніх програм з метою зменшення психологічного напруження в сім'ї.

ФОРМУВАННЯ КОМПЕТЕНТНОСТІ СТУДЕНТА – МЕДИКА НА ПРИКЛАДІ ВИКЛАДАННЯ ТЕМИ «МЕДИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ ПЕРШИХ ТРЬОХ РОКІВ ЖИТТЯ В ПОЛІКЛІНІЦІ»

**Дмитришин Б.Я., Єсіпова С.І., Бовкун О.А., Дмитришин О.А., Весклярова У.П.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ**

Впровадження реформи в системі охорони здоров'я України, зокрема зміни в організації надання медичних послуг на первинній ланці, напрацювання нових, орієнтованих на світовий досвід, медичних протоколів та освітніх стандартів, ставить конкретні завдання щодо фахової підготовки майбутніх лікарів. Тому удосконалення педагогічних технологій з акцентом на практичному навчанні з метою підготовки компетентного, конкурентно-спроможного лікаря набуває особливої актуальності.

При проектуванні змісту практичного заняття з педіатрії для студентів 6 курсу медичних факультетів на тему: «Медичне спостереження дітей перших 3-х років життя в поліклініці» викладачі кафедри педіатрії №5 намагаються сформувані практичні навички, вміння та здатності на основі трьох видів компетентностей – інтегральної, загальної та особливо спеціальної, яка для випускників – сімейних лікарів є визначальною в плані внутрішньопредметної та міжпредметної інтеграції. Розглянуто етапи формування компетентностей студента-медика на практичному занятті з застосуванням різноманітних методів навчання.

Першим етапом вважається можливість студента відтворювати знання, розв'язувати поставлені завдання відповідно до запропонованого зразка, алгоритму. До змісту заняття включений матеріал догляду за дітьми, пропедевтичної педіатрії, педіатрії, інфекційних захворювань з імунпрофілактикою, медичної психології, які базуються на засвоєному в курсах нормальної і патологічної анатомії та фізіології, мікробіології та імунології, фармакології, внутрішніх хвороб, хірургії. Контроль початкового рівня знань проводиться на підготовчому етапі заняття шляхом індивідуально-фронтального опитування та тестового контролю з включенням завдань бази КРОК-2 та STEP-2. Другий етап формування компетентностей включає можливість розвитку набутих навичок на основі знань і застосування їх в типових ситуаціях. Студенту пропонується здійснити комплексну оцінку фізичного та нервово-психічного розвитку дитини певного віку на основі стандартних протоколів, дати оцінку ефективності вигодовування дитини, проконсультувати маму. Третій етап створює необхідність доведення навички до автоматизму у стандартних та нетипових ситуаціях і визначає компетентність студента як розвиток умінь. Студент, як і лікар на прийомі в поліклініці, вирішує комплексні інтегровані завдання з обстеження дитини, інтерпретації гемограм, оцінки стану здоров'я, розвитку, призначення профілактичних щеплень, консультування матері з питань вигодовування. Четвертий етап передбачає здатність студента застосовувати в своїй діяльності знання, вміння, навички, раніше набуті загальні, інтегральні та фахові компетентності в їх сукупності. Прикладом може бути вирішення в малих групах проблемних задач з елементами ділової гри («Анафілактичний шок на введення вакцини» чи «Непритомність під час вакцинації») з демонстрацією алгоритму невідкладної допомоги на фантомах, тактики подальшого ведення, розбір медико-психологічних та юридичних аспектів. Отже, даний етап діагностує здатність застосовувати набуті компетентності у практичній діяльності.

Таким чином, застосування інтерактивних методів навчання у поєднанні з роботою з дітьми та матерями дає можливість якісного формування всіх, зокрема фахових компетентностей студентів, стимулює до подальшого безперервного навчання, мотивує до майбутньої фахової діяльності.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ПРИ ОЦІНЦІ ГЕМОДИНАМІЧНО ЗНАЧУЩОЇ ВІДКРИТОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ПРОТОКИ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

**Дудник В.М., Зборовська О.О.
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця**

За офіційними даними Європейського регіонального бюро ВООЗ (HFA-DB, 2013) за останні десятиліття незмінно реєструється загальний приріст вродженої серцево-судинної патології серед новонароджених, не зважаючи на загальне зниження малюкової і неонатальної смертності. Особливу нозологічну одиницю представляє собою відкрита артеріальна протока (ВАП) у недоношених, яка

виявляється приблизно у 40% таких новонароджених. Слід зауважити, що у дітей, гестаційний вік яких менше 30 тижнів – ВАП зустрічається приблизно від 60 до 80% новонароджених і в більшості випадків розглядається, як патологічний стан, що потребуватиме невідкладної допомоги. В даний час в нашій країні відсутні єдині підходи до діагностики і фармакологічного лікування гемодинамічно значущої ВАП у недоношених дітей, не визначені оптимальні терміни для хірургічної корекції.

За 2016-2017 обстежено 32 недоношені дитини з ВАП, гестаційний вік яких становив 27-32 тижнів. У всіх дітей з групи дослідження відмічався респіраторний дистрес-синдром, а також всі вони перенесли пневмонію в періоді новонародженості. З боку центральної нервової системи у 28 хворих (87,5%) мало місце гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС. Дітям проводилось повне клініко-параклінічне обстеження, що також включало рентгенографію органів грудної клітки та ехокардіографію (ЕХО-КГ). Діагностично значимими ознаки на рентгенограмі гемодинамічно значущої ВАП було посилення судинного малюнку (100% дітей), збільшення лівого передсердя у 25 (78,12%) дітей та/або лівого шлуночка – у 11 (34,37%) обстежених. Найбільш об'єктивними даними гемодинамічно значущої ВАП за результатами ЕХО-КГ: діаметр ВАП $\geq 1,5$ мм у новонароджених вагою ≈ 1500 г або $\approx 1,4$ мм/кг у новонароджених вагою ≥ 1500 г ($p < 0,05$); наявність ліво-правого шунтування по потоку; наявність ретроградного кровотоку в постдуктальній аорті, що становить $\geq 50\%$ антеградного ($p < 0,01$); співвідношення розмірів лівого передсердя до кореня аорти (LA/Ao) $\geq 1,4$ ($p < 0,05$).

У недоношених дітей з ВАП, при наявності клінічних симптомів дихальної та серцевої недостатності, кисневої залежності та потреби в штучній вентиляції легень, а також інструментального підтвердження гемодинамічно значущої ВАП необхідно застосовувати препарати для медикаментозного закриття ВАП. Відсутність ефекту від консервативної терапії є показом до хірургічної корекції ВАП у умовах відділення реанімації новонароджених.

ОЦІНКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ЗАЛІЗОКОМПЛЕКСУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Дудник В.М., Жмурчук В.М., Шаламай М.О.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) залишається світовою проблемою і на сьогоднішній день. Питома вага БА складає від 0,6 до 2% від усієї патології органів дихання. Відповідно до сучасних уявлень бронхіальна астма представляє собою хронічне запалення дихальних шляхів, для якого характерна бронхіальна обструкція, гіперреактивність бронхів, виділення густого мокротиння, що супроводжується відповідними клінічними проявами. Синтропія БА та дефіциту заліза є досить частою патологією, особливо в педіатрії. Від 10% до 17% дітей, хворих на БА, мають зміни червоного паростка кровотворення.

Мета. Дослідити зміни та порівняти показники залізокомплексу у дітей, хворих на БА, залежно від ступеня важкості захворювання.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 144 дітей, хворих на БА, віком від 6 до 17 років на базі пульмонологічно-го відділення ВОДКЛ. В якості контрольної групи обстежено 40 здорових дітей. Визначення заліза, загальної та латентної залізов'язуючої здатності сироватки крові проводили колориметричним та розрахунковим методами. Визначення рівня феритину та вміст розчинних рецепторів до трансферину (sTfR) в сироватці крові проводили імуноферментним методом (ELISA). Оцінка важкості БА проведена відповідно до рекомендацій уніфікованого клінічного протоколу №868 «Бронхіальна астма у дітей» та відповідно до критеріїв GINA (перегляд 2017 р.)

Результати дослідження. Серед обстежених дітей, хворих на БА, за статтю та віком переважали хлопчики 61,1% віком 6-11 років. Більша частина дітей мали легкий персистуючий перебіг – 59% хворих, середньоважкий перебіг діагностувався у 31%, а важкий лише у 10% дітей. Провівши порівняння показників залізокомплексу в залежності від ступенями важкості БА нами було встановлено, що показники сироваткового заліза та рівні феритину були достовірно нижчими у дітей, хворих на БА, із персистуючим важким перебігом ($8,83 \pm 1,02$ мкмоль/л та $20,41 \pm 2,12$ мкг/л відповідно) по відношенню до групи із легкою БА ($14,39 \pm 1,5$ мкмоль/л та $27,84 \pm 3,7$ мкг/л відповідно). Проаналізувавши розрахункові показники, виявилось, що латентна залізов'язуюча здатність сироватки та відношення розчинних рецепторів трансферину до феритину були достовірно підвищеними у дітей, хворих на БА, із персистуючим важким перебігом ($50,67 \pm 2,22$ мкмоль/л та $2,58 \pm 1,31$ мг/мг відповідно) по відношенню до групи із легкою БА ($42,00 \pm 3,2$ мкмоль/л та $1,22 \pm 0,39$ мг/мг відповідно) ($P < 0,05$).

Висновки. Проведене дослідження показало, що порушення показників залізокомплексу у дітей, хворих на БА, залежали від ступеня важкості захворювання. Так, при важкій БА рівень сироваткового заліза був на 39%, а феритину на 26,5% менше в порівнянні з БА легкою персистуючого перебігу. Латентна залізов'язуюча здатність сироватки та відношення розчинних рецепторів трансферину до феритину були підвищеними на 17% та 53% відповідно у дітей, хворих на БА, із персистуючим важким перебігом по відношенню до групи із легкою БА. Найбільш глибокі порушення зареєстровані при важкій БА, що може свідчити про перенапруження та виснаження процесів відповідальних за гемопоєз та ферокінетику в умовах наростаючої гіпоксії.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ ГОСТРОМУ ЛІМФОБЛАСТНОМУ ЛЕЙКОЗІ У ДІТЕЙ

Дудник В.М., Фурман В.Г., Король Т.Г.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Актуальність. Гострий лімфобластний лейкоз (ГЛЛ) належить до групи найбільш поширених злоякісних захворювань дитячого віку та зустрічається в 62,5% випадків усіх гемобластозів. Виділені фактори несприятливого прогнозу при ГЛЛ, до яких належать: вік дитини до 1 року та старше 10 років, ініціальний гіперлейкоцитоз, ураження ЦНС, транслокації (9;22) і (4;11), погана відповідь на преднізолон на етапі індукції ремісії, Т-клітинний лейкоз. Крім того, саме при Т-клітинному лейкозі спостерігається значна сплено та гепатомегалія, медіастинальна лімфаденопатія, яка призводить до здавлення верхньої порожнистої вени, гіперлейкоцитоз і нейролейкемія. Не менш важливим прогностично значимим показником є визначення MRD (мінімальна залишкова пухлина), високий показник якого на 15 та 33 дні індукційної терапії стратифікує пацієнта в групу високого ризику, що потребує посилення цитостатичної терапії та прийняття рішення про алотрансплантацію ТГСК.

Мета. Описати клініко-параклінічні особливості при гострому лімфобластному лейкозі у дітей.

Матеріали і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети нами був проведений ретроспективний аналіз 141 карти стаціонарного хворого пацієнтів з гострим лімфобластним лейкозом, які знаходились на лікуванні в онкогематологічному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні протягом останніх десяти років.

Результати дослідження. Аналізуючи основні клінічні прояви слід відмітити, що інтоксикаційний синдром був в усіх наших пацієнтів, дещо рідше спостерігались анемічний (23%), геморагічний (14%), кістково-суглобовий (7%) та проліферативний (22%) синдроми. За FAB класифікацією переважав L1 варіант та діагностувався у 71% дітей, тоді як L2 варіант був лише у 29% пацієнтів. Згідно результатів імунофенотипування частіше зустрічався Common ALL-тип (84%), значно рідше був Т-клітинний лейкоз (9%) і Pro-B-ALL-тип (7%). У 11 (7,8%) обстежених дітей з ГЛЛ були виявлені молекулярно-генетичні зміни, серед яких транслокації: t(9;22) у 4, t(9;34) у 3, t(4;11) у 2, t(8;21) у 1, t(12;21) у 1 пацієнта. За результатами страфікації до груп ризику 69% обстежених було віднесено до групи середнього ризику і 31% до групи високого ризику. Серед дітей, які увійшли до групи високого ризику алотрансплантації ТГСК було виконано 14 хворим, що склало 10%. Безпідійне 5-річне виживання становило 74%, у 10% пацієнтів був діагностований рецидив, летальність склала 16%.

Висновки. Згідно з результатами нашого дослідження у дітей переважав L1 варіант у 71% та Common ALL-тип у 84% гострого лімфобластного лейкозу. Значний відсоток пацієнтів віднесено до групи високого ризику (31%), серед яких 6 пацієнтів мали прогностично несприятливі транслокації t(9;22) і t(4;11). Алотрансплантації ТГСК було виконано 14 хворим, що склало 10% від усіх пацієнтів з групи високого ризику та у 10% був діагностований рецидив.

EVALUATION OF CAKUT-SYNDROME IN CHILDREN OF VINNYTSYA REGION

Dudnyk V., Zvenigorodska G., Andrikevich I., Vyzhga Y., Guminska G., Stepankevich T.

National Pirogov Memorial Medical University,
Vinnytsya Regional Children's Clinical Hospital
Vinnytsya

Congenital anomalies of kidneys and the urinary tract (CAKUT) are one of the most numerous groups of developmental abnormalities, they occur in 1 newborn in 500. CAKUT-syndrome is the main cause of end stage renal disease in children.

Aim: To determine the structure of the CAKUT-syndrome in children undergoing in-patient treatment at Vinnytsya Regional Children's Clinical Hospital, Ukraine in 2014-2016 y.

Methods: A retrospective cohort study was conducted using medical chart data from patients primarily treated in a single center in Ukraine during 2014-2016 years. Clinical, biochemical and radiological data were obtained.

Results: CAKUT-syndrome was diagnosed in 610 children in Vinnytsya Regional Children's Clinical Hospital during 2014-2016 years. The initial presentation of CAKUT-syndrome was in 112 patients (18.3%) and included signs of urinary tract infections and structural changes of kidneys on ultrasound. Most patients were boys. High number of CAKUT-syndrome was diagnosed prenatally. Less than 10% of all CAKUT were diagnosed in adolescence. Most of them presented with isolated changes in urinalysis (74%), rarely – with arterial hypertension. ESRD was present at the time of diagnosis in 5 children. Among all CAKUT-syndrome in 2014, half of all cases belonged congenital hydronephrosis, VUR, obstructed megaureter). In subsequent years 2015 and 2016, these defects predominated in the structure of the congenital anomalies, (45.3% and 42.3% respectively). In pediatric departments the most frequent anomalies were hypoplasia of the kidney and polycystic kidney disease, with decreased kidney function and possibility of progression to ESRD. Number of patients with polycystic kidney disease increased (10.6% in 2014, 16.2% in 2015 and 20.1% in 2016). CAKUT-syndrome including ectopia of the kidney, horseshoe kidney met with different frequency in

2014 (45 children), 2015 (37 children) and 2016 (32 children). Kidney aplasia was most often detected in 2016 – 7.3% of the examined patients with and without signs of CKD. The last place in the structure of the CAKUT-syndrome belonged to epispadia, diverticulum of the bladder, posterior urethral valves, strictures – 5.3% in 2014, 3.3% in 2015, and 4.5% in 2016.

Conclusions: CAKUT-syndrome is the main cause of the ESRD in children of the Vinnytsia region, Ukraine. Number of children with CAKUT-syndrome increased each year. Early diagnosis, adequate surgical treatment, using renoprotective therapy prevents the development of CKD in children with CAKUT-syndrome.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ВИРАЗКОЮ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З УРАХУВАННЯМ ДИНАМІКИ TLR4 ТА EGF В СИРОВАТЦІ КРОВІ.

Дудник В.М., Буглова Н.О.

**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна**

Актуальність проблеми. Захворювання верхніх відділів травного тракту у дітей займають провідне місце в структурі гастроентерологічної патології, серед яких важливе місце займає виразка дванадцятипалої кишки (ВДПК), що являє собою актуальну проблему сучасної медицини в усьому світі, характеризуючись прогресуючим зростанням. Встановлення ролі *H.pylori* в механізмах розвитку цілого ряду захворювань верхніх відділів травного тракту змінило погляд на проблему даної патології. Важливу роль у розвитку інфекційно-запального процесу, викликаного *H.pylori* відіграють TLR4, що володіють реактивністю до ліпополісахаридів грамнегативних бактерій. Значна увага в даний час приділяється визначенню впливу *H.pylori* на процеси регенерації при пошкодженні слизової оболонки дванадцятипалої кишки (СОДПК), яка здійснюється за допомогою ростових факторів, таких як епідермальний фактор росту (EGF). EGF – це універсальний ендогенний регулятор клітинного відновлення, що прискорює міграцію та проліферацію епітелію, посилює ангиогенез.

Мета дослідження: оцінити ефективність антихелікобактерної терапії ВДПК у дітей з урахуванням динаміки TLR4 та EGF в сироватці крові.

Матеріали та методи. Загальну клінічну групу становили 54 дитини віком 7-18 років, хворих на ВДПК. Контрольну групу склали 25 практично здорових дітей відповідного віку. Середній вік хворих становив $13,3 \pm 0,2$ року. Критерієм включення була ВДПК в стадії загострення. У дослідженні були використані клінічні, лабораторні та інструментальні методи обстеження. Вміст TLR4 у сироватці крові визначали імуноферментним методом.

Обговорення результатів дослідження. Діти, що знаходились під наглядом, були розподілені в залежності від тяжкості захворювання та наявності *H.pylori* інфекції. Серед обстежених *H.pylori* (+) ВДПК мали 40 (74,07%) дітей, – у 14 (25,93%) хворих була відсутня *H.pylori* інфекція. Тяжкий ступінь захворювання спостерігався в 16 (29,63%) дітей, 38 (70,37%) дітей були з середнім ступенем тяжкості ВДПК. Після проведеної ерадикаційної терапії у дітей, хворих на *H.pylori* (+) ВДПК вміст TLR4 та EGF знизився (в 1,27 рази), проте показник був вищим, ніж в групі практично здорових дітей (в 1,98 та в 1,76 рази) ($p < 0,05$) відповідно. У пацієнтів з важким перебігом ВДПК спостерігалось зниження показників EGF і TLR4 (27,95%, 19,65%) до лікування, але цей показник був вищим (на 47,11%) і (у 2,75 рази), ніж у групі практично здорових дітей. У дітей з середнім ступенем ВДПК рівень EGF і TLR4 після лікування був нижчим (на 23,24%) та (в 1,30 рази) в порівнянні з показниками перед лікуванням, але вище, ніж у контрольній групі (в 1,55 рази) та (47,81%).

Висновки. Отже, спостереження за динамікою TLR4 та EGF на фоні перебігу патологічного процесу, з одного боку, можуть дати цінні відомості про механізми розвитку захворювання, з іншого боку, дозволять через вплив на ланки патогенезу оптимізувати терапію.

СТАН СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА КОНТРОЛЬ ЗАХВОРЮВАННЯ

Дудник В.М., Хромих К.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

Вступ. Бронхіальна астма (БА) – це хронічне запальне захворювання дихальних шляхів і, як багато хронічних захворювань, характеризується участю серцево-судинної системи в патологічному процесі, зокрема, значна увага приділяється змінам в структурі та функції ендотелію судин і його ролі в механізмах розвитку та можливого контролю БА. Метою нашого дослідження було визначити стан ендотелію судин у дітей з бронхіальною астмою і встановити його вплив на можливість контролю над захворюванням.

Матеріали та методи. Ми обстежили 224 дитини з БА віком від 6 до 17 років. Середній вік обстежених дітей склав $9,42 \pm 3,43$ років. Всім дітям визначався зміст специфічного IgE, гомоцистеїну та ендотеліальний фактор росту (VEGF) (маркерів ендотеліальної дисфункції).

ції) і виконувалася ультразвукографія сонних і плечових артерій. В якості контрольної групи були обстежені 40 здорових дітей, яким був виконаний весь спектр клінічного, біохімічного та інструментального дослідження. Статистична обробка отриманих результатів була проведена за допомогою програми IBM SPSS Statistics, версія 20 (2013).

Результати. Діти з БА мали зміст IgE вище, ніж у здорових дітей в 19,12 рази, що підтверджує переважно алергічну природу захворювання. $55,69 \pm 5,59\%$ дітей, хворих на БА, з неконтрольованим перебігом мали рівень специфічного IgE більше 500 МО/мл, що в 3,9 рази більше, ніж при контрольованому її перебігу. Рівні гомоцистеїну і VEGF були підвищені ($19,78 \pm 0,46$ ммоль/л і $359,69 \pm 14,26$ пг/мл) у порівнянні зі здоровими дітьми, а також залежали від контролю захворювання. Так, аналіз залежності гомоцистеїну і VEGF від рівня контролю показав, що при неконтрольованих формах БА їх зміст складає $21,13 \pm 0,75$ мкмоль/л і $407,48 \pm 27,19$ пг/мл відповідно, що в 1,37 і 1,22 рази вище, ніж у дітей, хворих на БА, з контрольованим перебігом.

Товщина комплексу інтима-медіа у дітей, хворих на БА ($1,07 \pm 0,02$ мм), була достовірно товщі ($p < 0,001$) і склала на 13,22% більше в порівнянні з показником здорових дітей. Слід зазначити, що проба з реактивною гіперемією показала, що у дітей, хворих на БА, приріст діаметра судини ($7,42 \pm 0,06\%$) був на 53,43% менше, ніж у здорових дітей, що вказує на порушення ендотеліальної залежної вазодилатації. Розглядаючи залежність показників ультразвукографії сонних артерій від рівнів контролю БА було встановлено, що товщина комплексу інтима-медіа на 35,72% при контрольованому перебігу і на 42,73% при неконтрольованій БА перевищує даний показник здорових дітей.

Висновки. У дітей, хворих на БА, було доведено порушення стану і функції судинного ендотелію у вигляді високого вмісту гомоцистеїну і VEGF, а саме збільшення наведених маркерів в 2,54 і 16,45 в порівнянні з групою здорових дітей. Також спостерігалася їх зміна на 27,79% і 17,84%, відповідно у обстежених дітей при відсутності контролю над захворюванням у порівнянні з пацієнтами, які мали контрольований перебіг. Існує чітка відповідність ультразвукографічних індексів змістом гомоцистеїну і VEGF в розвитку ендотеліальної дисфункції, що проявляється підвищенням їх рівня на 13,09% і 22,49% відповідно при потовщенні комплексу інтима-медіа більше 1,3 мм.

РІВЕНЬ ЕОЗИНОФІЛІВ В ПЕРИФЕРИЧНІЙ КРОВІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ТА РІВНЯ КОНТРОЛЮ ЗАХВОРЮВАННЯ

Дудник В.М., Куцак О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

Актуальність. Бронхіальна астма – це захворювання, в основі якого лежить хронічне, алергічне запалення бронхів, за участі цілого ряду клітин, зокрема еозинофілів, нейтрофілів, опасистих клітин, лімфоцитів. Як відомо, еозинофіли відіграють важливу роль у розвитку запалення дихальних шляхів при бронхіальній астмі.

Мета. Визначити рівень еозинофілів в периферичній крові, у дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, залежно від тяжкості та рівня контролю захворювання.

Матеріали дослідження. Ретропективно та проспективно нами було обстежено 316 дітей шкільного віку, хворих на atopічну бронхіальну астму, які лікувалися в пульмонологічному відділенні ВОДКЛ в період 2014-2017рр. До основної групи обстежених увійшли: 63 дитини (19,94%), хворі на інтермітуючу БА та 253 (80,06%) з персистою БА; також пацієнти з контрольованим перебігом, який спостерігався у 44 хворих, що становить 13,05%, частково-контрольованим – 68(26,87%) та 141 дитина (55,73%) з неконтрольованим перебігом. Контрольовану групу склали 25 практично здорових дітей відповідного віку. Стаціонарне обстеження та лікування хворих на БА проводилося згідно Протоколу МОЗ України №868 та Глобальної стратегії лікування та профілактики бронхіальної астми GINA-2017. Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою методів варіаційної статистики із використанням стандартного пакету прикладних програм багатомірного варіаційно – статистичного аналізу «STATISTIKA 6,0».

Результати. Результати проведеного аналізу матеріалів дослідження свідчать про те, що на стаціонарному лікуванні переважали пацієнти з персистою БА (80,06%), інтермітуюча – становила 19,94% ($p < 0,001$). Проведений розподіл хворих згідно рівня контролю бронхіальної астми, встановив, що 44 дитини (17,04%) мали контрольований рівень захворювання, 68 пацієнтів (26,87%) – частково-контрольований та неконтрольований рівень захворювання встановлений у 141 хворого, що становить 55,73%.

Дослідження еозинофілів, в загальній групі пацієнтів відмічало підвищення активності еозинофілів до рівня помірної еозинофілії ($16,29 \pm 0,32\%$) порівняно з показниками практично здорових дітей ($1,64 \pm 0,05\%$; $p < 0,001$), яка перевищувала показники практично здорових дітей в 9,93 рази, а також залежала від тяжкості перебігу захворювання. Рівень еозинофілів у периферичній крові у дітей, хворих на персистою бронхіальну астму, склав $17,08 \pm 0,31\%$ та був достовірно вищим в 10,41 рази ($p < 0,01$), порівняно з практично здоровими дітьми. При інтермітуючому перебігу захворювання відмічалася також підвищення рівнів еозинофілів ($13,06 \pm 0,82\%$; $p < 0,01$), які перевищували рівні еозинофілів порівняно з групою практично здорових дітей в 7,93 рази.

Встановлено, що при контрольованому перебігу рівень еозинофілів становив $14,83 \pm 0,76\%$, при частково-контрольованому – $17,20 \pm 1,4\%$ та підвищувався до $17,73 \pm 0,44\%$ при неконтрольованому перебігу, та була статистично значимо вищою порівняно з показ-

никами практично здорових дітей ($p < 0,001$). Слід також зазначити збільшення на 2,9% ($p < 0,05$) кількості еозинофілів при неконтрольованому перебігу БА порівняно з пацієнтами контрольованого перебігу захворювання.

Висновки. Таким чином, визначення нами рівня еозинофілів в периферичній крові дітей, хворих на БА, встановило, що в загальній групі пацієнтів відмічалось підвищення активності еозинофілів до рівня помірної еозинофілії ($16,29 \pm 0,32\%$), яка перевищувала показники практично здорових дітей в 9,93 рази ($p < 0,001$), та залежала від тяжкості перебігу захворювання. Вміст еозинофілів у периферичній крові у хворих на персистуючу БА, склав $17,08 \pm 0,31\%$ та був достовірно вищим в 10,41 рази ($p < 0,01$), порівняно з практично здоровими дітьми.

СПЕКТР МІКРООРГАНІЗМІВ РЕСПІРАТОРНОГО ТРАКТУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ, ЗАЛЕЖНО ВІД ВАЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Дудник В.М., Морозова І.В., Демянишина В.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Актуальність. Муковісцидоз (МВ) є найбільш поширеним спадковим захворюванням із аутосомно-рецесивним типом успадкування, яке різко скорочує тривалість та якість життя пацієнтів без адекватного лікування. Прогноз даного захворювання у більшій мірі залежить від наявності хронічної інфекції і персистуючого запалення дихальних шляхів. Для МВ характерний прогресуючий перебіг, часті загострення, зумовлені активністю інфекційних агентів *H. influenzae*, *P. aeruginosa*, *S. aureus*. Інфікування *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* та *Pseudomonas aeruginosa* найбільш характерне для пацієнтів, хворих на МВ. Також, такі бактеріальні патогени як *Burkholderia cepacia* і *Stenotrophomonas maltophilia*, та грибові збудники *Aspergillus fumigatus*, *Candida albicans* чи *Scenedosporium apiospermum* мають зростаючу роль серед таких хворих.

Мета роботи. Визначити спектр мікроорганізмів, висіяних з мокротиння дітей, хворих на муковісцидоз, залежно від важкості захворювання.

Матеріали та методи. Обстежено 87 дітей, хворих на МВ, віком від 2 місяців до 17 років (середній вік $9,48 \pm 0,57$ років). Всім проводились загальноклінічні обстеження та мікробіологічне дослідження виділеного мокротиння. Статистична обробка отриманих результатів дослідження проводилась із застосуванням статистичної системи «IBM SPSS Statistics 12.0».

Результати досліджень. При мікробіологічному дослідженні мокротиння найбільш часто висівались культури *St.aureus* (45,94%), *Ps. aeruginosa* (28,37%), *Str. Pyogenes* (35,14%), *Str. Viridans* (43,24%), *Str. Agalactiae* (18,91%), *C. albicans* (54,05%) та *Enterococcus spp.* (44,59%), як у вигляді монокультур, так і в мікстах.

Висів *Ps. aeruginosa* найчастіше спостерігався у дітей з важким перебігом – 19 хворих (47,5%) у порівнянні з дітьми з середньоважким перебігом – 2 хворих (6,1%). До групи *Pseudomonas* також входить *Flavimonas oryzihabitans*, яка висіялась у 4 хворих (5%), *Ps. fluorescens* – 1 хворого, та нещодавно відокремлена група неферментуючої грамнегативної палички роду *Stenotrophomonas* *Stenotrophomonas maltophilia*, яка висіяна всього у 1 хворого. Схожий за своїми властивостями до *Pseudomonas spp.* рід *Burkholderia* був представлений *Burkholderia gladioli*, яка висіяна у 1 хворого.

St.aureus висівався практично у половини дітей як з середньоважким $n=15$ (45,5%), так і з важким перебігом $n=19$ (47,5%). Схожа картина була і для *C. albicans*, яка висівалась у 50% хворих незалежно від важкості перебігу чи періоду захворювання. У 4 дітей (5,04%) із важким перебігом тривалий час виявлявся *St.aureus* MRSA. Серед іншої флори, яка була виявлена у хворих з МВ були *Neisseria spp.*, *Coryn. pseudodiphtheriae*, *St. haemoliticus*, *Lactobacillus spp.*, *C. krusei*, *Asperg. fumigatus*.

Висновки. Оцінивши мікробний пейзаж дихальних шляхів, виявлено, що важкість хвороби має прямий зв'язок із висіяною мікрофлорою. Так, *Ps. aeruginosa* у 8 разів частіше висівалась серед дітей з важким перебігом, у порівнянні з хворими із середньоважким перебігом. Серед обстежених дітей, незалежно від періоду хвороби, висівалися *St.aureus* та *C. albicans*. (47,5% та 50,0% серед хворих із важким перебігом, та 45,5% та 57,6% серед хворих із середньоважким перебігом відповідно).

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Дудник В.М., Пасік В.Ю.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

Актуальність. Захворювання респіраторного тракту актуальні в педіатричній практиці, що пов'язано з широкою розповсюдженістю та частими ускладненнями, особливо у дітей раннього віку. Пневмонія належить до головних причин інфекційної летальності. За даними ВООЗ, летальність дітей першого року життя, обумовлена пневмонією, складає до 20,0-25,0%, в новонароджених – від 18,0-24,0%. Причинами летальних наслідків у дітей раннього віку є запізнена діагностика пневмонії, а також недооцінка ряду додаткових клінічних симптомів. В цьому віці характерна неспецифічність ранніх проявів захворювання, а відсутність патогномонічних симптомів

захворювання створює умови як для гіпо-, так і гіпердіагностики захворювання. Тому потрібний пошук додаткових методів ранньої діагностики пневмонії, особливо в групі дітей раннього віку, що складають значну долю у віковій структурі летальності при цьому захворюванні.

Метою даного дослідження було оцінити особливості перебігу пневмонії у дітей перших 3-х років життя.

Матеріали та методи дослідження. Було проведено ретроспективне вивчення архівної медичної документації 218 дітей, що знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні для дітей раннього віку обласної дитячої клінічної лікарні міста Вінниця з діагнозом пневмонія за період з 2016 – 2017 рр.. згідно наказу МОЗ України №18 від 13.01.05 р.

Результати дослідження. Середній вік обстежених дітей становив $11,67 \pm 9,97$ місяців, а співвідношення хлопчиків та дівчаток практично не відрізнялось (51,8% та 48,2% відповідно). Двобічне враження легень спостерігалось у 82,6%, правобічне – 15,1%, лівобічне – 2,3%. Вогнищева пневмонія реєструвалась у 54,1% (118 дітей), сегментарна – 43,6% (95 дітей) та дольова – 2,3% (5 дітей). Перебіг захворювання ускладнювався ателектазами, обструктивним та кишковим синдромами (10,6%, 5,5%, 13,3% відповідно). При поступленні температура тіла у пацієнтів сягала $38,2 \pm 0,66^\circ\text{C}$, серед скарг переважав кашель: малопродуктивний кашель відмічався у 94% дітей, а продуктивний лише у 6%. Також відмічалась задишка – 29% та нежить – 44%. Аускультативно вислуховувалось жорстке дихання у 82%, ослаблене – 18%, сухі та вологі хрипи (31,2% та 79,8% відповідно). В загальному аналізі крові рівень лейкоцитів становив $9,42 \pm 4,53 \times 10^9$ та ШОЕ – $13,2 \pm 9,03$ мм/год. Збільшення розмірів печінки при ультразвуковому дослідженні спостерігалось у 52,8%, деформація жовчного міхура – 28,4%, наявність осаду – 20,6%, дискінезія жовчовивідних шляхів – 14,2%, потовщення стінки жовчного міхура – 9,6%.

Висновки. У 4 рази частіше в даній досліджуваній групі діагностувалось двобічне вогнищеве враження легень, що супроводжувалось високою температурною реакцією, переважно малопродуктивним кашлем, задишкою (що більш характерна для дітей до одного року), лейкоцитозом та підвищенням ШОЕ. Понад половину дітей з пневмонією мають враження гепатобіліарного тракту, що вказує на необхідність глибшого вивчення ураження гепатобіліарного тракту у дітей раннього віку, хворих на пневмонію.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Дудник В.М., Руденко Г.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця

Актуальність. В структурі захворювань дитячого віку провідне місце в Україні посідає патологія органів травлення, що складає 117,07 на 1000 дитячого населення. Тоді, як хронічна гастродуоденальна патологія займає майже половину від усієї патології органів травлення. Хронічна гастродуоденальна патологія має негативний вплив не тільки на фізичний стан, а також на спосіб та якість життя дитини. Якість життя дітей складається з фізичного, психологічного та соціального компонентів. Вивчення цих компонентів дає можливість визначити зміни в якості життя, оцінити стан здоров'я пацієнта та вплив захворювання на повсякденну соціальну активність.

Мета. Порівняльна оцінка якості життя пацієнтів з хронічною гастродуоденальною патологією до та після лікування.

Матеріали та методи. В ході роботи нами було обстежено 92 дитини з хронічним гастродуоденітом, які проходили обстеження і лікування в педіатричному відділенні №2 Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Всім пацієнтам проводили загальноприйняте обстеження, що включало збір скарг, анамнезу, оцінку клінічної карини і лабораторно-інструментальні дослідження. Проведено динамічне дослідження якості життя за допомогою опитувальників GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale – шкала оцінки шлунково-кишкових симптомів, що включали DS – діарейний синдром, IS – диспепсичний синдром, CS – констипаційний синдром (закреп), AP – синдром абдомінальної болі та RS – рефлюксний синдром. Результати оцінки GSRS відповідають показникам: 1-2 – відмінне здоров'я, а 5-7 – значне порушення здоров'я.) Також опитувальник SF-36 (SF-36 Health Status Survey), який включав фізичне функціонування, рольову діяльність, інтенсивність больового синдрому, загальний стан здоров'я, життєву активність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я дитини. Показники кожної шкали знаходяться в межах 0-100 бала, де 100 відповідає повному здоров'ю).

Результати. В ході дослідження нами було відзначено позитивну динаміку проявів клінічних синдромів за всіма 5 шкалами опитувальника GSRS. При оцінці клінічних проявів було встановлено, що диспепсичний синдром до лікування становив 5,01 бала, тоді як після 2 тижнів терапії відмічалось значне покращення симптомів – 2,52 бала. Синдром абдомінального болю після лікування знизився майже в 2 рази і склав 2,14 бала. При оцінці показника гастроэзофагального рефлюкса також відмічено позитивну динаміку, що на 2 тиждень становила 2,59 бала. Найбільш позитивна динаміка була отримана в ході оцінки двох шкал опитувальника SF-36, де фізичне функціонування до лікування було досить низьким і становило 42,73 бала, на 2 тиждень лікування фізичний стан значно покращився і склав 75,45 бала. Крім того, емоційне функціонування до лікування становило 62,12 бала, та через 2 тижні – 84,85 бала.

Висновки. Дослідження показників якості життя за допомогою опитувальників GSRS і SF-36 є важливою складовою комплексного обстеження дітей з гастродуоденальними захворюваннями, що дає можливість ретельно і об'єктивно оцінити стан здоров'я дитини, ефективність лікування та подальший перебіг захворювання.

МУЛЬТИМОРБИДНА ПАТОЛОГІЯ ПРИ НАРУШЕННЯХ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Дынник¹ В.А., Дынник² А.А.

¹ГУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН», г. Харків

²Харківський національний медичний університет, г. Харків

Цель исследования: определить структуру сопутствующей экстрагенитальной патологии у девочек с нарушениями менструальной функции.

Материалы и методы. Обследовано 293 девочки-подростка 12-18 лет с аномальными маточными кровотечениями (АМК), проходившими лечение в клинике ГУ «ИОЗДП НАМН». Комплекс обследования включал осмотр педиатра, психоневролога, эндокринолога, окулиста, отоларинголога.

Результаты и их обсуждение. У абсолютного большинства пациенток на момент обследования была обнаружена сопутствующая экстрагенитальная патология (89,1%). Чаще всего регистрировались болезни эндокринной системы (47,8%), желудочно-кишечного тракта (47,5%), затем нарушения со стороны психического здоровья (42,3%). Сочетание эндокринной патологии и непсихотических психических расстройств отмечались у 21,8%. Оценка выявленных изменений со стороны эндокринной системы свидетельствовала о преобладании отклонений со стороны щитовидной железы (35,8%), в основном это был диффузный нетоксический зоб I-II степени. Гипоталамический синдром пубертатного периода и нейро-эндокринное ожирение регистрировалось у 15,7% пациенток. Практически у 6% девочек имелось сочетание этих двух эндокринных заболеваний. Следует отметить, что при оценке неврологического статуса у пациенток с АМК грубых неврологических расстройств выявлено не было. Однако привлекает внимание, что чаще всего регистрировались вегето-сосудистая дистония (ВСД – 21,8%), астено-невротические и церебрастенические состояния (14,0%), ликворно-гипертензивный синдром (9,6%), признаки которого регистрировали клинически и с помощью дополнительных методов исследования (ЭХО-ЭЭГ). Сочетание нескольких неврологических заболеваний отмечалось у 6,5% пациенток.

Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта выражались в основном функциональными расстройствами билиарного тракта (42,0%). Гастродуодениты, холециститы, панкреатиты выявлялись у 10,5% пациенток.

Патология со стороны сердечно-сосудистой системы регистрировалась у 10,9% пациенток. В основном это была диспластическая (7,8%) и функциональная (3,1%) кардиомиопатия. Заболевания почек имели 3,4% всех обследованных больных.

Проведение офтальмологического обследования выявило нарушения со стороны зрения почти у 10% девочек. Начальные признаки изменений со стороны сосудов на глазном дне регистрировались у 7,2%, миопия у 3,1% обследованных подростков.

При обследовании ЛОР патология отмечалась у каждой третьей (32,8%) девочки, преобладали хронические тонзиллиты, риниты и риносинуситы (90%).

Наличие мультиморбидной патологии снижает эффективность проводимой негормональной терапии АМК ПП на 10-24% в зависимости от нозологической формы, увеличивает количество рецидивов заболевания в 3,5-4 раза.

Выводы. Для пациенток с АМК ПП характерно наличие сопутствующей патологии, которая вызывает нарастание тяжести состояния, снижает адаптационные возможности, неблагоприятно влияет на течение и исходы заболевания, восстановление репродуктивного потенциала, требует учета взаимовлияния назначаемых медикаментов, является фактором риска развития в будущем серьезных обменно-эндокринных, сердечно-сосудистых заболеваний.

ІМУНОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ У МАТЕРІВ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВОГО РАКУ ЕНДОМЕТРІЯ

Егоров О.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті №2, м. Харків

Розвиток органозберігаючих методів лікування передраку і початкових стадій раку ендометрія дало можливість реалізації репродуктивної функції у даної категорії хворих. Однак залишається невивченим питання про стан здоров'я дітей, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування.

Метою дослідження було вивчення імунологічного статусу дітей першого року життя, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій раку ендометрія.

До першої групи увійшли 40 дітей першого року життя, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування передраку і початкових стадій раку ендометрія. Другу групу склали 35 дітей першого року життя, які народилися у матерів з фізіологічним перебігом вагітності і неускладненим анамнезом.

Вміст імуноглобулінів класів А, М в сироватці крові визначали методом нефелометрії на імунохімічному аналізаторі IMAGE (Beckman Coulter, США) з використанням реактивів цієї ж фірми. Для визначення показників CD3+, CD4+ клітин і CD4+/CD8+ використовували метод непрямой імунофлюоресценції із застосуванням моноклональних антитіл. Циркулюючі імунні комплекси визначали турбодіметричним методом з використанням діагностичних імуноферментних тест-систем.

У дітей другої групи, народжених від матерів з фізіологічним перебігом вагітності, відзначався фізіологічний лімфоцитоз. Рівень CD3+ клітин відповідав нижній межі норми, кількість CD4+ клітин була домінуючою. Співвідношення між імунорегуляторними клітинами CD4+/CD8+ склало 1,29. Даний показник характеризує фізіологічну імуносупресію здорових дітей. Відмінною особливістю даного вікового періоду є невисока концентрація активаційних маркерів (CD25+) і маркерів системи природної цитотоксичності CD16+. Отримані значення у дітей були очікуваними і відображали перебіг так званої фізіологічної імунодепресії у дітей першого року життя. Ознаки імунної недостатності були відзначені і в першій групі дітей. Однак, у дітей, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування передраку та початкових стадій раку ендометрія, ці зміни були більш значимими і характеризувалися порушенням процесів імунологічної толерантності з виснаженням загальної резистентності організму. Рівень CD25+ клітин був вірогідно знижений, а кількість CD16+ клітин підвищена в порівнянні з аналогічними показниками у дітей другої групи. Крім цього виявлено дисбаланс регуляторних субпопуляцій Т-лімфоцитів CD4+ і CD8+, який свідчить про порушення диференціювання імуноцитів. Показники рівня IgE і циркулюючих імунних комплексів відзначалися достовірно вище у дітей першої групи. Особливо слід звернути увагу на різке зниження показників в тестах реакції гальмування міграції лейкоцитів з фітогемаглютиніном і антигенів з тканини тимуса.

Представлені зміни у дітей, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування передраку та початкових стадій раку ендометрія, у віці 6 і 12 місяців дозволили констатувати виражені зміни в імунній системі за супресорним типом.

ВПЛИВ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ НА ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ

Зарецька А.В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Більшість випадків захворювання на інфекційний мононуклеоз (ІМ) припадає на дитячий вік. В більшості випадків первинне інфікування перебігає без симптомів, а в 30% розвивається захворювання з клінічними проявами інфекційного мононуклеозу. Для багатьох лікарів причиною виникнення ІМ є вірус Епштейна-Барр (ВЕБ) та більше ніж у 20% пацієнтів збудниками захворювання виступають цитомегаловірус (ЦМВ), вірус герпесу 1, 2 та 6 типу, вірус імунодефіциту людини, аденовірус, токсоплазма та ін. Органи, які містять лімфоїдно-ретикулярну тканину, залучаються в патологічний процес при ІМ, а ступінь виразності клінічних проявів захворювання залежить від впливу різних збудників захворювання: ВЕБ, ЦМВ, ВГЛ-6 та їх асоціацій (МІКСТ-інфекція). Тому є важливим вивчення стану внутрішніх органів у дітей хворих на ІМ, зокрема печінки, під.

Мета дослідження полягає у виявленні впливу збудників інфекційного мононуклеозу герпесвірусної етіології на функціональний стан печінки у дітей.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі Одеської міської клінічної інфекційної лікарні протягом 2016-2017 рр. Під спостереженням знаходилось 243 дитини віком від 11 міс. до 12 років з діагнозом інфекційний мононуклеоз.

Результати і обговорення. Із 243 етіологічний фактор хвороби вдалось встановити у 228 дітей. Серед них ВЕБ було виявлено у 98 дітей (40,3±3,14)%, ЦМВ – у 24 (9,87±1,91)%, ВГЛ-6 – у 4 дітей (1,6±0,8)%, асоціація збудників (МІКСТ) – у 122 (50,2±3,2)% хворих.

Основними ознаками захворювання були: інтоксикація, гарячковий стан, ангіна, збільшення лімфатичних вузлів, гепатоспленомегалія, та синдром екзантеми. У всіх дітей з ІМ були присутні прояви інтоксикації, лімфаденопатія, з переважним збільшенням шийних лімфатичних вузлів (70,78±2,9)% та лихоманки.

Збільшення печінки та/або селезінки клінічно спостерігалось у 96,3% хворих в гострому періоді ІМ. Гепатомегалія спостерігалась у (83,54±2,37)% хворих. ЦМВ мононуклеоз супроводжувався збільшенням печінки у (58,3±10,06)% (р<0,05) хворих, а при ВЕБ і МІКСТ-інфекції, частота гепатомегалії становила (88,77±3,19)% та (84,42±3,2)% дітей відповідно. В той же час для ІМ ВГЛ-6 етіології збільшення печінки було не характерним (25,0±21,6)%. Спленомегалія була також не характерна при ІМ ЦМВ та ВГЛ-6 етіології (відзначалась у 47,4% та 25% відповідно), а при ВЕБ та МІКСТ-інфекції у (64,28±4,84)% та (67,21±4,41)%.

При оцінці деяких біохімічних показників крові було виявлено, що частота підвищення АЛТ і АСТ визначалась у (32,92±3,01)% та (37,86±3,11)% дітей відповідно. Показник тимолової проби був підвищений у (82,3±2,44)% дітей (підвищення більш ніж в 2 рази відзначалось в (41,15±3,15)% випадків, а у (3,29±1,14)% – в 4 рази).

Висновки. Таким чином, збудники інфекційного мононуклеозу впливають на функціональний стан печінки у дітей. Так, для інфекційного мононуклеозу ВЕБ та МІКСТ-етіології характерно збільшення розмірів печінки та селезінки з підвищенням рівня трансаміназ і тимолової проби в крові ($88,77 \pm 3,19\%$ та $84,42 \pm 3,2\%$ дітей відповідно). Для ІМ ЦМВ етіології гепатоспленомегалія притаманна лише в 47,4% випадків, а ВГЛ-6 ІМ типово перебігає без збільшення печінки та селезінки (гепатоспленомегалія у 25% хворих із підвищенням трансаміназ), ($p < 0,05$).

ВПЛИВ ВНУТРІШНЬОУТРОБНИХ ІНФЕКЦІЙ НА РОЗВИТОК НЕОНАТАЛЬНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Ізюмець О.І., Мількевич Т.В., Машніцька Т.В., Паламарчук У.С.

**Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова, Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, кафедра педіатрії №2.
м. Вінниця, Україна**

Актуальність: Провідною причиною захворювань центральної нервової системи у новонароджених є внутрішньоутробне інфікування, яка впливає на захворюваність і смертність. Часто це є причиною таких розповсюджених діагнозів як «асфіксія», «внутрішньоутробна хронічна гіпоксія», «пологова травма». Широке розповсюдження перинатального інфікування підтверджується лабораторно, в тому числі серед клінічно здорових новонароджених.

Мета: Вивчення взаємозв'язку між проявами неонатальної енцефалопатії у новонароджених дітей та наявності внутрішньоутробних інфекцій у них.

Матеріали та методи: Під наглядом перебувало 60 новонароджених дітей, у яких визначалися клінічні та анамнестичні дані, проводилося дослідження неврологічного статусу, виконувалася планова нейросонографія головного мозку. Породіллям оцінювався соматичний та акушерсько-гінекологічний анамнез, в тому числі вивчалася структура інфекцій уро-генітального тракту.

Отримані результати: Всі обстежені новонароджені діти лікувалися стаціонарно з приводу неонатальної енцефалопатії з наступними синдромами гострого періоду: пригнічення – 31 дитина (52%), збудження – 15 дітей (25%), підвищеної нервово-рефлекторної збудливості – 9 дітей (15%), судомний – 3 дитини (5%), гідроцефальний – 1 дитина (1,5%), гіпертезивно-гідроцефальний – 1 дитина (1,5%). 25 новонароджених дітей (42%) з лабораторними проявами гострої цитомегаловірусної інфекції мали низьку оцінку за шкалою Апгар, 21 дитина (36%) була недоношеною, а 12 дітей (20%) мали локалізовану форму ураження вірусом простого герпеса-1. Ультразвукові ознаки у 35 дітей (58,3%) були наступними: посилення ехоцильності тканин мозку, кісти у перивентрикулярних ділянках, внутрішньошлуночкові або перивентрикулярні крововиливи, розширення бокових шлуночків різного ступеня. При додатковому проведенні рентгенограми черепа виявлялись кальцифікати у перивентрикулярних ділянках. В ході проведеного обстеження був виявлений вплив преморбідного фону (антенатальний анамнез) на TORCH-інфікування у новонароджених дітей: хронічна екстрагенітальна патологія виявлялася у 15 жінок, що складає 25% від усіх обстежених жінок (хронічний пієлонефрит, цистит); запальні захворювання – кольпіт (у 12 жінок – 20%) і самовільні викидні (у 10 жінок – 16,7%). У 60 вагітних з групи TORCH-комплексу виділено цитомегаловірусну та герпетичну інфекцію. При цьому 47 жінок (78%) під час вагітності мали симптоми гострої респіраторно-вірусної інфекції у першій половині вагітності, що може розцінюватися як маніфестна форма TORCH-інфекції; у 30 жінок (50%) було виявлено поєднання декількох внутрішньоутробних інфекцій.

Висновки: Неспецифічність клінічних проявів визначають необхідність пошуку і попередження факторів ризику перинатальної патології. Наявний взаємозв'язок між високою частотою неврологічних порушень у дітей, народжених від інфікованих матерів. Неприятливими чинниками є гострі респіраторні захворювання під час вагітності та наявність інфекцій.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ КУРЯТЬ

Ільченко С.І., Фіалковська А.О.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Хронічний бронхіт (ХБ) на сьогоднішній день залишається однією з найбільш актуальних та дискусійних проблем дитячої пульмонології. Особливе місце серед причин, що сприяють розвитку ХБ в підлітковому віці, посідає тютюнокуріння. Впливу тютюнокуріння на органи дихання присвячено багато досліджень вітчизняних та іноземних науковців, де доведено, що тютюновий дим призводить до розвитку хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) у дорослих. Проте недостатньо робіт, що присвячені впливу тютюнокуріння на розвиток та перебіг ХБ саме в підлітковому віці та визначення групи ризику по розвитку ХОЗЛ в майбутньому.

Мета: дослідити клінічні особливості перебігу ХБ у підлітків, які курять.

Матеріали: обстежено 56 підлітків, хворих на ХБ, серед яких було 40 підлітків, які курять (середній вік – $17,5 \pm 0,2$ роки), та 16 підлітків, які не курять (середній вік – $16,0 \pm 0,4$ роки). Дослідження включало збір анамнезу та об'єктивне обстеження. У підлітків, які курять, вивчався статус тютюнокуріння як фактор ризику розвитку захворювання з розрахунком індексу курця (кількість викурених за добу сигарет $\times 12$ місяців у році, які підліток курил) та показника "пачка/роки" (кількість викурених за добу сигарет \times стаж тютюнокуріння/20).

Результати. Результати проведеного дослідження показали, що у хворих на ХБ, які не курять, середній стаж захворювання достовірно переважав порівняно з хворими, які курять, та становив ($6,9 \pm 0,8$) років проти ($3,2 \pm 0,2$) відповідно ($p < 0,05$). Кількість загострень на рік у хворих на ХБ практично не різнилась та становила ($3,9 \pm 0,1$) проти ($3,9 \pm 0,3$) ($p > 0,05$). У підлітків, які курять, достовірно переважала тривалість загострень на рік, яка в середньому складала ($4,1 \pm 0,1$) тижні проти ($3,6 \pm 0,1$) ($p < 0,05$). Проведений кореляційний аналіз між клініко-анамнестичними даними та показниками статусу тютюнокуріння у підлітків, які курять, виявив достовірний позитивний взаємозв'язок між стажем захворювання та стажем тютюнокуріння ($r = +0,69$; $p < 0,05$), частотою загострень і кількістю викурених за добу сигарет ($r = +0,56$; $p < 0,05$), ІК ($r = +0,56$; $p < 0,05$) і показником «пачка/роки» ($r = +0,59$; $p < 0,05$).

Клінічний перебіг ХБ у підлітків, які курять, порівняно з хворими, які не курять, у періоді клінічної ремісії характеризувався скаргами на постійний ($65,0\%$ проти $12,5\%$; $p < 0,05$) малопродуктивний кашель ($95,0\%$ проти $18,7\%$; $p < 0,001$) переважно в ранковий час ($90,0\%$ проти $25,0\%$; $p < 0,001$). Періоди загострення ХБ у підлітків, які курять, порівняно з тими, які не курять, характеризувалися відсутністю в переважній більшості осіб сезонності ($90,0\%$ проти $25,0\%$; $p < 0,001$), скаргами на малопродуктивний кашель ($80,0\%$ проти $31,2\%$; $p < 0,01$) з виділенням слизового мокротиння ($85,0\%$ проти $25,0\%$; $p < 0,001$), задишку під час фізичного навантаження ($60,0\%$ проти $25,0\%$; $p < 0,05$) і переважанням сухих хрипів під час аускультатії ($70,0\%$ проти $6,3\%$; $p < 0,05$). У хворих, які не курять, під час аускультатії достовірно частіше реєструвалися вологі різнокаліберні ($56,2\%$ проти $20,0\%$; $p < 0,05$) і поєднані хрипи ($37,5\%$ проти $10,0\%$; $p < 0,05$).

Таким чином доведено, що саме тютюнокуріння та особливості його статусу впливають на розвиток і перебіг хронічного бронхіту у підлітковому віці, збільшуючи частоту та тривалість загострень. Отримані дані під час проведених досліджень допоможуть розробити індивідуальні підходи для реабілітації підлітків з ХБ та визначити ризик розвитку ХОЗЛ у майбутньому.

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Е У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЛИГОМЕНОРЕЕЙ И ВТОРИЧНОЙ АМЕНОРЕЕЙ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ МАТКИ В ПРОЦЕССЕ КАТАМНЕЗА

Кашкалда Д.А., Левенец С.А., Удовикова Н.А.

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

Ранее нами была установлена зависимость концентрации витамина Е от объема матки у девочек с гипоменструальным синдромом (ГМС). Актуальным при лечении девочек-подростков с нарушениями менструальной функции (НМФ), и, в частности, с ГМС на фоне гипоплазии матки (ГПМ), являются негормональные методы лечения с использованием витаминов и других биологически активных веществ.

Цель настоящей работы – изучить изменения уровня витамина Е у девочек-подростков с ГМС на фоне ГПМ в процессе катамнестического наблюдения.

Обследовано 19 девочек-подростков 14-18 лет с вторичной аменореей (ВА) и 21 – с олигоменореей (ОМ) на фоне ГПМ, у которых до и через 2 недели лечения определяли уровень витамина Е (токоферол) в сыворотке крови. Группу контроля составила 41 сверстница без НМФ. Применяли базисную терапию (1 группа) и метод ультрафонофореза (УФФ) витамина Е (2 группа). Лечение считали эффективным при увеличении объема матки и/или появлении менструальной реакции.

Установлено, что у девочек 1-й группы концентрация токоферол в сыворотке крови после лечения увеличивается на $28,9\%$ по сравнению с исходными показателями и составляет соответственно $15,08 \pm 1,38$ мкмоль/л и $11,70 \pm 1,50$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Причем, при неэффективном лечении содержание витамина Е было достоверно выше по сравнению с исходным фоном (на $33,1\%$; $p < 0,02$), что может являться положительным прогностическим признаком снижения частоты ГПМ и появления менструаций при длительной терапии. Детальный анализ результатов исследования подтверждает корригирующее действие базисной терапии на содержание витамина Е после лечения. Так, у всех девочек с ГМС (в большей степени при ОМ) на фоне ГПМ частота нормальных значений токоферол после лечения встречается достоверно чаще ($p < 0,01$), а частота низких показателей, напротив – реже ($p < 0,01$). Аналогичная зависимость наблюдается у больных с неэффективным лечением, у которых после терапии частота нормальных значений витамина Е увеличивается в 7 раз ($p < 0,0001$), а частота низких показателей уменьшается в 3,5 раза ($p < 0,01$).

У пациенток 2-й группы значения токоферол до и после лечения не имели достоверных различий, однако при детальном анализе обнаружено, что лечение УФ витамина Е увеличивает частоту нормальных показателей у девочек с ГМС, в большей при ВА, особенно при эффективном лечении. При этом частота нормальных показателей увеличивается в 3-4 раза ($p < 0,04$), а низких – имеет противоположную направленность.

Таким образом, использование негормональных методов при лечении девочек-подростков с ГМС на фоне ГПМ приводит к положи-

тельной динамике изменений концентрации витамина Е, что способствует появлению менструаций у каждой третьей девочки при базисной терапии и у 61% – при использовании УФФ витамина Е.

В процессе катamnестического наблюдения обнаружена коррекция содержания токоферола у пациенток с ГПМ при ГМС: увеличение частоты нормальных показателей и снижение – низких. Причем при базисной терапии в большей степени это наблюдается у девочек с ОМ, а при лечении УФФ витамина Е – при ВА.

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕІНВАЗИВНИХ МАРКЕРІВ У ПРОГНОЗУВАНІ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Колоскова О.К., Дікал М.В., Білоус Т.М., Білоус В.В.¹

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

¹Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича, м. Чернівці

Мета дослідження. На підставі біохімічного аналізу складу легеневого експірату, визначити діагностичну роль окремих його маркерів та показники ризику несприятливого перебігу негоспітальної пневмонії.

Матеріал і методи. На базі пульмонологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці (Україна) методом простої випадкової вибірки за методикою «випадок-контроль» обстежено 26 дітей із верифікованою негоспітальною пневмонією, які лікувалися в умовах стаціонару у продовж не більше 12 діб (I група), і 36 дітей, які отримували стаціонарне лікування впродовж більше 2 тижнів (II група). Середній вік представників I групи становив $8,6 \pm 0,84$ років, з них 53,8% було хлопчиків. Середній вік хворих II групи сягав $10,1 \pm 0,79$ років ($p > 0,05$), серед них частка хлопчиків становила 55,6% випадків ($p > 0,05$). За основними клінічними характеристиками групи порівняння суттєво не відрізнялися.

Результати дослідження. Виявлено, що за тяжкістю та формою пневмонії клінічні групи вірогідно не різнилися, однак у пацієнтів II групи вірогідно частіше траплялося ускладнення у вигляді ексудативного плевриту (8,3%, $p < 0,05$) за відсутності наявних легеневих ускладнень у хворих I групи. Встановлено, що у дітей, які потребують тривалішого стаціонарного лікування, через несприятливий перебіг пневмонічного процесу, у конденсаті видихуваного повітря відмічаються ознаки посилення окислювальної модифікації протеїнів. Так, вміст альдегід- і кетопохідних 2,4-динітрофенілгідрозонів основного характеру у I групі сягав у середньому $30,0 \pm 3,64$ Е 430 ммоль/г протеїну проти $76,1 \pm 8,64$ Е 430 ммоль/г протеїну, а нейтрального характеру відповідно – $3,8 \pm 0,21$ і $8,4 \pm 0,84$ Е 370 ммоль/г протеїну ($p < 0,05$). Разом із тим, уміст цих продуктів окислювальної модифікації протеїнів можна застосовувати як маркер несприятливого перебігу запального процесу легеневої паренхіми та ризику тривалого стаціонарного лікування. Зокрема, вміст альдегід- і кетопохідних 2,4-динітрофенілгідрозонів основного характеру, який перевищував 55 Е430 ммоль/г протеїну, як тест щодо несприятливого і тривалого перебігу пневмонічного процесу, характеризувався специфічністю 90,9%, передбачуваною цінністю позитивного результату 98,8%, посттестовою ймовірністю результату 90,7%. При цьому співвідношення шансів сягало 8,0 (95%) при відносному ризику події 2,0.

Середній вміст метаболітів монооксиду нітрогену в конденсаті видихуваного повітря становив у I групі $38,3 \pm 9,04$ мкмоль/л та $48,7 \pm 6,88$ мкмоль/л у II групі ($p > 0,05$). При цьому вміст метаболітів монооксиду нітрогену більше 38 мкмоль/л вірогідно свідчив про ризик необхідності тривалого стаціонарного лікування з приводу пневмонії: співвідношення шансів – 6,9, відносний ризик події 2,6 і посттестова ймовірність 65,6%, чутливість тесту 84,6%.

Висновки. Таким чином, при негоспітальних пневмоніях у дітей, які потребують стаціонарного лікування, у легеневому експіраті зростає вміст продуктів окислювальної модифікації протеїнів та метаболітів монооксиду нітрогену, що можна застосовувати в якості неінвазивної діагностики та виявлення ризику несприятливого перебігу інфекційно-запального процесу в альвеолярній тканині.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ САМООЦІНКИ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Колоскова О.К., Шахова О.О., Лобанова Т.О.

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб, м. Чернівці

Мета роботи. Встановити гендерні відмінності у самооцінці перебігу бронхіальної астми у підлітків, за АСТ-тестом та опитувальником GINA для оптимізації менеджменту захворювання.

Матеріал і методи. На базі пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 103 дитини підліткового віку, що хворіють на бронхіальну астму (БА). Проведений діагностичний комплекс передбачав, зокрема, алергологічне (методом скарифі-

каційних проб або прик-тестів) обстеження й анкетування за АСТ-тестом та GINA для визначення самооцінки рівня контролю над перебігом захворювання.

Отримані результати. Встановлено, що обстежені хлопці відзначали дещо кращий ступінь контролю БА порівняно з дівчатами-однолітками при опитуванні за АСТ-тестом, середні результати якого, у першому випадку, становили $17,9 \pm 0,5$ балу, а у другому – $16,4 \pm 0,7$ балу ($p > 0,05$). Потреба у користуванні ситуаційною бронхорозширювальною терапією у хлопців виявилася дещо меншою ($3,5 \pm 0,1$ балу), ніж у дівчат-підлітків ($3,0 \pm 0,2$ балу, $p < 0,05$). Кращою виявилася у хлопців самооцінка контролю БА й за опитувальником GINA ($8,5 \pm 0,2$ проти $9,0 \pm 0,3$ балу, $p = 0,05$). Встановлений статистично вірогідний ризик досягнення контролю над перебігом БА у хлопців, за даними самооцінки за АСТ-тестом. Так, відносно дівчат однолітків показники клінічно-епідеміологічного ризику досягнення контролю у хлопців становили: співвідношення шансів $2,8$ (95%ДІ $1,1-7,1$), абсолютний ризик 23% , відносний $1,5$ (95%ДІ $1,1-1,9$). Проте, у хлопців вірогідно частіше траплялись позитивні ($54,7\%$ проти $26,0\%$) та сумнівні ($23,8\%$ та $7,1\%$ відповідно, $p < 0,05$) результати прик-тестів із пилковими алергенами.

Висновки: Таким чином, у хлопців-підлітків при опитуванні за тестами АСТ і GINA відзначається кращий рівень контролю БА порівняно з дівчатами-однолітками, проте внутрішньо-шкірні алерготести частіше супроводжуються позитивними результатами, що потрібно враховувати при складанні індивідуальних планів лікувально-профілактичних заходів при астмі у підлітковому віці.

ЗАТРИМКА СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ РОЗЛАДІВ У ХЛОПЦІВ

Косовцова Г.В., Будрейко О.А., Турчина С.І., Філіпова Н.В., Левчук Л.П.
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»,
м. Харків

За останні роки проблема андрогенної недостатності вивчається у віковому аспекті і більшість досліджень проведена у дорослих чоловіків, тому що основною причиною смертності та інвалідації серед чоловіків є смертність від серцево-судинних захворювань. У той же час, висока розповсюдженість затримки статевого розвитку (ЗСР) серед підлітків, яка супроводжується андрогенною недостатністю, обумовлюють актуальність вивчення проблеми впливу гіпоандрогенії (ГА) на формування соматичної патології у період статевого дозрівання.

Мета дослідження – оцінка функціонального стану серцево-судинної системи (ССС) в залежності від наявності гіпоандрогенії у хлопців-підлітків.

Індивідуальний аналіз показників частоти серцевих скорочень (ЧСС) та артеріального тиску (АТ) дозволив встановити, що лише у $25,3\%$ у хлопців із ЗСР реєстрували оптимальні показники ЧСС, $2/3$ обстежених мали нормальні значення систолічного АТ (САТ) ($68,1\%$) та діастолічного АТ (ДАТ) ($68,7\%$). Майже у половини ($47,8\%$) хлопців із ЗСР ЧСС була уповільнена, у $26,9\%$ – прискорена. При вивченні середніх по групах показників ЧСС та АТ з урахуванням ступеню ГА в залежності від рівня тестостерону (Т) було доведено, що у хлопців з помірною ГА ($72,5 \pm 2,4$ уд/хв, $p < 0,05$) та значною ГА ($75,45 \pm 1,97$ уд/хв, $p < 0,05$) ЧСС вірогідно перевищувала показники у хлопців з незначною ГА ($64,8 \pm 2,1$ уд/хв). Встановлено, що у пацієнтів із незначною ГА у $2/3$ обстежених реєстрували брадикардію та відсутність випадків тахікардії. У той час, як серед підлітків з помірною та значною ГА зростає відсоток хворих із прискоренням ЧСС ($30,0\%$ та $39,39\%$ відповідно) та зменшується питома вага хворих із уповільненням ЧСС ($45,0\%$ та $39,4\%$), $p < 0,05$. Середній рівень САТ і ДАТ у пацієнтів із ЗСР та різним ступенем ГА достовірно не відрізнявся. Однак, при індивідуальному аналізі доведено, що поглиблення ступеня ГА супроводжувалося збільшенням кількості пацієнтів із зниженням САТ, який діагностували у $12,5\%$ обстежених з незначною ГА, $37,2\%$ – з помірною ГА та $37,1\%$ – із значною ГА ($p < 0,05$). Зменшення рівня ДАТ серед підлітків усіх груп практично не відрізнялась.

Під час індивідуального аналізу значень вегетативного індексу Кердо (ВІК) встановлено, що із зростанням ступеня ГА зменшується відсоток пацієнтів із ваготонією (від $26,7\%$ до $12,5\%$) поряд із збільшенням відсотка підлітків із симпатикотонією ($46,7\%$, $68,8\%$ та $70,0\%$, $p < 0,05$). Таким чином, значення ВІК у хлопців з найменшим ступенем ГА відповідали стану рівноваги вегетативної нервової системи чи свідчили про помірний прояв парасимпатикотонії, більш сприятливого анаболічного варіанту метаболізму та економного режиму функціонування. У хлопців з помірним та значним ступенем ГА показники ВІК частіше перевищували контрольні значення, що свідчило про посилення симпатикотонії та прискорення процесів катаболізму з витратами резерву організму. Проведення кореляційного аналізу визначило наявність прямого зв'язку між САТ та Т ($r = 0,35$, $p < 0,02$) та зворотного між Т та ЧСС ($r = -0,31$, $p < 0,02$) та ВІК ($r = -0,32$, $p < 0,02$), що підтверджує вплив тестостерону та його дефіциту на функціональний стан ССС.

Таким чином проведене дослідження дозволило встановити негативний вплив гіпоандрогенії на функціональний стан ССС, а саме наявність тісного взаємозв'язку між ступенем дефіциту андрогенів та відхиленнями у вегетативній нервовій системі.

ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ВІКОМ 8-9 РОКІВ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ (РЕЗУЛЬТАТИ І-ГО ЕТАПУ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Крючко Т.О.¹, Ткаченко О.Я.¹, Мельник М.О.¹, Fal A.M.²

¹Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

²Вроцлавський медичний університет, Польща

Вступ. За даними Європейської академії алергології і клінічної імунології (EAACI, 2016) алергія є найбільш поширеним хронічним захворюванням в Європі. На сьогоднішній день дана патологія представляє собою глобальну медико-соціальну проблему, адже до 40% населення Землі має алергічні захворювання, серед дитячої популяції до 15%. В Україні на алергічні захворювання страждає 10-15% населення за даними статистики, що значно менше світових показників. Широка розповсюдженість алергічних захворювань спонукає до постійного удосконалення шляхів раннього виявлення та подальшого ведення даної категорії пацієнтів.

Мета дослідження: вивчити поширеність факторів ризику виникнення алергічних захворювань у дітей віком 8-9 років Полтавської області в рамках міжнародної Програми профілактики астми та алергії у дітей м. Вроцлава (Польща).

Матеріали та методи. Дослідження проводилось відповідно схеми прескриптивного скринінга і включало два етапи: 1-й – опитування за допомогою анкет встановленого та затвердженого зразка; 2-й – додаткове клініко-лабораторне обстеження частини дітей, які потребували подальшої деталізації та уточнення діагнозу.

Результати дослідження та їх обговорення. За допомогою анкет було опитано 1068 дітей віком 8-9 років, з них 600 (56,2%) осіб чоловічої та 468 (43,8%) – жіночої статі. За місцем проживання анкетовані розподілились приблизно порівну: міських жителів було 525 (49,2%), сільських – 543 (50,8%). За виявленням алергічних захворювань у родині розподіл відбувся наступним чином: на наявність бронхіальної астми вказало 38 осіб (3,6%), алергічний риніт та/або алергічний кон'юнктивіт – 128 осіб (12,0%), atopічний дерматит – 54 особи (5,1%), харчову алергію – 129 осіб (12,1%), алергія на ліки – 25 осіб (11,7%). На питання, чи було виявлене у дитини хронічне алергічне захворювання найбільший відсоток опитуваних (7,7%) зазначили наявність алергічного риніту, який є однією з найбільш поширених алергопатологій респіраторного тракту. Виходячи з теорії «єдина дихальна система – єдине захворювання», хворі алергічним ринітом розглядаються як група ризику виникнення бронхіальної астми. Саме тому, додатковий аналіз клінічної симптоматики, що характеризує гіперактивність бронхів за даними опитувальника, дозволив виділити групу дітей для подальшого обстеження на предмет скритої бронхообструкції, адже бронхіальна астма серед опитуваних була встановлена лише у 1,6% випадків. Наступну сходинку по частоті алергопатології зайняв atopічний дерматит (5,1%), серед яких більшість опитуваних зазначили наявність харчової алергії в анамнезі. Дану категорію респондентів, при сукупності інших критеріїв, підлягає більш детальному та прискіпливому аналізу на другому етапі дослідження.

Висновок. У ході проведеного першого етапу епідеміологічного дослідження нам вдалося з'ясувати як превалентність (частоту випадків захворювань в певній групі населення) вже діагностованих алергічних захворювань у дітей Полтавського регіону, так і виділити категорію дітей, що потребують алгоритму додаткової діагностики на предмет виявлення алергічної патології на другій сходинці дослідження.

СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ СТАНДАРТИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ

Крючко Т.О., Несіна І.М., Ткаченко О.Я., Пода О.А., Бубир Л.М.

Вищий державний навчальний заклад України „Українська медична стоматологічна академія“, м. Полтава

Згідно з останніми експертними оцінками на харчову алергію страждають близько 5% дорослих та 8% дітей (А.К. Kobernick, A.W. Burks, 2016). Відомо, що 50-90% випадків клінічної маніфестації гіперчутливості до харчових алергенів мають IgE-незалежні механізми розвитку. Саме тому, актуальним на сьогодні залишається пошук оптимізованих підходів до діагностики гастроінтестинальної харчової алергії у дітей.

Метою нашого дослідження став аналіз сучасних можливостей діагностики гастроінтестинальної алергії у дітей з захворюваннями травного тракту.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилось 37 дітей у віці від 3 до 15 років з проявами гастроінтестинальної алергії (ГІА). Всім дітям проводилося комплексне обстеження, що включало в себе збір анамнестичних даних, оцінку клініко-лабораторних симптомів, алергологічне обстеження, визначення загального та специфічних IgE в сироватці крові, езофагогастроудоденоскопію та морфологічне дослідження біоптатів.

Результати та їх обговорення. Аналізуючи вікові особливості встановлено, що більшість (62,2%) склали діти молодшого шкільного віку, підлітки та діти дошкільного віку склали 21,6% та 16,2% відповідно, без гендерних відмінностей. Аналізуючи анамнез захворювання та клінічні дані ми з'ясували, що дебют харчової алергії майже у половини обстежених дітей (48,7%) відбувся до 6-місячного віку. Слід також зауважити, що у більшості першими маніфестували гастроінтестинальні розлади, однак у 35,1% дітей превалювало поєднання шкірно-гастроінтестинальних симптомів. За даними сімейного алергологічного анамнезу спадкова схильність діагностувалась у 67,6% дітей. У близьких родичів часто реєструвались наступні алергологічні захворювання: алергічний риніт (29,7%), atopічний дерматит (27%), харчова алергія (21,6%), бронхіальна астма (16,2%). Результати повного алергологічного обстеження з використанням класичних діагностичних методів показали, що з усієї когорти пацієнтів зі шкірними симптомами, пов'язаними з вживанням продуктів харчування, тільки 22,5% дітей у віці старше 6 років і 16,7% – віком від 3 років мали імунні механізми харчової алергії, підтверджені лабораторно рівнями специфічних IgE. При проведенні ендоскопічного дослідження у більшості дітей з ПА були діагностовані органічні ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (езофагіт – 12,9%, хронічний гастродуоденіт – 38,7%, хронічний гастрит – 25,8%) та у третини з них – дискінетичні розлади у вигляді гастроєзофагального та дуодено-гастрального рефлюксу. Гістологічне дослідження слизової оболонки шлунку і дванадцятипалої кишки виявило різке підвищення щільності лімфоцитарно-плазмоцитарного інфільтрату у 45,2% обстежених, яке носило дифузний характер із ураженням епітеліального шару і власної пластинки, у 67,8% асоційоване з *Helicobacter pylori*. При цьому у чверті обстежених (25,8%) було підтверджено ознаки імуніалергічного запалення (збільшення кількості еозинофільних гранулоцитів, лімфоїдна гіперплазія) в біоптатах СО шлунку та ДПК.

Висновки. Таким чином, результати проведеного дослідження демонструють достовірність морфологічних змін біоптату, як верифікуючого маркера діагностики гастроінтестинальної алергії у дітей.

ЦЕРЕБРАЛЬНА ГЕМОДИНАМІКА У ДІТЕЙ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Кулешов О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Проведено обстеження 106 дітей з пролапсом мітрального клапана (ПМК). Всі діти обстежені, оглянуті вузькими спеціалістами. Проводилось обстеження мозкової гемодинаміки за допомогою реоенцефалографії з оцінкою якісних та кількісних показників. Порівняння показників проводилось з даними здорових дітей.

Аналіз кількісних показників РеоЕГ у дітей з ПМК в кількості показав варіабельність їх результатів. Так, визначаючи величину пульсового кровонаповнення, (PI) мало місце діагностично значуще його зниження, що свідчить про гіповолемічний стан церебральної гемодинаміки. Аналізуючи показник (дікротичний індекс), що відображає тонус дрібних судин встановлено тенденція до його збільшення, без достовірних відмінностей. Тобто тонус дрібних судин загалом не підвищений. Тонус вен (діастолічний індекс) також має тенденцію до збільшення і знаходиться в межах норми і свідчить про задовільність венозного відтоку в цілому. Показник тривалості часу анакрити встановив достовірне її збільшення в обох півкулях ($p < 0,001$), що може вказувати на підвищення тону та зниження еластичності судин великого та середнього калібру. Можна стверджувати, що у дітей з ПМК має місце гіповолемічний тип кровотоку на фоні напруження тону судин всіх калібрів без патологічних їх відхилень.

Якісний аналіз включав оцінку типу реограми в цілому, враховуючи тонус судин всіх калібрів та стан венозної системи. Виділено три типи реографічних кривих: нормотонічний, гіпертонічний та гіпотонічний. Стан тону судин також розподілявся за 3-ма типами, а саме – нормальний, підвищений та знижений, як і венозний відтік. Окремо виділено частоту дистонічних порушень. Так, найбільш частим типом реограми був гіпертонічний тип, який зустрічався у 61 дитини (57,5%). Частота реограм з гіпотонічним типом мала невелику кількість – 20 (18,9%) дітей. Решта 25 (23,6%) дітей не мали відхилень географічної кривої, де заключення щодо типу реограми значилась як нормотонічна. Серед стану судин крупного калібру домінував підвищений тонус – майже у половини дітей обстежуваної групи (48 дітей, що склали 45,3%). Зниження тону зустрічалось у 27 (25,5%) дітей та дещо більша кількість дітей не мала порушень з боку судин крупного калібру, що склали 31 дитину (29,2%). Вивчаючи стан судин середнього калібру слід зазначити, що в даному випадку частота зустрічаємості збільшення тону значно вища за крупні судини і складає 73 (68%) дитини. Незначна кількість дітей мала знижений тонус (10 дітей – 9,4%) та решта 24 (22,6%) – нормальний, відповідно. Кровотік дрібних судин: 38 (36,8%) – нормальний та 39 (36,8%) дітей – підвищений. Порушення венозного відтоку у вигляді підвищення тону вен супроводжувалось майже у половини дітей – у 56 (52,83%). Зниження тону судин, що супроводжувалось венозним застоєм мало місце у 17 (16,07%) дітей. Задовільний венозний відтік мало 33 (31,1%) дитини.

Таким чином, у дітей з ПМК характерне підвищення тону судин всіх калібрів з домінування середнього та гіпертонічний тип реограми. Про це свідчать як якісні так і кількісні показники.

ПОКАЗАТЕЛИ СТРЕСС-РЕГУЛИРУЮЩИХ СИСТЕМ У ДЕТЕЙ С КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ИЗ ЗОНЫ АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Лебедь И.С.^{1,2}, Толмачева С.Р.^{2,1}, Кашкалда Д.А.¹, Никонова В.В.¹

¹ ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», г. Харьков

² Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков

В последние годы установлена связь стресса во время военных действий с увеличением уровня сердечно-сосудистых заболеваний и обострением хронической патологии. Нарушение соотношения процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС) является общим механизмом проявления как адаптационно-компенсаторных реакций, так и развитием патологического процесса.

Цель: дать характеристику состояния здоровья детей из зоны антитеррористической операции (АТО) на Востоке Украины с кардиоревматологической патологией и изучить у них показатели стресс-регулирующих систем.

Проведено обследование 126 детей в возрасте 8-18 лет, из них 92 пациента из АТО и 34 ребенка-переселенца. Определяли показатели стресс-реализующих (кортизол, ТБК-активные продукты и диеновые конъюгаты в сыворотке крови, адреналин и норадреналин в суточной моче), стресс-лимитирующих (серотонин, восстановленный глутатион, глутатионпероксидаза (ГПО) и супероксиддисмутаза (СОД) в крови и мелатонин в суточной моче) систем. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS-17.

Сравнительный анализ частоты соматической патологии у детей из зоны ООС и группы сравнения (переселенцев) свидетельствовал о том, что у пациентов первой группы реже встречались ревматические заболевания (17,7% против 31,5%; $p < 0,05$) и патология органов кровообращения (26,3% и 44,2%; $p < 0,01$). Практически (87,9%) у всех детей были диагностированы различные психосоматические нарушения. Преобладали тревожные расстройства, кратковременные и длительные невротические и депрессивные реакции.

У больных с сердечно-сосудистой патологией выявлено достоверное ($p_u < 0,03$) увеличение активности СОД в сыворотке крови и снижение экскреции мелатонина с мочой ($35,57 \pm 4,74$ нмоль/доб против $68,68 \pm 10,68$ нмоль/доб; $p_u < 0,05$), в сравнении с пациентами с ревматическими заболеваниями. Установлена положительная корреляционная связь концентрации диеновых конъюгатов с кортизолом ($r = 0,71$; $p < 0,001$) и восстановленным глутатионом ($r = 0,48$; $p < 0,05$), а также определялась обратная зависимость между активностью СОД и ГПО ($r = -0,69$; $p < 0,002$), что подтверждает недостаточность последней для обезвреживания перекиси водорода у пациентов с заболеваниями органов кровообращения. У детей с ревматическими заболеваниями выявлена сильная отрицательная корреляционная связь концентрации кортизола с активностью ГПО ($r = -0,80$; $p < 0,002$) и положительная связь между уровнями СОД и восстановленного глутатиона ($r = 0,72$; $p < 0,04$).

Таким образом, у пациентов с патологией органов кровообращения отмечается активация стресс-реализующих систем, а у больных с ревматическими заболеваниями – напряжение стресс-лимитирующих систем.

ГІПЕРГЛІКЕМІЯ ЯК МАРКЕР ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ НЕОНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Логінова І.О., Шевцова Т.І., Правдюк Г.В., Ткаченко Ю.В.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. Київ

Київський міський пологовий будинок № 6

Дисбаланс обміну глюкози має важливе значення в практичній неонатології. Як показує клінічний досвід, останнім часом все частіше зустрічаються випадки гіперглікемії у новонароджених, в першу чергу, серед дітей, які знаходяться на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії. В той же час, ця проблема недостатньо висвітлена в літературі.

Схильність новонароджених до гіперглікемії має мультифакторний генез та 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, що проявляється синдромом пригнічення ЦНС внаслідок набряку головного мозку та сприяє розвитку внутрішньошлункових крововиливів (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 була виявлена у 9,9% новонароджених, серед яких більшість склали передчасно народжені діти (66,6%). Звертала на себе увагу висока питома вага дітей з затримкою внутрішньоутроб-

ного розвитку (20%). 53% дітей з гіперглікемією мали інфекційну патологію (вроджена пневмонія, ентероколіт, гепатит, сепсис).

Серед недоношених дітей (середній гестаційний вік складав 31,8 тиж.) частота розвитку гіперглікемії була прямо пропорційна такій патології, як ВШК ($P = 0,025$), важкий РДС ($p = 0,05$) і сепсис ($p = 0,025$), а також чоловічій статі ($p = 0,05$); в той же час обернено пропорційна масі тіла при народженні ($p = 0,05$) та антенатальному введенню стероїдів ($p = 0,05$). Лікування гіперглікемії включало зменшення концентрації глюкози в розчині для внутрішньовенного введення та швидкості інфузії; надалі проводилось введення інсуліну короткої дії. У 80% дітей після проведення зазначених заходів відмічалась нормалізація рівню глюкози крові. Не виключено, що врахування впливу гіперглікемії на стан центральної нервової системи та її ефективна корекція в певній мірі сприяли запобіганню летального виходу. 20% дітей з резистентною до інсулінотерапії гіперглікемією мали несприятливий вихід. Причини летальності: ВШК, сепсис, некротичний ентероколіт з перфорацією.

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

Доцільним є запровадження постійного моніторингу рівня глюкози у дітей, які знаходяться на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії, та застосування заходів щодо своєчасної корекції виявлених порушень.

АНАЛІЗ ТРЕНДУ ЧАСТОТИ СКОРОЧЕНЬ СЕРЦЯ ЗА ДАНИМИ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

**Майданник В.Г., Мітюряєва І.О., Гнилокурченко Г.В., Загурська О.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця**

Останнім часом все більше досліджується тісний зв'язок між станом серцево-судинної та вегетативної нервової систем. Дисбаланс вегетативної нервової системи призводить до порушення фізіологічної регуляції в організмі дитини, в тому числі до розладів сну. Цей специфічний фізіологічний стан, а також перехід від сну до неспання відіграє значну роль у життєдіяльності дитини. Порушення цього процесу може супроводжуватись розвитком життєзагрозливих станів, що потребує подальшого вивчення.

Мета дослідження: Визначити порушення сну у пацієнтів з ПВН, що супроводжувались синкопальними станами за результатами аналізу тренду частоти скорочень серця (ЧСС) за даними холтерівського моніторингу.

Матеріали та методи: Під нашим наглядом знаходились 20 дітей 10-16 років з пароксизмальною вегетативною недостатністю, які обстежувались в ДКЛ №6 м. Києва. Діти мали скарги на головні болі, запаморочення, симпатоадреналові та вагоінсулярні кризи, а також в анамнезі були синкопальні стани. Хворі проходили загально клінічне обстеження, консультацію ЛОР та холтерівське моніторування ЕКГ за допомогою програми «КардиоБиоРитм» (АОЗТ «Сольвейг», Київ). Для оцінки структури сну використовували алгоритм аналізу тренду ЧСС, за Макаровим, з визначенням періодів підвищеної дисперсії ритму (ППД), що свідчить про фазу швидкого сну та періодів стабільного ритму (ПСР), що відповідає деяким фазам повільного сну.

Результати: За результатами дослідження 25% пацієнтів мали 6-10 періодів ППД ритму протягом сну (норма 4-5), при чому періоди ППД в структурі нічного сну складали більше 50%. Звертає увагу, що 2/3 цих хворих мали хронічний тонзиліт та гіпертрофію мигдаликів, що може вказувати на порушення сну, пов'язані з апное уві сні. Також, у 10% хворих встановлено підвищення циркадного індексу більше 1,45, що вказує на чутливість ритму серця до впливу симпатичної нервової системи.

Висновки: Отже, порушення фаз сну із збільшенням кількості ППД ритму свідчить про нестабільність серцевого ритму у хворих на ПВН, що потребує відповідної корекції.

ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ. ДОСВІД КАФЕДРИ ПЕДІАТРІЇ №4 НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Майданник В.Г.¹, Терлецький Р.В.¹, Гнилокурченко М.С.².

**¹Кафедра педіатрії №4, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
²НТУУ «КПІ ім. Ігоря Сікорського», ІПСА**

На сучасному етапі розвитку суспільства широко застосовуються інформаційні технології. Перелік приладів, за допомогою яких можливо користуватися інформацією, доволі значний – від портативних гаджетів до комп'ютерів, що допомагає пошуку інформації в будь-який час. Тому, методики проведення занять, доступ до літературних джерел, обмін інформацією потребують використання інформаційних технологій у навчальному процесі.

Мета: Визначити основні параметри роботи сайту кафедри педіатрії №4 та оцінити ефективність його використання у навчальному процесі.

Матеріали та методи. Для отримання необхідної інформації про роботу сайту та необхідність його у навчальному процесі використовували інструмент С. Так, за допомогою нього визначали наступні показники: активність користувачів на сайті на даний момент, середня тривалість перебування на сайті, кількість користувачів, в тому числі і відвідування вперше, найбільш популярні сторінки сайту, мету зміни сторінки та кількість переходів з однієї сторінки на іншу.

Результати дослідження. За результатами звіту Google Analytics студенти, які навчаються на кафедрі педіатрії №4, відвідують сайт щодня. Найбільш популярними є сторінки з розкладом лекцій, відпрацювання та пмк. На другому місці - розділи, що містять відео- та лекційні матеріали, що вказує на необхідність своєчасного поновлення цих сторінок. Найчастіше студенти користуються мобільною версією сайту для перегляду інформації. Анкета для студентів, що розташована на сайті, дозволяє анонімно отримати інформацію про навчальний процес та задоволеність студентів роботою викладачів. Так, 88% студентів із 70 вважає, що найважливіше в успішному навчанні - це бажання викладача навчити, 68% - його професійна компетентність, 43% - доброзичливість та рівень ерудиції і тільки 20% - його вимогливість. На думку 75% студентів у навчальному процесі ефективним є колективне обговорення теми, 59% вважають важливим роботу біля ліжка хворого, 40,5% - вирішення ситуаційних задач і тільки 24% - усне опитування.

Висновки. Активне наповнення сайту актуальною інформацією, сучасними лекціями та відеоматеріалам, дає можливість студенту ефективніше готуватись до заняття. За допомогою Google Analytics співробітники кафедри можуть оцінити активність студентів у пошуку інформації, та отримати зворотній зв'язок від студентів, що підвищує якість навчального процесу.

БРОНХООБСТРУКТИВНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ – ПРЕДИКТОРИ ТА НАСЛІДКИ

**Макєєва Н.І., Алексєєва Н.П., Бірюкова М.К., Малахова В.М.,
Цимбал В.М., Ярова К.К.**

Харківський національний медичний університет, кафедра педіатрії №2. Харків

Висока розповсюдженість бронхообструктивного синдрому (БОС) в дитячому віці, важкість диференційної діагностики нозологічної форми, яка супроводжується БОС, особливо у дітей молодшого віку, рецидування БОС та формування хронічної бронхолегеневої патології (бронхіальна астма (БА), хронічна обструктивна хвороба легень та інші) роблять проблему бронхіальної обструкції в педіатрії доволі значущою. Першочерговою задачею є визначення чинника БОС, що забезпечує адекватне лікування, позитивно впливає на клінічний перебіг та прогноз захворювання.

Мета дослідження: виявити групу факторів, які є вірогідними чинниками формування хронічної бронхолегеневої патології, а саме БА, серед дітей, які мали хоча б один епізод бронхіальної обструкції.

Матеріали та методи: ретроспективний аналіз даних історій хвороб 126 дітей у віці від 1-го місяця життя до 18 років, які перебували на лікуванні в пульмонологічному відділенні КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня №16»

Результати. Обстежено 67 (53%) дітей дошкільного віку, 59 (47%) дітей шкільного віку. За статтю серед обстежених, незалежно від віку дитини, переважали хлопчики ($p < 0,05$). БОС інфекційного генезу мали 61% дітей молодшого віку, а 39% дітей цієї групи страждали на БА та мали повторні епізоди БОС на тлі загострення астми. Діти, хворі на БА, майже в 4 рази частіше ($OR_1 3,94 [95\% CI 1,14-13,65]$, $p < 0,05$) мали обтяжений перинатальний анамнез – гестози вагітних у матерів, асфіксія під час пологів, гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку, ШВЛ після народження. У 67% дітей з повторними епізодами БОС виявляли супутню патологію у вигляді atopічного дерматиту, алергічного риніту. Лише 29% дітей з першим епізодом БОС мали в анамнезі алергійні захворювання. Наявність супутніх алергічних захворювань вірогідно збільшувало ризик рецидування БОС більш ніж у 2,5 рази ($OR 2,64 [95\% CI 1,19-6,15]$, $p < 0,05$).

Ми проаналізували частоту прийому антибіотиків на 1-ому році життя у дітей. В групі дітей дошкільного віку терапію антибіотиками отримували 50% дітей з алергічною природою БОС, та 31% дітей з інфекційним характером БОС. Таким чином, антибіотикотерапія на першому році життя більш ніж в 2,5 рази підвищує ризик формування рецидивуючого БОС та БА ($OR_1 2,86 [95\% CI 1,05- 8,14]$, $p < 0,05$). Серед дітей шкільного віку антибіотикотерапію отримували 52% дітей з БА та 48% дітей, у яких БОС був пов'язаний з респіраторною інфекцією. У дітей цієї групи ми не встановили вірогідного зв'язку між прийомом антибіотиків на першому році життя і формуванням БА ($OR_1 0,18 [95\% CI 0,03-0,90]$, $p > 0,05$).

Висновки. Рецидивуючий перебіг БОС переважно спостерігається у дітей молодшого віку. Найчастіше рецидивуючий перебіг БОС у дітей дошкільного віку спостерігався на тлі інфекцій. Ускладнений перинатальний період, обтяжена спадковість за алергійними захворюваннями та наявність супутньої алергопатології є чинниками розвитку БА у дітей дошкільного віку. Антибіотикотерапія на першому році життя збільшує ризик рецидування БОС та становить загрозу формування БА у майбутньому для немовлят. Для своєчасної діагностики БА та іншої хронічної патології органів дихання, яка може супроводжуватися БОС, необхідно вдосконалити програму обстеження дітей з повторними епізодами синдрому бронхіальної обструкції.

ПРОФІЛАКТИКА ХРОНІЗАЦІЇ ТА РЕЦИДИВІВ ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

**Макєєва Н.І., Мішина М.М., Головачова В.О., Ярова К.К., Мішин Ю.М.
Харківський національний медичний університет, Харків**

Провідними науковцями доведено, що мікробно-запальні захворювання нирок, які приводять до розвитку хронічної ниркової недостатності, можуть брати свій початок ще в дитинстві, тому оптимізація дії протимікробної терапії для попередження хронізації процесу і рецидивів пієлонефриту у дітей раннього віку має велику значущість у сучасному суспільстві.

Мета дослідження: визначити здатність уропатогенів до утворення біоплівки у дітей, хворих на гострий та хронічний пієлонефрит та оцінити вплив антибактеріального препарату, похідного нітрофурану («Фурамаг») на первинні (добові) та вторинні біоплівки ізолятів.

Матеріали та методи дослідження. Нами обстежено 56 дітей віком від 1 місяця до 3 років, які знаходилися на обстеженні та лікуванні у нефрологічному відділенні КЗОЗ «Харківська міська клінічна дитяча лікарня №16». З них 30 дітей, хворі на гострий пієлонефрит та 26 дітей, хворі на хронічний пієлонефрит. Верифікація діагнозу проводилася згідно з протоколом діагностики та лікування дітей з інфекціями сечової системи за допомогою стандартизованих і уніфікованих методик.

Використаний бактеріологічний метод дослідження – ідентифікація мікроорганізмів за загальноприйнятими мікробіологічними схемами виділення та ідентифікації мікроорганізмів.

Для отримання біоплівки використовували стерильні полімерні чашки Петрі діаметром 40 мм. У кожену чашку поміщали по 4 мл бульйону Мюллера-Хинтона і вносили добову культуру мікроорганізмів, виділених із сечі при пієлонефритах у дітей. Інкубували протягом 12-18-24 год при + 37°C. Потім скло 3-разово відмивали в 0,01 М фосфатним буфером, заливали розчином «Фурамагу», витримували 1 год., відмивали фосфатним буфером, висушували, фарбували 1% розчином крісталлвіолета і промивали дистильованою водою. Мікроскопія препаратів проводилася за допомогою мікроскопа Granit з масляною імерсією. Цифрові зображення бактерій і їх біоплівки отримували за допомогою відеокамери (відеоокуляра) TopCam 3.1 MP і зберігали в форматі jpeg. При обробці результатів використані методи параметричної статистики із застосуванням програм «Statistica 6» та «Biostat».

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті проведеного дослідження встановлено, що виділені штами збудників *P. mirabilis* та *S. aureus* пієлонефритів у дітей, мали здатність утворювати щільні добові біоплівки. Визначено, що ізоляти хронічного пієлонефриту утворювали більш щільні як первинні, так і вторинні біоплівки, у порівнянні з ізолятами гострого пієлонефриту. При дії «Фурамагу» на первинні біоплівки ізолятів *P. mirabilis* та *S. aureus* встановлено, що утворені нові планктонні клітини не формували щільні вторинні біоплівки: при гострому пієлонефриті – діаметр щільної біоплівки склав від 1,72 мкм до 6,17 мкм, а при хронічному – від 4,47 мкм до 20,98 мкм.

Висновки: «Фурамаг» в терапевтичній дозі ефективно діє на:

- планктонні форми уропатогенів, як при гострих, так і при хронічних пієлонефритах у дітей;
- планктонні форми уропатогенів, які продукуються первинними біоплівками;
- первинні біоплівки, роблячи їх проникними для антибіотиків та факторів захисту організму.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ПРИ ЗАГОСТРЕННІ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ

**Марушко Ю.В., Гищак Т.В., Злобинець А.С.
НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ**

Вступ. Останнім часом все більшу увагу привертає до себе проблема поєднаної (коморбідної) патології у дитячому віці. Особливо це актуально відносно первинної артеріальної гіпертензії (ПАГ) та патології гастродуоденальної зони, які займають одні з провідних місць у загальній структурі захворюваності серед дітей.

Мета роботи – надати клініко-інструментальну характеристику та оцінити морфологічні зміни слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей з коморбідним перебігом хронічного гастродуоденіту (ХГД) та ПАГ.

Матеріали і методи. Обстежено 119 дітей віком від 9 до 17 років з ПАГ та ХГД. Першу групу дослідження склали 64 дитини з поєднанням ХГД та ПАГ (34 дитини з лабільною ПАГ і 30 дітей із стабільною ПАГ). У другу групу ввійшло 55 дітей з ХГД і нормальним артеріальним тиском. Проведені загально-клінічні методи дослідження, добовий моніторинг артеріального тиску, фіброгастродуоденоскопія.

Результати дослідження. Загострення ХГД у дітей першої групи відбувалися 2,3±0,1 рази на рік, у дітей другої групи – 1,7±0,09 рази на рік (p<0,001). Диспепсичні прояви турбували 96,9% дітей першої групи і 80% дітей другої групи (p<0,01). На головний біль скаржи-

лося 84,4% дітей I групи і 67,3% дітей II групи ($\chi^2 = 4,8$, $p=0,03$). Біль у серці мав місце у 62,5% у дітей I групи і 41,8% дітей II групи ($\chi^2 = 5,08$, $p=0,02$).

За даними морфологічного обстеження ерозивні процеси слизової оболонки (СО) спостерігалися у 10,9% дітей I групи та у 3,6% дітей II групи. Під час ендоскопічного дослідження у 54,7% дітей I групи та у 36,4% дітей II групи ($\chi^2 = 3,9$, $p=0,05$) були виявлені супутні порушення моторно-евакуаторної функції стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки. При цьому у дітей I групи достовірно частіше зустрічались порушення мікроциркуляції в СО: повнокрів'я та розширення судин, набряк власної пластинки, утворення клубнів судин, спазм артерій та артеріол а також мікроерозування СО.

Висновки: діти з поєднанням хронічного гастродуоденіту та первинної артеріальної гіпертензії мають частіші періоди загострення ХГД, більш виразні диспепсичні прояви, у них відмічається тенденція до збільшення випадків ерозивних змін слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки, і більш виражені порушення мікроциркуляції СО порівняно з дітьми з ізольованим перебігом хронічного гастродуоденіту.

NT-PROBNP В ДІГНОСТИЦІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ

**Марушко Ю.В., Гишак Т.В., Бойко Н.С., Бондарчук-Хоменко С.С.
НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ**

Вступ. Натрійуретичні пептиди відомі як гормонально-активні речовини, що виробляються кардіоміоцитами і ендотелієм судин. Дослідження у дорослих з артеріальною гіпертензією показали, що NT-proBNP можна використовувати в якості маркера гіпертензивного ураження серця і ризику серцево-судинних ускладнень при артеріальній гіпертензії (АГ). Проте у дітей можливості застосування NT-proBNP в якості такого критерію на сьогодні ще не з'ясовані.

Мета роботи – дослідити рівень NT-proBNP в сироватці крові у дітей з первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) і його прогностичну значимість щодо розвитку дисфункції міокарду і гіпертензивного ураження серця.

Матеріали і методи. Обстежено 71 дитину 9-17 років: 18 – з нормальним артеріальним тиском і 53 – з ПАГ (16 дітей із стабільною ПАГ II ст, 15 дітей – із стабільною ПАГ I ст і 22 дитини із лабільною ПАГ). Проведені загально-клінічні дослідження, добовий моніторинг артеріального тиску, визначення рівня NT-proBNP в сироватці крові методом ІФА.

Результати дослідження. У здорових дітей рівень NT-proBNP знаходився в межах від 5 до 28 fmol/ml і в середньому склав близько 12,5 fmol/ml. У дітей з лабільною ПАГ рівень NT-proBNP був нижчим порівняно із здоровими дітьми – $5,98 \pm 1,51$ fmol/ml ($p < 0,05$). Рівень гормону менше 5 fmol/ml в цій групі мали 57,7% дітей. У жодної дитини з лабільною ПАГ NT-proBNP не перевищував 100 fmol/ml. У дітей із стабільною гіпертензією I ступеня рівень гормону сягав $59,48 \pm 20,73$ fmol/ml, у дітей із стабільною ПАГ II ст. – $31,23 \pm 8,32$ fmol/ml, що було більше порівняно як і здоровими дітьми ($p < 0,05$), так і з дітьми із лабільною ПАГ ($p < 0,01$). При цьому близько 1/4 дітей із стабільною ПАГ мали рівень NT-proBNP в межах 29-100 fmol/ml, і 12% дітей – більше 100 fmol/ml.

Всі діти з рівнем NT-proBNP вище 100 fmol/ml були особами чоловічої статі, мали високі масо-ростові показники і тривалий гіпертензивний анамнез. Наявність систолічної дисфункції було підтверджено тільки у однієї дитини з 53 (1,89%). Фракція викиду лівого шлунка пацієнта склала 47% і NT-proBNP – 311,99 fmol/ml.

Висновки:

1. Рівень NT-proBNP в сироватці крові вище 28 fmol/ml у дітей з ПАГ є маркером стабілізації гіпертензії і проявом підвищеної активності гормональних адаптивних систем серця.
2. Рівень NT-proBNP в сироватці крові вище 300 fmol/ml у дітей з ПАГ є маркером систолічної дисфункції міокарду і зустрічається у 1,89% випадків.
3. Лабільна ПАГ характеризується низьким рівнем NT-proBNP, що вказує на недостатню активність гормональних адаптивних систем серця.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДИФЕРЕЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЯКІ ВИКЛИКАНІ ГЕРПЕСВІРУСАМИ

**Махмутов М.Ф.
Національний медичний університет ім. М. Горького, Донецьк**

Інтерес до Епштейна–Бар вірусної інфекції (ЕБВ) у дітей Донецької області зумовлений збільшенням захворюваності – показник на 100 тис. дитячого населення збільшився в 2 рази і склав: 25,36 (2015р.), 40,47 (2016р.), 51,13 (2017р.), великою різноманітністю та варіабільністю клінічних проявів – окрім основного симптомокомплексу відзначаються екзантема, енантема, одутлість обличчя, пастозність повік, діарея. Трудністю диференціальної діагностики із захворюваннями, які мають подібні клінічні прояви, зокрема, набутова

цитомегаловірусна інфекція (ЦМФ), а методи лабораторної діагностики ЕБВ – інфекції (ПЛР і ІФА) в практичній охороні здоров'я використовуються недостатньо, частіше застосовуються в наукових дослідженнях. Вище зазначене явилось підставою пошуку інформативних критеріїв серед показників гемограми в диференційній діагностиці ЕБВ з іншими захворюваннями, викликаними герпесвірусами.

Мета роботи – виявити інформативні критерії серед показників гемограми та оптимізувати терапію інфекційного мононуклеозу у дітей.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне пілотне дослідження, результати якого продемонстрували, що окремі показники гемограми вірно і більш об'єктивно відображають суть виникаючих процесів: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) – співвідношення рівня клітин, які підвищуються при запальних процесах; модифікований індекс інтоксикації (ЛІІм) – співвідношення рівня клітин, який підвищується або знижується при запальних захворюваннях; лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ЛІГ) – співвідношення лімфоцитів і гранулоцитів; лімфоцитарно-лейкоцитарний індекс (ЛІЛ) – співвідношення числа лімфоцитів до загальної кількості лейкоцитів.

Результати та обговорення. Ретроспективно проаналізовано результати лабораторних тестів у 55 дітей віком від 1-го до 14 року включно: ЕБВ (29) і придбана ЦМВ, яка мала мононуклеозоподібний синдром (26). Встановлено, що диференційна діагностика даних захворювань викликала великі утруднення, так як в периферійній крові виявлялися лімфоцити в межах $54,9 \pm 5,2\%$ та атипові мононуклеари $18,8 \pm 3,3\%$ (ЕБВ); $49,5 \pm 3,7\%$ і $12,8 \pm 2,1\%$ (ЦМВ) відповідно, що формально дає основу для діагностики ЕБВ у всіх випадках. Середній показник загального числа лейкоцитів був значно вище у дітей, які мали ЕБВ, та склав $10,9 \pm 2,7 \times 10^9/\text{л}$ проти $7,3 \pm 3,1 \times 10^9/\text{л}$ (ЦМВ), ($p > 0,05$). Лейкоцитарний індекс інтоксикації був більш вираженим при ЦМВ – $0,54 \pm 0,04$ од. проти $0,35 \pm 0,09$ од. (ЕБВ) ($p > 0,05$). Однак, при цьому не ураховується загальна кількість лейкоцитів та ШОЕ, які підкреслюють характер запального процесу. Тому більше прийнятний і достовірний модифікаційний індекс (ЛІІм) та показник співвідношення лімфоцити і лейкоцити. У дітей з герпесвірусною інфекцією ЛІІм склав $0,45 \pm 0,05$ од. (ЦМВ) і $0,31 \pm 0,03$ од. (ЕБВ); показник ЛІЛ – $6,82 \pm 0,34$ од. проти $5,18 \pm 0,27$ од. (ЕБВ) ($p > 0,05$). Ці показники підкреслюють вірусний характер запального процесу, який найбільш виражений у дітей з ЕБВ порівняно з дітьми, які мають ЦМВ. Більш наочно дану версію підтверджує ЛІГ, оскільки даний індекс у дітей при ЕБВ значно вищий порівняно з показником у дітей при ЦМВ.

Таким чином, розрахунок даних показників гемограми можна використовувати у якості індикаторів необхідності проведення експрес диференціальної діагностики захворювань, які викликані герпесвірусами у дітей.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЮ НЕОПТЕРИНУ У ДІТЕЙ З НОВИМИ ВИПАДКАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Мирончук Ю. В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

За даними Центру громадського здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я України захворюваність на туберкульоз серед дорослого населення в Україні в багато разів перевищує цей показник в Європейському регіоні, що вказує на епідемічне неблагополуччя з туберкульозу, яке позначається на дитячому населенні. Тому на превеликий жаль, у Запорізькій області, як і по всій Україні, захворюваність на туберкульоз серед дітей останні 3 роки тільки зростає (рис. 1).

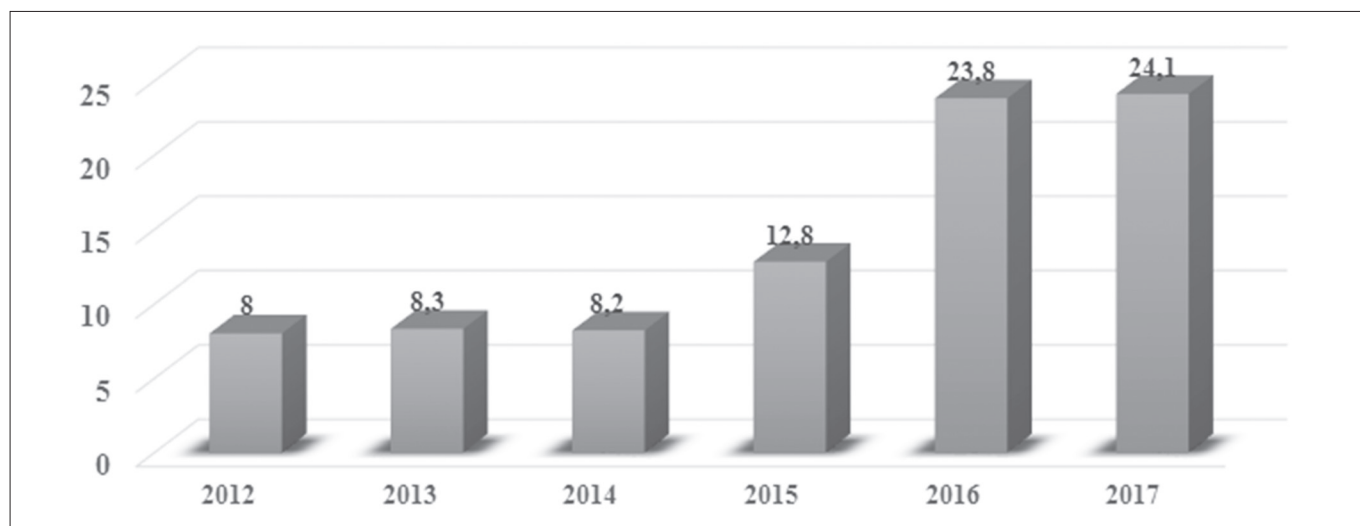


Рис. 1. Захворюваність на туберкульоз серед дітей віком 0-14 років у Запорізькій області, на 100 тис. населення

На цьому тлі ефективність лікування нових випадків захворювання на туберкульоз коливається у межах 70%. Тому пошук нових шляхів підвищення ефективності лікування дітей з новими випадками захворювання на туберкульоз є актуальним завданням сучасної дитячої фтизіатрії.

Сучасні протоколи лікування дітей, хворих на туберкульоз, засновані на застосуванні лише антимікобактеріальної терапії та не передбачають імунокоригуючої терапії імунологічних змін, які сприяють збереженню активності специфічного процесу на тлі клінічного видужання пацієнта. Антимікобактеріальна терапія не стимулює захисні сили організму і не може забезпечити у всіх випадках повного видужання. У більшості пацієнтів в процесі ефективного лікування досягається нормалізація основних показників імунітету, але у частини хворих розвивається вторинний імунодефіцитний стан, що зумовлює доцільність подальших досліджень, направлених на обґрунтування застосування імунотропних препаратів з метою стимуляції захисних сил організму, нормалізації змін імунологічного статусу та усуненню активності специфічного процесу у дітей з новими випадками захворювання на туберкульоз.

Рівень неоптерину (2-аміно-4-гідроксі-6-(D-еритро-1',2',3'-тригідроксипропіл)-птеридин) у крові є показником клітинної ланки імунітету та активності специфічного процесу. Нами встановлено, що у дітей з новими випадками захворювання на туберкульоз по завершенню основного курсу лікування за рівнем неоптерину активним специфічний процес залишається у 71,4 % випадків.

Таким чином, визначення рівню неоптерину у крові у дітей з новими випадками захворювання на туберкульоз є актуальним завданням, оскільки дозволить своєчасно застосувати імунотропні препарати, і як наслідок – підвищити ефективність лікування.

ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕКОЛОГІЧНИХ СТИМУЛІВ НА ПЕРЕБІГ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ТИПУ У ДІТЕЙ

Мислицька Г.О., Гнатюк М.Г., Кухта О.Я.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м.Чернівці

До фізіологічних відмінностей дитячого організму відносять, зокрема, підвищену чутливість нейроендокринної системи до шкідливих агентів упродовж всього періоду дитинства та вразливість імунної системи підростаючого організму, зумовлену її незрілістю. Беручи до уваги аутоімунний характер цукрового діабету I типу, вважалось доцільним вивчити особливості клініко-параклінічної картини цього інвалідізуючого хронічного захворювання у пацієнтів залежно від екологічної характеристики місць проживання.

Обстежено 66 дітей, хворих на цукровий діабет I типу (ЦДІ), з яких місця проживання у м. Чернівці 21 дитини (I група) мали різний рівень забруднення ґрунту малими дозами солей важких металів (СВМ), а групу контролю утворили 45 хворих, які проживали у сільській місцевості. За основними клінічними характеристиками групи були зіставлені.

Показано, що хворі I групи мали вірогідно нижчі показники зросту ніж діти групи контролю (127,7±5,9 см проти 138,7±1,0 см; P<0,05) попри відсутність відмінностей за віком і тривалістю захворювання. Показники ризику наявності відставання у показниках фізичного та/або статевого розвитку в пацієнтів із цукровим діабетом в регіонах підвищеного ризику формування екозалежної патології становили: атрибутивний ризик - 23,0%, відносний ризик – 2,6 (95%ДІ 2,0-3,4), а співвідношення шансів – 3,6 (95%ДІ 1,8-7,2). У I клінічній групі порівняно з групою контролю встановлене переважання частоти патології щитоподібної залози у вигляді дифузного нетоксичного зобу I-II ступенів та/або хронічного аутоімунного тиреоїдиту (70,8±93% проти 42,9±49%; P:к<0,05). Показники клініко-епідеміологічного ризику формування патології щитоподібної залози у хворих на ЦД, які проживають у місцях із несприятливою геохімічною характеристикою, становили: атрибутивний ризик – 29,0%, відносний ризик – 1,7 (95%СІ 1,2-2,3), а співвідношення шансів – 3,3 (95%СІ 1,9-6,0).

Наявність тиреоїдної патології в пацієнтів із ЦД вірогідно, але слабо корелювала із сумарним показником забруднення ґрунту важкими металами (r=0,2, P=0,04). Як тест на біоіндикацію несприятливого екологічного оточення хворих I групи відповідно до представників II-ої наявність тиреоїдної патології володіла чутливістю – 63%, специфічністю – 66%, позитивною передбачуваною. Показано, що пацієнти I групи мали більшу схильність до кетозу, ніж сільські мешканці.

Таким чином, перебіг цукрового діабету має певні відмінності у пацієнтів у залежності від екологічної характеристики їх місць помешкання. Через тривалий контакт з забрудненням ґрунтів СВМ виразнішими були порушення темпів фізичного розвитку, частіше мала місце коморбідність із патологією щитоподібної залози, виразнішими явища кетозу, а ЦД мав лабільніший перебіг.

ІСТОРІЯ КАФЕДРИ ФАКУЛЬТЕТСЬКОЇ ПЕДІАТРІЇ

Недельська С.М., Боярська Л.М., Мазур В.І.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя

Прошло майже 50 років з моменту організації кафедри факультетської педіатрії Запорізького державного медичного університету. В 1969 році на завідування кафедри призначена професор Сафронова О.М., яка після захисту докторської дисертації прибула з Одеського медичного інституту. Шляхетність і порядність, відчуття ліктя – риси, які прищеплювала професор своїм

учням. Це відчували всі і завдячували їй куди би доля не закидувала їх. Із 18 кандидатів медичних наук, яких випестила проф. Сафронова О.М., 6 стали завідувачами кафедр у рідному виші. Завідувачами кафедри були також професори Іванько О.Г., Боярська Л.М. За ініціативою професора О.М. Сафронової та за її безпосередньої участі на базі міської багатопрофільної дитячої лікарні № 5 вперше в Україні організовано відділення дитячої алергології (вересень 1990 р.), впродовж 27 років очолювала відділення зав. кафедрою факультетської педіатрії, доктор медичних наук професор С.М. Недельська, член міжнародної асоціації Європейського респіраторного товариства («Gold» member of European Respiratory Society); член Європейської Академії алергології та клінічної імунології (European Academy of Allergy and Clinical Immunology); лауреат премії міжнародного комітету інтелектуальної власності України, член міжнародної групи ЮНЕСКО із складання протоколів лікування, головний позаштатний дитячий алерголог Запорізької області, віце-президент асоціації алергологів України, член ВАК.

Напрямки роботи кафедри в теперішній час: рання діагностика, формування, особливості клініки, факторів ризику алергічних захворювань у дітей в умовах промислового міста з пошуком ефективних програм лікування та профілактики вказаних захворювань. За 50 років педіатрами Запорізького вишу виконано 42 дисертаційні роботи з проблем алергічних захворювань у дітей, в тому числі 5 докторських дисертацій. Кафедра дитячих хвороб факультету післядипломної підготовки (зав. кафедрою професор Л.М. Боярська) є клінічною та науковою базою для підготовки лікарів-інтернів педіатричного профілю за фахом: «Педіатрія», «Неонатологія», «Дитяча анестезіологія», «Дитяча хірургія», «Дитяча отоларингологія», а також лікарів-інтернів суміжних спеціальностей. Основні наукові напрямки кафедри пропедевтики дитячих хвороб (зав. кафедрою професор Іванько О.Г.): вивчення вітамінної забезпеченості дітей шкільного віку, епідеміологічних особливостей грудного вигодовування і вітамінної забезпеченості жіночого молока, вивчення поширеності артеріальної гіпертензії та чинників її розвитку у дітей, розробка оздоровчих технологій в лікуванні і профілактиці первинної артеріальної гіпертензії у підлітків і молодих людей у віці до 18 років.

Всі кафедри педіатрії розташовані на потужних клінічних базах, оснащені сучасною технікою, мають можливості організації наукових досліджень на сучасному рівні, втілюють новітні методики викладання дисциплін, мають можливості публікації у найавторитетніших журналах та спілкування з педіатричною спільнотою України та світу (щомісячні конференції в рамках Асоціації педіатрів), України та зарубіжжя (конгреси, конференції).

ДИНАМІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ УКРАЇНИ

Неділько В.П., Камінська Т.М., Пінчук Л.П.
Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України

Проведені дослідження свідчать про значні зміни показників здоров'я дітей на протязі останніх років. Сучасний стан здоров'я характеризується значним збільшенням захворюваності та поширеності хвороб серед дітей і зростання дитячої інвалідності.

Важливим було простежити за станом здоров'я дітей за останні роки незалежності України.

Нами проведена ретроспективна оцінка здоров'я самого масового контингенту дитячого населення – школярів у порівнянні з показниками 70-тих років минулого століття. Відмічено, що у сучасних дітей молодшого шкільного віку зросли хвороби ендокринної системи у 13,5 разів, нервової системи у 1,8 разів, кістково-м'язової системи на 60%. В середньому та старшому шкільному віці зросла патологія органів дихання у 6 разів, у т.ч. хронічних тонзилітів у 3 разі, ендокринних захворювань у 5,2 разі у т.ч. ожиріння у 4,3 разі та хвороб нервової системи у 2,8 раз.

Якщо в минулому на протязі шкільних років стан здоров'я дітей поліпшувався, то серед сучасних школярів відмічено значне погіршення їх здоров'я – зменшується кількість здорових дітей та зростає відсоток дітей з хронічною патологією. Така ситуація, на наш погляд, пов'язана з впливом на школярів багатьох негативних факторів – перевантаженням навчального процесу, якій нерідко не відповідає фізіологічним можливостям дітей. Крім того, понад 50% дітей не дотримуються режиму праці і відпочинку, та серед них значно поширені шкідливі звички. Серйозною проблемою залишається організація медичного забезпечення навчальних закладів – ліквідовано проведення поглиблених медичних оглядів, що не дає можливості своєчасно виявляти відхилення в стані здоров'я дітей та проводити необхідне їх лікування та оздоровлення.

Для покращення здоров'я майбутніх громадян України, на наш погляд, необхідним є зменшення впливу на них негативних факторів їх середовища та створення умов для проведення щорічної диспансеризації і оздоровлення, та значно покращити організацію найбільш важливого фактора здоров'я – фізичного виховання. Для збереження здоров'я школярів слід звернути увагу міністерства освіти на перегляд навчальних програм, провадження здоров'язберегаючих технологій та разом з Міністерством охорони здоров'я проводити спільні наради з приводу аналізу стану їх здоров'я.

АНАЛІЗ ВПЛИВУ РЕСТРИКТИВНОЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН НИРКОВОГО КРОВООБИГУ ТА ДІУРЕЗУ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Оболонська О.Ю.¹, Оболонський О.І.²

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

²КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР»

Рестриктивна інфузійна терапія як складова комплексного лікування використовується з метою фармакологічного закриття відкритої артеріальної протоки (ВАП). Доказаний вплив ВАП на формування патології у новонароджених, а саме: бронхолегеневої дисплазії, перивентрикулярної лейкомаляції, некротичного ентероколіту, внутрішньошлункових крововиливів, ретинопатії, а також синдрому обкрадання по великому колу кровообігу. Поодинокими дослідженнями показано порушення ниркового кровообігу у новонароджених з ВАП.

Мета дослідження. Виявити особливості ниркового кровообігу та діурезу при застосуванні рестриктивної терапії у недоношених дітей з ВАП.

Матеріали та методи. Обстежено 56 недоношених новонароджених з ВАП. Термін гестації 27-35 тижнів. Вага при народженні в середньому $1205,0 \pm 435,0$ грам. Всі діти були госпіталізовані впродовж першої доби життя у відділенні реанімації та інтенсивної терапії для новонароджених. Хлопчиків було 33 (58,9%), дівчаток – 23 (41,1%). Методи дослідження: клініко-лабораторні (темп діурезу, креатинін крові, швидкість клубочкової фільтрації) та ультразвукографія з доплерографією (нирковий кровообіг, серцева гемодинаміка) за допомогою широкосмугового мікроконвексного та лінійного датчиків з частотою 5-8 МГц («FUKUDA DENSHI UF-750XT») (Японія). Етапи дослідження – перші три доби та на 5-7 добу життя. Статистичний аналіз проводився за допомогою методів варіаційної статистики.

Результати дослідження. Об'єм інфузійної терапії з першої доби був обмежений і дорівнював $53,5 \pm 6,4$ мл/кг/добу. З третьої доби об'єм інфузії підвищений до $63,6 \pm 5,6$ мл/кг/добу, на 5 добу становив $89,7 \pm 6,8$ мл/кг/добу, надалі поступово збільшувався. Треба зазначити, що при застосуванні даного обмеження об'єму інфузійної терапії спостерігалось раннє закриття ВАП на фоні лікування інгібіторами циклооксигенази (ібупрофен та парацетамол). Креатинін крові, розрахункова швидкість клубочкової фільтрації на протязі всього спостереження відповідали віковим нормативам. На першу добу середній діурез був $1,7 \pm 0,8$ мл/кг/годину, з третьої доби – $3,6 \pm 1,6$ мл/кг/годину, коли діагностовано закриття ВАП. Максимальний темп сечовипускання зафіксований на 5 добу ($6,1 \pm 1,4$ мл/кг/годину). На першу добу при функціонуванні ВАП зниження ниркового кровообігу було досить вираженим у порівнянні з віковими нормативами. Так, середня систолічна швидкість потоку в стовбурі ниркової артерії (V_{max}) була $15,13 \pm 4,6$ см/с, середня кінцева діастолічна швидкість потоку (V_{min}) – $7,15 \pm 2,03$ см/с, індекс резистентності (RI) – $0,53 \pm 0,15$ ($p < 0,05$). У деяких випадках RI досягав 1, що є прогностично несприятливим. На 5-7 добу життя дані показники наближались до вікових норм. Середня систолічна швидкість потоку в стовбурі ниркової артерії (V_{max}) дорівнювала $19,73 \pm 5,7$ см/с, середня кінцева діастолічна швидкість потоку (V_{min}) – $12,15 \pm 3,03$ см/с, індекс резистентності (RI) – $0,65 \pm 0,27$.

Висновки. Використання рестриктивної інфузійної терапії при фармакологічному закритті ВАП не порушує системний та нирковий кровообіг, діурез у недоношених новонароджених. Збільшення показників ниркового кровообігу з нормалізацією індексу резистентності при закритті ВАП відмічається в умовах продовження рестриктивної інфузійної терапії.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ТЛІ СУБКЛІНІЧНОГО ГІПОТИРЕОЗУ

Павликівська Б.М., Юрцева А.П.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Фізичний розвиток дитини є одним з найважливіших критеріїв оцінки здоров'я дитини, на прикладі якого вдається простежити як глобальні зміни біології природи людини, так і порівняно короткотривалі зміни у популяції. Фізичний розвиток визначається сукупністю морфологічних і функціональних властивостей організму, що характеризують процес його росту і розвитку. Вказані характеристики залежать як від успадкованих особливостей, так і від складного комплексу соціально-гігієнічних умов. Через незавершеність процесів росту і розвитку організм дитини шкільного віку є дуже чутливим до впливу екологічних, соціально-побутових чинників, а також до негативного впливу захворювань дитячого віку. Важливу роль у регуляції фізичного розвитку дітей здійснює ендокринна система, і зокрема щитоподібна залоза. На сьогоднішній день велика увага педіатрами та ендокринологами приділяється прихованим порушенням щитоподібної залози до яких відноситься субклінічний гіпотиреоз (СГ). Тиреоїдні гормони відіграють істотну роль в метаболічних процесах дитячого організму, впливаючи і на фізичний розвиток дітей. Метою роботи стало вивчення особливостей фізичного

розвитку у дітей шкільного віку з СГ. Для виконання поставленої мети комплексне клініко-лабораторне обстеження було проведено 144 дітям шкільного віку, які перебували на лікуванні в міській дитячій клінічній лікарні м. Івано-Франківська з приводу соматичної патології. Серед обстежених дітей було 77 дівчаток, що становило 53,5%, та 67 хлопчиків – 46,5%. Всім дітям було проведено вивчення функціонального стану гіпофізарно-тиреоїдної системи шляхом визначення рівня тиреотропного гормону (ТТГ), Т3, Т4. СГ діагностується при підвищенні ТТГ вище за 2,5 мОД/л, але не вище за 10 мОД/л при нормальному рівні Т4 і відсутності клінічної симптоматики. Тому в залежності від отриманих результатів, діти були поділені на дві групи: перша – 86 дітей, у яких не було виявлено відхилень в функціонуванні щитовидної залози, друга – 58 дітей з СГ. Аналіз даних показників фізичного розвитку у обстежених дітей показав, що в більшості випадків (59% в першій групі та 52% в другій групі) маса тіла дітей знаходилась в межах 25-75 перцентилей, що відповідає середньому фізичному розвитку. Збільшення маси тіла понад 75 перцентиль частіше зустрічається у дітей без СГ – 22% (10% у дітей другої групи). У той же час зниження показника маси тіла нижче 25 перцентилей майже вдвічі частіше спостерігається у дітей з СГ (7% в дітей другої групи та 3% – першої). В другій групі основні зміни маси тіла стосувались переважно дівчаток. Схожі тенденції були виявлені і при аналізі показника зросту у дітей. Середні показники зросту мали 60% дітей першої групи та 51% дітей другої групи. Як серед хлопчиків, так і серед дівчаток із СГ високою була частка дітей із низьким та нижче середнього зростом (38% проти 14% дітей без СГ). Вищі середнього показники зросту виявлялись переважно у дітей першої групи (24%), тоді як у дітей другої групи цей показник був вищим середнього тільки у 10%. За даними літератури доведено, що СГ призводить до збільшення частки диспропорційно розвинених дітей. Такі ж результати отримані нами при проведенні дослідження – у 62% дітей без СГ був виявлений пропорційний фізичний розвиток, тоді як у дітей з СГ пропорційним фізичний розвиток був у 49%. Таким чином, СГ суттєво впливає на фізичний розвиток дітей. І тому виявлення порушень у фізичному розвитку у дітей потребує детального обстеження пацієнтів на предмет встановлення причини порушень, в тому числі і СГ.

ЗНАЧЕННЯ ОДНОНУКЛЕОТИДНИХ ПОЛІМОРФІЗМІВ ГЕНУ COL21A1 У РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У МОЛОДИХ ОСІБ

Пацера М.В., Товма А.В., Іванько О.Г.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Актуальність. Первинна артеріальна гіпертензія (АГ) у підлітків залишається медико-соціальною проблемою сучасності і її вирішення в останній час все більше пов'язане з медико-генетичними дослідженнями.

Мета роботи: визначити можливості асоціювання однонуклеотидних поліморфізмів гена COL21A1 (rs114611911, rs76291943, rs7744275) і формування первинної артеріальної гіпертензії (АГ) в підлітковому віці.

Матеріал і методи: об'єктом дослідження були підлітки у віці 16-18 років, юнаки і дівчата, студенти першого курсу медичного університету. Нами були проведені багаторазові офісні вимірювання артеріального тиску (АТ), добовий моніторинг артеріального тиску за допомогою «CardioTens», електрокардіографія, ультразвукове дослідження серця (УЗД). У дослідження були включені 74 підлітка (50 юнаків і 24 дівчини), у яких виявлені цифри офісного АТ, що перевищували 120/80 мм рт.ст. Наявність захворювання вважали, коли понад 50% вимірювань за добу перевищували показники систолічного і/або діастолічного АТ вище 95-й перцентилі відповідно до статі, зросту досліджуваного.

У всіх хворих виявлено первинну АГ. У 32 (43%) підлітків при проведенні візуалізації і морфометрії серця методом УЗД встановлено ознаки концентричної гіпертрофії лівого шлуночка серця (ГЛШ): перевищення маси міокарда лівого шлуночка більше 183 г, індексу маси міокарда лівого шлуночка більше $94 \text{ г/м}^{2,7}$ у юнаків, і більше 141 г і $89 \text{ г/м}^{2,7}$, відповідно, у дівчат, також одночасне збільшення задньої стінки лівого шлуночка серця (ЗСЛШ) у діастолу більше 10 мм і тенденцію до зменшення діаметра порожнини лівого шлуночка у діастолу. У 42 (57%) хлопців з первинною АГ групи порівняння показники розмірів лівого шлуночка серця були в межах вікової норми. Подальшим етапом дослідження було генотипування з використанням зразків тотальної ДНК, виділеної з цільної венозної крові стандартним методом. Молекулярно-генетичне дослідження проводилось методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в режимі реального часу. Типування здійснювали за допомогою TaqMan-проб. ПЛР для TaqMan-генотипування проводили за інструкцією Applied Biosystems, США. Розподіл генотипів за дослідженими поліморфними локусами перевіряли за допомогою критерію χ^2 . Для порівняння частот алелей між різними групами використовували критерій χ^2 з поправкою Йейтса. Значущими вважали відмінності при $p < 0,05$. Співвідношення шансів розраховували за формулою: $OR = ad/bc$, де a - частота аналізованого алеля у хворих з первинною АГ, b - частота даного алеля у здорових з нормальним АТ в групі контролю, c і d - сумарна частота інших алелів у «випадку» і «контролі», відповідно.

Результати: розподіл частот алелів під час вивчення поліморфізму гена COL21A1 у осіб вибірок «випадок-контроль» мали статистично значущі відмінності ($p < 0,0001$) за частотою алелів і були зафіксовані для раніше не фенотипованого поліморфізму, станом на березень 2018 року, rs7744275 гена COL21A1. При цьому в рецесивній моделі успадкування встановлено переважання алелі А тієї (OR – 0,018, 95% CI 0,002 – 0,161).

Висновки. Таким чином, вперше встановлена асоціація rs7744275 гена COL21A1 з розвитком первинної артеріальної гіпертензії у підлітків української субпопуляції, що можна використовувати в стратифікації ризику виникнення первинної артеріальної гіпертензії у молодих осіб.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗАКРЕПІВ У НЕМОВЛЯТ З ПАТОЛОГІЄЮ ЦНС

Пашенко І.В., Підкова В.Я., Круть О.С.
Запорізький державний медичний університет, м.Запоріжжя

Закріпи є поширеною патологією органів травлення в дитячому віці, що базуються на різноманітній комбінації проявів порушення моторно – евакуаторної функції системи травлення з незрілістю іннервації товстого кишечника. Класифікація дитячих гастроінтестинальних порушень у сучасному варіанті Римських критеріїв IV перегляду (травень 2016 року) серед функціональних гастроінтестинальних розладів новонароджених і немовлят (G) виділяє окремою формою функціональний закріп (G7). Особливі уваги заслуговують психоемоційні і неврогенні порушення, обумовлені дисфункцією центральної і вегетативної нервової системи, що приводять до порушення гуморальних систем регуляції моторики кишечника.

Мета дослідження: вивчити особливості проявів функціональних закрепів (ФЗ) у дітей першого року життя з постгипоксичним і травматичним ураженням ЦНС.

Матеріал та методи. Під спостереженням перебувало 58 дітей віком від 1 до 12 місяців (26 дівчаток і 32 хлопчика) з перинатальними ураженнями ЦНС, у яких діагностовано ФЗ. Обстеження хворих включало: аналіз анамнестичних даних; загальноклінічне обстеження, лабораторне (клінічний аналіз крові та сечі, копрограма, бактеріологічне обстеження, визначення активності трансаміназ, загального білірубину та його фракцій, лужної фосфатази); інструментальні дослідження: ультразвукове обстеження органів гепатобіліарної системи і підшлункової залози.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз анамнестичних даних показав, що діти народились при порушеннях перебігу вагітності у 79,3% матерів: гестози – 31,03%, загроза передчасних пологів – 24,14 %. Оцінка стану здоров'я матерів під час вагітності виявила високу поширеність екстрагенітальної патології.

За результатами аналізу клінічних проявів виявлено, що частіше спостерігалась атонічна форма закрепу у 32 (55,17%) дітей. В лікуванні дітей з цією формою ФЗ високоефективне призначення лікувальної фізкультури, масажу, стимулювання рухової активності дитини. Спастична форма закрепу спостерігалась в 44,82% випадків, лікування цих закрепів потребувало додаткового призначення спазмолітиків (тримебутину).

У 22 дітей (37,93%) відмічено сукупність проявів ФЗ з малюковими кольками (G4). Супутньою патологією у 19 дітей (32,76%) з ФЗ були регургітація немовлят (G1), у 9 (15,5%) – дишезія немовлят (G6). Тригерними факторами розвитку ФЗ були нераціональне харчування, спадкова схильність до гастродуоденальної патології, повторні курси призначення антибактеріальної терапії і супутні захворювання нервової системи. Для профілактики та лікування функціональних закрепів у дітей першого року життя, що знаходяться на штучному вигодовуванні, призначались спеціальні лікувальні суміші з галакто- і фруктоолигосахаридами, які мають схожий з харчовими волокнами механізм дії. Всім дітям на природному вигодовуванні призначались препарати лактулози, а також пробіотики або симбіотики. Дієтологічна корекція, доповнена призначенням пробіотиків, дозволяла досягти ефект купірування копрологічних синдромів у більш короткі терміни.

Висновки. Таким чином, призначення лікування закрепів у дітей раннього віку є складним процесом, що потребує індивідуального підходу, урахування виду, причини порушення моторики кишечника.

МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ШКОЛЯРІВ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Пересипкіна Т.В., Меркулова Т.В., Сидоренко Т.П., Пересипкіна А.М.
**Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
Національної академії медичних наук України», м. Харків
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків**

В умовах негативної динаміки стану здоров'я підростаючого покоління особливого значення набуває подальше запровадження Концепції громадського здоров'я. Серед основних оперативних функцій громадського здоров'я визначаються: епідемічний нагляд, оцінка стану та поведінкових аспектів здоров'я; укріплення здоров'я і вплив на соціальні детермінанти його формування; профілактика хвороб та раннє їх виявлення. Всі ці аспекти, мабуть, найбільший сенс мають для дитячого населення як майбутнього потенціалу країни. У ХХ столітті має місце змінення аспектів шкільної охорони здоров'я від концепції «шукати і лікувати» до «запобігати та заохочувати», приділяється особливу увагу зміцненню здоров'я дітей, максимізації їх благополуччя. Це робить

медичну допомогу дітям на рівні навчального закладу вкрай актуальною з точки зору концепцій громадського здоров'я. Розвиток «шкільної медицини» розпочавшись з 1911 року і сьогодні активно реалізується у більшості Європейських країн. Однак, за даними ВООЗ, існують відмінності щодо керівних органів та шляхів фінансування системи шкільної медицини (Міністерство освіти або Міністерство охорони здоров'я); відмінності щодо проведення медичних оглядів дітей (у різні вікові періоди, різниця щодо обсягу досліджень). Так, найбільш поширеними скринінговими тестами, за даними ВООЗ, є визначення зросту та маси тіла (84% країн); гостроти зору (81%), слуху (73%), огляд лікарем-стоматологом (68%); у 46% країн вимірюється артеріальний тиск та проводиться скринінг – діагностики хвороб, які передаються статевим шляхом (16%). В Харківському регіоні збережено шкільно-дошкільні відділення, систему шкільної медицини. З метою оптимізації медичного забезпечення школярів було проведено дослідження (серед батьків та лікарів) щодо існуючого становища та потреб у медичній допомозі на рівні навчальних закладів. Так, переважна кількість батьків задоволена медичною допомогою, яка надається в школі (45,5%), також, вказується, що середня кратність звернень дитини до медичного працівника в школі становить 3-5 разів на рік (34,2%), або 1 раз на місяць (22,3%), дитина звертається переважно зі скаргами на головний біль або погане самопочуття (58,7%). На думку лікарів, які власне провадять медичну допомогу дітям у навчальних закладах, сьогодні існує потреба у перегляді нормативно-правової бази та функціональних обов'язків як лікарів (89,2%), так і середнього медичного персоналу (92,9%). Як необхідні види медичної допомоги лікарі вказують: санітарно-освітню роботу (90,7%), допомогу при невідкладних станах (83,3%), надання первинної допомоги при зверненнях (83,3%), здійснення санітарно-гігієнічного контролю (76,5%), проведення імунізації (68,5%) та моніторинг здоров'я (65,4%).

У світі немає єдиної моделі медичного забезпечення дитячого населення, тому, в умовах трансформації системи охорони здоров'я в Україні необхідно адаптувати найкращий, найбільш ефективний досвід інших країн щодо медичного забезпечення дитячого населення з урахуванням вітчизняних реалій; шкільна медицина - найважливіший аспект в системі охорони здоров'я, основними принципами якої є профілактична спрямованість і міжсекторальна взаємодія; шкільна медицина може стати однією з найбільш ефективних функцій концепції громадської охорони здоров'я спрямованої в майбутнє України.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДОБОВОГО ХОЛТЕР-МОНІТОРІНГУ ПРИ ЕКСТРАСИСТОЛІЯХ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

**Пеший М.М., Танянська С.М., Ярошенко Н.В., Мельник М.О., Хорош О.Є.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава**

Порушення серцевого ритму та провідності залишаються найбільш поширеною патологією в дитячому віці. Але діагностика їх нерідко викликає певні труднощі через прихований характер, періодичність виникнення, відсутність іноді суб'єктивних відчуттів, особливо при таких аритміях як екстрасистолія. Тому необхідно проведення ретельного клінічного обстеження дітей та підлітків з використанням сучасних методів діагностики і обов'язковим призначенням добового моніторингу, який на сучасному етапі є основним методом диференційної діагностики екстрасистолій та інших порушень ритму.

З цією метою нами на базі педіатричного відділення № 1 ПОДКЛ обстежено 48 дітей віком від 7 до 16 років (27 хлопчиків та 21 дівчинка). Добовому Холтер-моніторингу підлягали діти, у яких на електрокардіограмі (ЕКГ) виявлені екстрасистолічні комплекси. Для виключення запального ураження міокарду всім обстеженим проведені загальноприйняті лабораторні та інструментальні методи дослідження (РКГ, ЕХОКС).

Скарги на біль в ділянці серця, серцебиття, виказувало 36 дітей (75%). Безсимптомні порушення ритму виявлено у 12 обстежених (25%). Крім того, у 26 дітей при ехокардіоскопії спостерігались аномалії хордального апарату серця у вигляді пролабування мітрального клапану у 10 (38,5%) обстежених, а у 16 (61,3 %) – додаткові трабекули та хорди лівого шлуночка, причому поєднання цих аномалій (пролапса та додаткових трабекул) виявлено 14 дітей (53,8%).

Як свідчать отримані дані обстеження, екстрасистолічна аритмія реєструвалась у 75% обстежених. У 17 дітей (35,4%) зафіксована атріовентрикулярна, а у 15 (31,2%) – часта правшлуночкова екстрасистолія, причому у 10 (20,8%) хворих вона мала алоритмічний характер по типу бі-, три- та квадригеменії. Передсердна екстрасистолія відмічена у 8 (16,6) обстежених, а у 4 дітей була парасистолія. Необхідно відмітити, що у 15 (31,2%) обстежених виявлена політопна екстрасистолія, тобто поєднання різних форм екстрасистолій (передсердні, суправентрикулярні, шлуночкові). Необхідно відмітити, що у 16 (61,4%) дітей із екстрасистоліями часто спостерігались вегетативні розлади, тобто порушення ритму у цих дітей носили функціональний характер.

Таким чином, всім дітям та підліткам із екстрасистолією доцільне проведення добового Холтер-моніторингу з метою їх диференційної діагностики та призначення своєчасного та адекватного лікування.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ РЕАКТИВНИХ АРТРОПАТІЙ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

**Пеший М.М., Таняньська С.М., Коленко І.О., Ярошенко Н.В., Ковалевська С.М.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава**

Реактивні артропатії (шифр МКХ10 М 02) займають особливе місце серед захворювань кістко-м'язової системи у дітей. Частота реактивних артропатій в структурі ревматичних захворювань у різних країнах становить від 8 до 41%. Ця патологія має переважно доброякісний перебіг але близько 20% дітей вона може трансформуватись у запальні хронічні артропатії (ювенільний ревматоїдний (ЮРА) та ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА). В останні роки спостерігається чітка тенденція до зростання кількості хворих на реактивні артрити (Rea) в дитячому віці, що свідчить про необхідність розробки ефективних діагностичних і особливо лікувальних заходів при цій патології. Традиційна терапія даного захворювання включає першочергове призначення не стероїдних протизапальних препаратів (НВЗП). Проте пероральне використання цих препаратів нерідко негативно впливає на функцію шлунково-кишкового тракту з ураженням слизової оболонки шлунка, та алергічні реакції. Тому актуальним є пошук препаратів для лікування реактивних артропатій з низьким профілем токсичності та відсутністю виникнення побічних реакцій. Одним із таких препаратів є комплексний гомеопатичний препарат «Інцена» виробництва компанії «Ріхард Бітнер» (Австрія). Препарат чинить системну дію, яка зумовлена поєднанням та взаємним підсиленням активних компонентів.

Мета нашого дослідження – вивчення порівняльної ефективності препарату «Інцена» в комплексній терапії реактивних артропатій у дітей та підлітків. Нами обстежено 45 хворих на реактивну артропатію віком 5-15 років (20 дівчаток та 25 хлопчиків), яким призначалась до комплексного лікування Інцена в дозі 7-10 крапель в залежності від віку тричі на добу після їжі протягом 1-2 місяці. Всім дітям проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження та інструментальне обстеження для виключення ЮРА та ЮІА. Групу контролю склали 10 дітей аналогічного віку, які не отримували цей препарат в комплекс терапії. Всі хворі скаржились на болі та припухлість суглобів. Так, у 22 дітей (49%) відмічалось ураження колінних суглобів, у 14 дітей (31,1%) – гомілко-ступневих суглобів, а 9 дітей (20%) виказували скарги на болі в крупних суглобах ніг та рук.

Отримані результати обстеження свідчили про позитивний ефект препарату «Інцена» при реактивних артропатіях у дітей та підлітків, що проявлялось зменшенням больового та суглобового синдрому вже наприкінці першого тижня від початку лікування, а через 2-3 тижні практично у всіх хворих (75,3%) спостерігалась відсутність больових відчуттів у суглобах. Провідним терапевтичним впливом при застосуванні даного препарату був анагетичний ефект, тому усунення больового синдрому у хворих дітей відбувалось досить швидко.

Таким, чином, отримані результати обстеження свідчать про ефективність та безпечність гомеопатичного препарату «Інцена» при реактивних артропатіях у дітей та підлітків, що дозволяє досягти зменшення або відсутності больового та суглобового синдромів і досягти стійкої ремісії запального процесу.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ СУЧАСНИХ БІОМАРКЕРІВ СЕПСИСУ У ДІТЕЙ

**Пипа Л.В., Мургіна М.М.
Кафедра ПАГ ФПО, Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова
м. Хмельницький**

Кожну хвилину у світі помирає 14 осіб від сепсису, а щорічна летальність через розвиток останнього більша, ніж від ВІЛ-інфекції, раку простати та молочної залози разом узятих (Gupta R., Singh V., 2013). Продовж останніх двох десятиліть захворюваність на сепсис у світі зростає (de Souza D.C., Barreira E.R., Faria L.S., 2017). У вітчизняних статистичних звітах розповсюдженість сепсису значно занижена через недосконалу діагностику даного захворювання [Дубров С.О., 2017]. Неспецифічність клінічних проявів та відсутність специфічних уніфікованих лабораторних маркерів сепсису робить діагностику даного стану запізнілою. Визначальним у прогнозі є рання діагностика до початку розвитку ПОН та септичного шоку, летальність при якому складає 40% [Mervyn Singer et al., 2016]. У зв'язку з цим ведеться пошук біомаркерів для ранньої діагностики генералізації інфекційного процесу та розвитку сепсису (Wong H. R., Salisbury S., Xiao Q., 2012). В даний час існує більше 100 біохімічних сполук, які досліджувались при сепсисі. Найбільш важливими виявились наступні: СРБ; ІЛ-6; прокальцитонін (ПКТ); L3B ліпополісахарид-зв'язуючий білок; sCD145T (Presepsin) – ПСП.

Мета: показати чутливість і специфічність сучасних біомаркерів запалення при сепсисі та локалізованих бактеріальних інфекціях у дітей. Обстежено 115 дітей із локалізованими бактеріальними інфекціями та сепсисом, які знаходились на лікуванні в ХМДЛ, ХОДЛ та ХІЛ з 2009 до 2016 рр. Основна група – 47 дітей із сепсисом (2 і більше ознак ССЗВ, підтвердженим вогнищем інфекції та наявністю СПОН). Група порівняння – 68 дітей із локалізованою бактеріальною інфекцією. Група контролю – 56 практично здорових дітей. Середній вік в основній групі – 7,3 ДІ 95% [5,5-9,0]. Середній вік в групі порівняння – 9,2 [8,0-10,4] р. Рівень прокальцитоніну (ПКТ) сиро-

ватки крові визначався за допомогою кількісного ІФА RayBio Human Procalcitonin ELISA (RayBiotech, Inc. США) на аналізаторі «Stat Fax 303 Plus», який є відкритою системою. Кількісне визначення TNF- α проводили за допомогою ІФА із застосуванням реактивів компанії Ордженіум Лабораторіз (Human TNF- α ELISA Kit, Фінляндія) на аналізаторі «Stat Fax 303 Plus». Кількісне визначення ПСП проводилось на автоматичному хемілюмінесцентному імуоферментному аналізаторі PATHFAST за допомогою PATHFAST Presepsin (LSI Medience Corporation.). Специфічність та прогностичне значення (%) даних маркерів наступні: для СРБ (35мг/л) – 46,8 та 52,4%; для TNF- α (262,2 пг/мл) – 61 та 65%; ПКТ (2 пг/мл) – 87 та 78%; ПСП (500 пг/мл) – 92 та 91%. При визначенні відносних ризиків (ВР) та відношення шансів (ОШ) для розвитку сепсису у дітей основної групи виявлено, що при рівні ПКТ вище 2 нг/мл вірогідність розвитку сепсису в 30 раз більша, в той час, як при рівні ПСП в сироватці крові вище 500 пг/мл – в 56,3 рази. При ПКТ вище 4 нг/мл вірогідність розвитку септичного шоку в 5,25 рази більша, в порівнянні із дітьми, у яких рівень ПКТ є нижчим цього показника. В той час, як при рівні ПСП в сироватці крові вище 4500 пг/мл в 40 разів частіше діагностується септичний шок у порівнянні із дітьми, в яких рівень ПСП є нижчим.

Отже, пресеписин є найбільш специфічним та чутливим біомаркером бактеріального запалення, а також може використовуватись для проведення диференційної діагностики локалізованої бактеріальної інфекції та сепсису.

РИЗИК ФОРМУВАННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

**Починок Т.В., Горобець Н.І., Фік Л.А., Чернишова О.В., Журавель О.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ**

Мета роботи: дослідити показники оксиду азоту як ключового маркеру, що підтримує базальний тонус та реактивність судинної стінки та врівноважує дію вазоконстрикторів у дітей підліткового віку з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ). Обстежено 61 дитина віком 10-16 років (25 дівчат та 36 хлопців), серед яких 31 дитина з НДСТ (10 дівчат та 21 хлопчик) та 30 дітей (15 дівчат та 15 хлопців) без дисплазії сполучної тканини (ДСТ). Проведено кількісне визначення нітрату – аніону (NO₃) та нітриту – аніону (NO₂) в плазмі крові дітей. Встановлено, що пули нітриту – аніону не змінюються в плазмі крові дітей з НДСТ, порівнюючи ці показники у дітей без ДСТ. Проте у дітей з НДСТ спостерігалася тенденція до зростання зазначеного показника. Разом з тим, у дітей з НДСТ відбувалося значне підвищення пулу нітрат-аніону (65,5 – 4,35 нмоль/мг білка; у 4 рази), порівнюючи з контрольною групою (16,4 ± 2,4 нмоль/мг білка; P < 0.001). Статевих відмінностей концентрацій пулів нітрат-аніону та нітриту – аніону в плазмі вінозної крові дітей з НДСТ зареєстровано не було (P > 0,05). Нітриту – аніону (NO₂) утворюється в організмі дитини спонтанно при нормоксії, а нітрат-аніон – в умовах окисного стресу при деградації пероксинітриту або ферментативно при окисненні оксиду азоту гем-вмісними білками. Тому отримані дані, в певній мірі, можуть вказувати, що діти з НДСТ знаходяться у стані окисного стресу з подальшим формуванням ендотеліальної дисфункції. Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити наявність вірогідного прямого зв'язку між рівнем екскреції оксипроліну у добовій порції сечі дітей з НДСТ з одного боку та концентрацією нітрат - аніону у плазмі крові, з іншого. Наявність позитивних кореляційних зв'язків між рівнем оксипроліну у добовій сечі дітей з НДСТ та NO₃⁻ можна пояснити наступними біохімічними механізмами: 1. NO₃⁻ утворюється при нерадикальному розпаді пероксинітриту, який в свою чергу синтезується в умовах окисного стресу при взаємодії NO та супероксиданіону. Таким чином, пули нітрату азоту можуть виступати маркерами пероксинітриту, а отримані дані щодо підвищення концентрації NO₃⁻ у венозній крові дітей з НДСТ можуть свідчити про підвищення рівня пероксинітриту; 2. Одночасно із утворенням NO₃⁻ при радикальному розпаді пероксинітриту генерується OH – радикал, який, як відомо, є активатором аргінази. Підвищення аргіназної активності у пацієнтів з НДСТ призводить до підвищення рівня оксипроліну: окисний стрес визиває активацію аргінази, яка сприяє підвищенню концентрації орнітину, проліну та оксипроліну.

Отже окисний стрес у дітей пубертатного віку з НДСТ призводить, з одного боку, до підвищення синтезу попередників колагену, а з іншого – до обмеження синтезу оксиду азоту eNOS в наслідок конкуренції eNOS та аргінази за спільний субстрат – L-аргінін. Наявність такої конкуренції обмежує біодоступність оксиду азоту з подальшим розвитком ендотеліальної дисфункції.

THE INFLUENCE OF CORTISOL ON FUNCTIONAL DYSPEPSIA IN CHILDREN

**Poshehonova J.V., Makhmutov R.F.
National Medical University Named After M. Gorky, Donetsk**

Presently the questions of etiology and pathogeny of functional dyspepsia (FD) in children are studied not enough. Besides the difficult multilevel neurohumoral system the secretion and movement of stomach are under control the hormonal regulation, in particular hormones of adrenal cortex. Therefore, the change of maintenance of cortisol may play a certain role pathogeny of FD and influence on efficiency of therapy.

Purpose of the study. Research of levels of cortisol in the blood serum of children with FD.

Materials and methods. 120 children with FD aged from 5 to 15 were investigated. A control group was made by 25 healthy children-peers. All children with FD were conducted endoscopy with a urea test, ultrasound of abdominal organs, intragastric pH-metria. The levels of cortisol in the serum of children were determined by the method of ELISA.

Results and discussion. The contents of cortisol in the blood serum of children with FD was at to the low bound of norm as compared to a control group ($338,0 \pm 96,0$ nmol/l at the norm of $405,3 \pm 147,2$ nmol/l, $p < 0,1$). The highest levels of cortisol in blood found out at the ulcer-like FD ($510,3 \pm 72,2$ nmol/l, $p < 0,05$), in patients with the increase of body weight on 5-10%, with the expressed intensity of abdominal pains ($460,4 \pm 46,1$ nmol/l, $p < 0,1$), high gastric secretion ($579,3 \pm 53,1$ nmol/l, $p < 0,01$). Reduced maintenance of cortisol in the blood serum was revealed at dysmotility-like FD ($288,1 \pm 44,5$ nmol/l, $p < 0,02$) and nonspecific FD ($310,3 \pm 52,7$ nmol/l, $p < 0,05$), in patients with normal and lowered body weight, weak or moderate intensity of stomachaches ($299,0 \pm 34,0$ nmol/l, $p < 0,05$), in revealing during endoscopy the unchanged of mucous membrane or transient focal hyperemia of antrum (accordingly, $363,0 \pm 48,7$ nmol/l, and $338,3 \pm 44,1$ nmol/l, $p < 0,2$).

Conclusions. Thus, in children with FD the reducing maintenance of cortisol in blood serum is marked, the degree of change of that depends on the clinical variant of FD, intensity of pain syndrome, and that combines with character of violation of secretory function of stomach and expressed of pathological changes of mucous membrane of stomach during endoscopy. Consequently, influence of cortisol on functioning of stomach is the important link of pathogeny of functional dyspepsia in children.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНИХ РИНИТІВ У ДІТЕЙ

Прохорова М.П.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Знання сучасних ефективних методів терапії алергічних захворювань, впровадження їх в клінічну практику є однією з першорядних завдань лікаря алерголога-імунолога. Безумовною перевагою в патогенетичній терапії алергічного риніту і бронхіальної астми є алергенспецифічна імунотерапія (АСІТ). За сучасними даними АСІТ обумовлює два різних, можливо, послідовних механізми – генерацію Т-регуляторних клітин (Т-regs) і переключення імунної відповіді з Th2 на Th1.

Мета: Оцінити ефективність сублінгвальної алергенспецифічної імунотерапії сублінгвальними алергенами кліщів домашнього пилу та пилоквими (суміш осіння і берези) в формі сублінгвального підязикового спрею із стандартизованих нативних екстрактів алергенів (Іспанія) у пацієнтів з САР, ЦАР та ЦАР з БАЛПП, БАСТПП.

Під спостереженням було 95 дітей з алергічним ринітом у віці від 4 до 16 років, з них: 32 дітей з сезонним алергічним ринітом, інтермітуючим перебігом (САР), 33 хворих з цілорічним алергічним ринітом, персистуючим перебігом (ЦАР), 20 пацієнтів з ЦАР та БАЛПП, та 20 дітей з ЦАР та БАСТПП. У дітей з САР у 63,7% виявлена сенсibiliзація до різних видів пилоквих алергенів, у 36,3% – до одного виду пилоквих алергенів. У хворих з ЦАР у 78,2% виявлена сенсibiliзація до пилоквих та побутових алергенів, у 21,8% – до різних видів пилоквих алергенів. У пацієнтів з ЦАР та БАЛПП у 82,4% виявлена сенсibiliзація до різних видів пилоквих та побутових алергенів, у 17,6% – до пилоквих алергенів. У дітей з ЦАР та БАСТПП у 87,5% – виявлена сенсibiliзація до різних видів пилоквих та побутових алергенів, у 12,5% – до пилоквих алергенів. Сублінгвальний підязиковий спрей ORALTEK призначався по 1 вприску 1 раз на добу під язик на протязі 1 року. До і після вживання препарату не бажано вживати їжу і розчин утримувати під язиком на протязі 2 хвилин. Результати статистичного аналізу підтвердили достовірне зниження загального балу клінічних проявів, частоти виникнення симптомів і прийому препаратів «невідкладної терапії» в групі пацієнтів, які отримували СЛАСІТ. До кінця дослідження ЗБКП знизився на 87,4% у хворих з САР, 84,6% – з ЦАР, 82,7% – з ЦАР та БАЛПП, 75,2% – з ЦАР та БАСТПП, а кількість днів з симптомами – на 93,5% у обстежених з САР, 91,4% – з ЦАР, 89,3% – з ЦАР та БАЛПП, 87,4% – з ЦАР та БАСТПП в порівнянні з даними до початку лікування. Зменшення частоти та інтенсивності клінічних симптомів супроводжувалося статистично достовірним зниженням потреби в симптоматичних препаратах порівняно з даними до СЛАСІТ на 97,3% у дітей з САР, 96,4% – з ЦАР, 94,5% – з ЦАР та БАЛПП, 92,7% – з ЦАР та БАСТПП. Відмінний ефект після лікування СЛАСІТ спостерігався у 89,5% дітей з САР, у 10,5% – хороший ефект. У хворих з ЦАР у 87,3% відмічено відмінний ефект, у 10,5% – хороший ефект, у 2,2% – задовільний. У пацієнтів з ЦАР та БАЛПП відмінний ефект спостерігався у 85,7%, у 11,3% – хороший, у 3% – задовільний. У обстежених дітей з ЦАР та БАСТПП у 84,5% відмічено відмінний ефект, 12,4% – хороший, у 3,1% – задовільний. Достовірне зниження ($p < 0,05$) кількості еозинофілів в назальному секреті у дітей з САР, ЦАР, ЦАР та БАЛПП, ЦАР та БАСТПП може бути непрямим підтвердженням впливу СЛАСІТ на алергічне еозинофільне запалення. Висока лікувальна ефективність СЛАСІТ обумовлює широке використання цього методу в клінічній алергологічній практиці з метою проведення лікування пацієнтів в домашніх умовах, що дозволяє скоротити число візитів пацієнтів до лікаря та покращити якість життя хворих.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ Й ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ШКОЛЯРІВ МІСТА ХАРКОВА

Рак Л.І.^{2,1}, Штрах К.В.^{1,2}

¹Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

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

На даний час погіршення дитячого здоров'я має стійкий характер, що підтверджується збільшенням кількості випадків вроджених відхилень у розвитку багатьох органів і систем, набутих патологічних станів і хронічних захворювань. Загально визнаною медичною проблемою стало дитяче ожиріння, поширеність якого невпинно зростає. Одним із негативних чинників вважається гіподинамія, а підвищення фізичної активності людини сьогодні оголошено як вагомий ланцюг профілактики розвитку та прогресування, перш за все, кардіоваскулярної патології.

Мета дослідження – дослідити рівень фізичної активності та толерантності до фізичного навантаження дітей шкільного віку.

Матеріали та методи. Обстежено 164 дитини 11-17 років – школярів міста Харкова. середній вік склав $12,7 \pm 0,1$ років. Серед них було 81 (49,4%) дівчаток та 83 (50,6%) хлопчиків. Дослідження включало антропометрію, оцінку фізичної активності дітей за допомогою анкетування за міжнародним опитувачем МОАФІ (University of Saskatchewan, Canada, 1999), визначення толерантності до фізичного навантаження за пробою Руф'є. Статистичний аналіз отриманих даних проводився з використанням пакету програм Open Office і «Statistica 6.0».

Результати дослідження. Встановлено, що 56,7% обстежених школярів фізично активні, регулярно займалися на уроках фізкультури у школі й регулярно відвідували спортивні секції або танцювальні гуртки. Дівчинки в 70 % випадків віддавали перевагу танцям, хлопчики займалися баскетболом (32,8%), різними видами єдиноборств і футболом (14,3%), волейболом (11,4%) і плаванням (8%). У цілому результати проби Руф'є в дітей, що мали адекватне фізичне навантаження, істотно не відрізнялися від результатів фізично неактивних дітей. У перших хороша й відмінна толерантність до фізичного навантаження була зафіксована у 33,3% осіб, задовільна – у 50,0%, у поодиноких випадках (16,7%) – слабка й незадовільна. У фізично неактивних дітей хороші результати спостерігалися у 20,7%, задовільні – у 58,6%, а слабкі й незадовільні – у 20,7% випадків. Результати суттєво не залежали від статі й віку дітей.

Встановлено, що на толерантність до фізичного навантаження впливала регулярність й тривалість пішої ходьби. Індекс Руф'є був обернено пропорційний частоті щотижневої ходьби підлітка ($r = -0,329$; $p < 0,05$), проте не залежав від кількості та тривалості спортивних тренувань.

Майже у 8% школярів виявлено надлишкову масу тіла. Серед них переважна більшість мали недостатню фізичну активність, яка в 30,8% випадків супроводжувалась зниженою толерантністю до фізичного навантаження. Серед школярів з доброю толерантністю не було дітей з надмірною вагою. Більш чіткий зв'язок низької фізичної активності й підвищеної маси тіла спостерігався в хлопчиків, що підтверджувалося кореляційним аналізом ($r = -0,465$; $p = 0,05$).

Висновки: Знижена толерантність до фізичного навантаження спостерігається у кожній п'ятій дитини шкільного віку та у кожній третій – з надлишковою масою тіла. На толерантність до фізичного навантаження впливає не тільки загальний бал фізичної активності. Діти, які займаються в спортивних секціях і демонструють слабкі та незадовільні результати проби Руф'є, потребують перегляду режиму тренувань.

КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ ГОСТРОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Ракова К.В., Осичнюк Л.М., Савченко І.І., Сиротюк К.М.

Державний заклад «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

Згідно з епідеміологічними дослідженнями, проведеними в Україні, поширеність гострого пієлонефриту (ГП) становить 19,1 на 1000 дитячого населення. В структурі загальної захворюваності дітей пієлонефрит займає II місце за частотою після патології органів дихання, а також є найбільш поширеним захворюванням сечової системи. У період новонародженості та протягом перших місяців життя ГП є більш типовим для хлопчиків, а у подальшому це захворювання частіше зустрічається у дівчаток. За статистичними відомостями 8% дівчаток та 2% хлопчиків 6-річного віку мають принаймні один епізод ГП (Борисова Т.П., Багдасарова І.В., 2007).

Мета дослідження: визначення значущих факторів, що впливають на тяжкість перебігу ГП у дітей.

Було обстежено 30 дітей (25 дівчаток і 5 хлопчиків) віком від 6 місяців до 17 років, які перебували на лікуванні у дитячому соматичному відділенні м. Рубіжне протягом 2017 р. з діагнозом ГП. Віковий склад пацієнтів виявився наступним: діти до 1 року – 6 (20,0%), 1-4 роки – 8 (26,7%), 5-9 років – 4 (13,3%), 10-15 років – 9 (30,0%), старше 15 років – 3 (10,0%). У більшості випадків ГП діагностувався на тлі супутніх захворювань, серед яких переважала залізодефіцитна анемія різного ступеня тяжкості (53,3%

хворих). У дослідженні акцентувалася увага, в першу чергу, на температурі тіла пацієнтів на час госпіталізації та терміні їх перебування на стаціонарному лікуванні. Найчастіше на час госпіталізації реєструвалася температура тіла у діапазоні 38°-38,9°C (14 (46,7%)), дещо рідше вона перевищувала 39°C (9 (30,0%)), у найменшій кількості випадків фіксувались її субфебрильні значення (7 (23,3%)) Середня тривалість перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні складала 15,2±2,7 ліжко-днів.

Усім хворим проводились стандартні лабораторні та інструментальні дослідження (клінічний аналіз крові, загальний аналіз сечі та аналіз сечі за Нечипоренком, ультразвукове дослідження органів сечовидільної системи). За окремими показниками клінічного аналізу крові вираховувався лейкоцитарний індекс інтоксикації у модифікованому варіанті (ЛІІМ; Сперанский И.И. и соавт., 2009). Середній рівень ЛІІМ у групі спостереження склав 4,3±0,7, коли його нормальні значення перебувають у діапазоні від 1,0±0,5 до 1,6±0,5. Щодо результатів дослідження сечі за Нечипоренком, найчастіше показник кількості лейкоцитів у сечі перебував у межах 4-10 тис. (17 дітей (56,7%)), і виявлено найменше випадків (3 (10,0%)), коли зазначений показник перевищував 15 тисяч.

Статистичну обробку результатів здійснювали з використанням рангового кореляційного аналізу Спірмена. Зафіксовано наявність тісного зворотного кореляційного зв'язку між віком хворих та ступенем вираженості у них інтоксикаційного синдрому ($\rho = -0,62, p < 0,01$). При цьому, значення ЛІІМ також перебувають у зворотній залежності з віком пацієнтів ($\rho = -0,42, p < 0,05$). Водночас, статистично обґрунтований взаємозв'язок між віком обстежених дітей та рівнем лейкоцитурії був відсутнім ($\rho = 0,27, p > 0,05$). Крім того, з'ясувалося, що зі збільшенням віку пацієнтів вірогідно зменшувався термін їх перебування на стаціонарному лікуванні ($\rho = 0,53, p < 0,01$).

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про наявність вельми тісної зворотної кореляційної залежності між віком пацієнтів та тяжкістю перебігу ГП.

ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ РИТМУ СЕРЦЯ, ПРОВІДНОСТІ ТА ПРОЦЕСІВ РЕПОЛЯРИЗАЦІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З ВНУТРІШНЬОУТРОБНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

Резніченко Ю.Г.¹, Лебединець О.М.¹,

Хацко О.С.², Кириченко О.І.², Крайнова А.В.²

¹Запорізький державний медичний університет, кафедра госпітальної педіатрії

²КУ «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» Запорізької обласної ради,

м. Запоріжжя, Україна

Проблема впливу внутрішньоутробних інфекцій TORCH-групи на стан здоров'я дітей пов'язана з великою поширеністю цих інфекцій у світі в цілому та в Україні зокрема. Відомо, що при внутрішньоутробних інфекціях TORCH-групи можливо ураження різних органів та систем у дітей першого року життя, в тому числі серцево-судинної системи. Спостереження за станом серцево-судинної системи у дітей із внутрішньоутробними інфекціями залишається актуальним в зв'язку з невизначеним прогнозом щодо подальшого збереження або виникнення патології цієї системи в дитячому та дорослому віці.

З метою вивчення особливостей ритму серця, провідності та процесів реполяризації обстежено 65 дітей першого року життя: 20 дітей із вродженим токсоплазмозом без ознак кардиту і вроджених вад серця (перша група) та 45 дітей, хворих на кардит на фоні вродженого токсоплазмозу (друга група). Діагностика та лікування проводились згідно стандартів діагностики та лікування внутрішньоутробних інфекцій, патології серцево-судинної системи. Проаналізовано особливості ЕКГ та даних добового моніторингу ЕКГ. Групу порівняння склали 17 умовно здорових дітей.

Найбільш частими порушеннями ритму та провідності у дітей всіх груп були суправентрикулярна екстрасистолія (у 68,8% дітей без ознак кардиту, у 86,1% дітей другої групи проти 23,5% у здорових дітей) та синоатріальна блокада 2 ступеню (1 типу – у 62,5% і 66,7% відповідно проти 16,6% у здорових; 2 типу у здорових не реєструвалась, тоді як виявлена у 37,5% дітей з вродженим токсоплазмозом без проявів кардиту та у 46,9% дітей другої групи). Зниження вольтажу спостерігалось тільки у 11,1% дітей з проявами кардитів до початку лікування. Шлуночкова екстрасистолія у здорових дітей не реєструвалась, виявлена у 6,3% дітей з вродженим токсоплазмозом без ознак кардиту та у 22,2% дітей другої групи. Порушення реполяризації шлуночків виявлені у 11,8% умовно здорових дітей (в вигляді епізодів синдрому ранньої реполяризації шлуночків) та у всіх дітей із внутрішньоутробними інфекціями (епізоди депресії сегменту ST у 25% дітей в другій групі та у 18,8% дітей без кардитів; пролонговані епізоди вираженої елевації сегменту ST у всіх дітей з кардитами та з токсоплазмозом без ознак кардиту).

Отримані дані свідчать про наявність порушень ритму серця, провідності та процесів реполяризації у всіх дітей на фоні вродженого токсоплазмозу, в тому числі у дітей без ознак кардитів та вроджених вад серця. Це дає обґрунтування спостереження за станом серцево-судинної системи у дітей при внутрішньоутробних інфекціях з метою профілактики та своєчасної корекції серцево-судинної патології в дитячому та дорослому віці.

ОЦІНКА ВІДПОВІДНОСТІ ІНТЕРЕСАМ І ЗАПИТАМ СТУДЕНТІВ ВНМЗ ІНТЕРАКТИВНИХ ФОРМ НАВЧАННЯ ПРИ ВИКЛАДАННІ ПРЕДМЕТУ НА ЗАСАДАХ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ

Салтикова Г.В., Клець Т.Д.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра педіатрії №4,
м. Київ

В Європейському освітньому просторі ключовими поняттями вищої освіти є компетентності та результати навчання (М.М. Філоненко, 2016). Нові стандарти вищої освіти вимагають інших сучасних підходів до організації навчально-методичного процесу, рекомендованих МОН України (Наказ МОН № 600 від 01.06.16).

Протягом навчального року відповідно до тематичного плану нами були проведені аудиторні заняття з предмету «Пропедевтична педіатрія». На заняттях були використані такі методи як: рольова гра, робота в малих групах, метод каруселі, індивідуальна науково-дослідна робота у вигляді презентацій. Використання цих методів дозволяє розвивати та набувати такі компетенції сучасного фахівця як уміння діяти відповідно до цілей та завдань, уміння погоджувати свої дії з партнером, уміння кооперуватися. Поступове формування цих загальних компетенцій викладач може бачити протягом року при регулярному використанні перерахованих методів навчання. А от наскільки такі форми викладання допомагають студентам у закріпленні та вивченні теоретичної частини необхідного матеріалу, наочно проконтролювати не можливо. Можливий лише контроль результату, але не відомо за рахунок яких способів здобуття знань він отриманий та закріплений. Тому ми вирішили провести анкетування серед студентів 3 курсу, які протягом року мали можливість займатися з використанням різних інтерактивних методів навчання. Запитання в анкеті були підібрані з метою вирішення певних завдань: чи відповідають запропоновані методи викладання інтересам та запитам студентів, та які з методів навчання дозволили найкраще розібратися у теоретичній частині питань, які допомогли закріпити матеріал та отримати досвід використання своїх знань.

Тому метою дослідження було оцінити швидкість та ефективність засвоєння навчального матеріалу при використанні різних інтерактивних методів навчання в порівнянні зі стандартним опитуванням та усним розглядом матеріалу на підставі аналізу даних анкетування студентів.

Матеріали та методи: був проведений аналіз результатів анкетування 75 студентів 3 курсу 3 медичного факультету. Отримані такі результати: 100% студентів задоволені тим, як проходять заняття. Найбільш ефективним для закріплення знань 60% вважають метод рольової гри, 20% робота в малих групах за методом мозкового штурму, 15% робота в групах, що керована викладачем. Більш ефективним для кращого розуміння теми у 80% є «метод каруселі», 12% студентів більш ефективним вважають теоретичний розбір матеріалу під час опитування, 8% – виділяють метод індивідуальних науково-дослідних завдань у вигляді презентацій.

Висновки: лише при використанні інтерактивного навчання можуть формуватися необхідні для сучасного фахівця компетенції комунікації та вирішення задач відповідно до поставлених цілей. Включення будь-яких інтерактивних методів навчання у заняття дозволяє отримати задоволеність студента заняттям. Найефективнішим методом, який дозволяє студенту зрозуміти тему, є метод каруселі. З метою закріплення отриманих знань краще використовувати метод рольової гри.

КОГНІТИВНО-МОТИВАЦІЙНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ШКОЛЯРІВ У КОНТЕКСТІ ПРОВІДНИХ ПОЛОЖЕНЬ СУЧАСНОЇ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДІАТРІЇ

Сергета І.В., Серебреннікова О.А., Теклюк Р.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця

Як когнітивно-мотиваційні або когнітивно-перцептивні детермінанти здоров'я і, передусім, когнітивно-мотиваційні детермінанти формування здоров'язберігаючих компетенцій сучасних школярів, прийнято вважати їх загальні знання про здоров'я та мотиваційні механізми дотримання здоров'язберігаючої поведінки, які включають у свою структуру: уявлення про важливість здоров'я та про його тісну залежність від особливостей дії різних факторів, суб'єктивні установки щодо переваг здоров'язберігаючої поведінки та, навпаки, суб'єктивні упередження, котрі заважають людині сформувати відповідні здоров'язберігаючі навички. У цьому контексті необхідно відзначити, що в сучасній науковій літературі наведений цілий ряд результатів психогігієнічних та клінічних досліджень, які засвідчують суттєвий вплив рівня загальної компетентності людини, ступеня вираження інтернального локусу контролю та бар'єрів у доступі

до інформації, пов'язаної із здоров'ям, на стан здоров'я та здоров'язберігаючу поведінку людей різних вікових груп: і молоді, і літніх людей, і здорових осіб, і пацієнтів із хворобами з хронічним перебігом патологічного процесу.

В ході проведених досліджень здійснена оцінка значущості показників інтернальності локусу контролю та власної відповідальності за здоров'я дівчат і юнаків як когнітивно-мотиваційних детермінант формування здоров'язберігаючих компетенцій, властивих для учнів старших класів сучасних загальноосвітніх шкіл.

Встановлено, що показники інтернальності локусу контролю, власної відповідальності за здоров'я та бажання старшокласників більше знати про здоров'я є вагомими когнітивно-мотиваційними детермінантами здорового способу життя сучасних школярів, оскільки пов'язані з широким спектром як позитивних, так і негативних форм поведінки, пов'язаної із здоров'ям. Інтернальний локус контролю має зв'язок, насамперед, із засудженням ризикованих форм поведінки. Підлітки, які беруть на себе відповідальність за власне життя, як правило, схильні уникати шкідливих звичок, однак, не роблять якихось виражених кроків у напрямку до свідомого формування здорового способу життя. Готовність нести відповідальність за власне здоров'я декларується більшістю старшокласників, що доводять дані наших досліджень, проведені в динаміці останніх 15 років. Результати кореляційного аналізу вказують на те, що дівчата, котрі декларують особисту відповідальність за здоров'я, схильні уникати ризикованих форм поведінки, тоді як юнаки, декларуючі відповідальність за власне здоров'я, часто не відображають це переконання у реальних діях. Цілковито неочікуваною є інформація про те, що ці ж юнаки доволі часто дотримуються питань гендерної рівності у питанні щодо визначення віку готовності до народження дитини та піклування про неї. Висловлене дівчатами небажання отримати додаткову інформацію з тем, пов'язаних зі здоров'ям, повинно викликати прискіпливу увагу, оскільки воно виявляє найбільш проблемну групу старшокласниць, котрі не мають достатніх медико-санітарних знань, не сформували позитивного ставлення до здоров'я як провідної цінності життя. Серед юнаків висловлене небажання поглибити свої знання про здоров'я пов'язане лише з однією загрозливою тенденцією – юнаки часто не вважають за потрібне дізнаватись нову інформацію про здоров'я, тому що здоров'я не є провідною цінністю їхнього життя.

ПРО НЕОБХІДНІСТЬ ВКЛЮЧЕННЯ ЕКГ ОБСТЕЖЕННЯ ДО ОBOB'ЯЗКОВОГО ПЕРЕЛІКУ ВІКОВОЇ ДИСПАНСЕРІЗАЦІЇ ДІТЕЙ 6-7 РОКІВ

Скрипникова Я.С.¹, Селіна Ю.В.²

¹ Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

² КУ «6-а міська клінічна лікарня м. Запоріжжя»

Вікова диспансеризація є невід'ємною та важливою частиною профілактичної медицини. Метою медичних оглядів в різному віці є визначення рівню фізичного розвитку дитини, виявлення ранніх ознак ураження органів та систем, що потребують лікування або подальшого спостереження та консультування батьків. Враховуючи анатомо-фізіологічні особливості дитячого розвитку, вік 6-7 років є важливим етапом формування органів та систем дитини. Перед вступом до школи дитина повинна пройти медичний огляд педіатра та лікарів-спеціалістів, зробити певні додаткові обстеження, за висновками яких педіатр визначає стан здоров'я та розвитку дитини та визначає групу для занять фізкультурою. Згідно з наказом № 682 від 16.08.2010 «Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх закладів», додаткові обстеження дитини проводяться за показаннями, обов'язковими є огляди педіатра, стоматолога, офтальмолога, хірурга та ортопеда. Висновок про функціональний стан серцево-судинної системи робиться на підставі проби Руф'є, але в віці 6-7 років вона не може бути інформативною, враховуючи вікову частоту серцевих скорочень. Інструкція по проведенню цієї проби не містить поправочної таблиці для перерахунку індексу згідно віку. Крім того, проведення функціональних проб не дає можливості оцінити роботу провідної системи серця та окремих його камер. Допомогою для педіатра повинно стати ЕКГ обстеження дитини. Це обстеження не є інвазивним, не потребує дорогоцінного обладнання та спеціальної підготовки дитини до обстеження.

Ми проаналізували висновки ЕКГ дітей 6-7 років, які проходили медичний огляд перед вступом до школи в 2016-2017 роках в умовах дитячого поліклінічного відділення КУ «6-а міська клінічна лікарня м. Запоріжжя». За цей період ЕКГ обстеження проведено 430 дітям, які готувались піти в перший клас. У цей період до першого класу в районі обслуговування поліклініки пішли 1762 дитини. Частка дітей, яким проведено ЕКГ обстеження, серед них склала всього 24,4%. Серед них 41 дитина проходила таке обстеження раніше за направленням педіатрів та дитячих кардіологів, 389 дітей робили електрокардіограму вперше в житті. Серед них порушення ритму у вигляді синусової тахікардії виявлено у 45 (11,5%), синусової брадикардії – 60 випадків (15,4%), міграцію СВВР-6 та передсердний ритм в 5 випадках, екстрасистолію – 2 (кількість порушень збудливості 3,2%). Серед порушень провідної системи серця виявлені атріовентрикулярна блокада у 3 дітей, синоатріальна блокада – 4 випадки, скорочення інтервалу PQ у 8 випадках, неспецифічне внутрішньошлуночкове порушення провідності – 12 випадків. Всього випадків порушення провідної системи серця виявлено у 32 дітей (8,2%). У 4 дітей вперше у житті діагностовано ознаки перегрузки правого передсердя та гіпертрофії лівого шлуночка. ЕКГ симптоми порушення реполяризації виявлені у 16 дітей. Як можна побачити із наведених підсумків, серед дітей, що вперше проходили ЕКГ обстеження, 154 (39,5%) потребували додаткового лабораторного та інструментального обстеження та динамічного спостереження надалі.

Таким чином, враховуючи зміни звичного способу життя першокласника, збільшення фізичного та розумового навантаження, ЕКГ обстеження, на нашу думку, потрібно долучити до переліку обов'язкових при проведенні медичних оглядів дітей перед вступом до школи.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Степанов Ю.М., Лук'яненко О.Ю., Завгородня Н.Ю., Гравіровська Н.Г.,
Кленіна І.А.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

Мета. Вивчити особливості зовнішньосекреторної функції підшлункової залози (ПЗ) у дітей із стеатозом підшлункової залози; дослідити вплив функціонального стану ПЗ на параметри жорсткості її паренхіми.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 77 дітей; середній вік пацієнтів склав $(11,59 \pm 2,82)$ років. Стеатоз підшлункової залози був діагностований за допомогою ультразвукового дослідження. З метою оцінки жорсткості паренхіми ПЗ проведено зсувнохвильову еластографію ПЗ на апараті UltimaPAExpert («Радмір», Україна).

З урахуванням ІМТ та наявності стеатозу ПЗ пацієнти були розділені на наступні групи: 1 група – 47 дітей з стеатозом ПЗ і ожирінням/надмірною вагою; 2 група – 20 дітей з ожирінням/надмірною вагою без ознак стеатозу ПЗ; 3 групи – 10 дітей з нормальною вагою. Також був проведений кореляційний аналіз досліджуваних даних в групі дітей з ожирінням (47 пацієнтів) і групі дітей без ожиріння (30 пацієнтів). Проводилось дослідження зовнішньосекреторної функції з визначенням рівня амілази, ліпази й трипсину сироватки крові.

Результати. Встановлено, що в групі дітей зі стеатозом ПЗ визначалася тенденція до більш низьких рівнів амілази крові в порівнянні з дітьми з ожирінням/ надмірною вагою без стеатозу: $(37,95 \pm 15,97)$ ммоль/л – у 1 групі проти $(44,07 \pm 16,32)$ у 2 групі, $p=0,06$. Рівень ліпази сироватки крові був достовірно нижчим в групі дітей із стеатозом ПЗ $(0,81 \pm 0,25)$ нмоль/с*л) в порівнянні з дітьми, які мали нормальну вагу $(1,02 \pm 0,20)$ нмоль/с*л) ($p < 0,05$). Мінімальний рівень ліпази спостерігався в підгрупі пацієнтів з 3-м ступенем стеатозу. Рівень трипсину не виявив достовірних відмінностей між групами, але максимальний рівень трипсину спостерігався в групі дітей з 3-м ступенем стеатозу ($p > 0,05$). При аналізі даних еластографії не виявлено достовірних відмінностей щодо жорсткості паренхіми ПЗ в досліджуваних групах ($p > 0,05$). Проте рівень амілази крові в субкогорті пацієнтів з ожирінням негативно корелював з показником жорсткості паренхіми ПЗ ($r = -0,29$; $p < 0,05$). У когорті дітей без ожиріння встановлено наявність негативної кореляції між жорсткістю ПЗ і рівнем ліпази крові ($r = -0,60$; $p < 0,05$).

Висновок. Стеатоз підшлункової залози у дітей з надмірною вагою та ожирінням характеризується змінами зовнішньосекреторної функції підшлункової залози, асоційованими зі змінами жорсткості її паренхіми.

ВПЛИВ ГЕНІВ NFATC1 ТА NFATC4 НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЗА АНКЕТОЮ SF-36 У ПІДЛІТКІВ 16-17 РОКІВ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Товма А.В., Іванько О.Г., Пацера М.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Одним з пріоритетних напрямків пошуку етіологічних факторів розвитку артеріальної гіпертензії (АГ) є генетичні дослідження. Спектр генів, які безпосередньо беруть участь в реалізації АГ, достатньо широкий і включає групи, що контролюють різні метаболічні та гомеостатичні системи, порушення яких залучені в патогенез підвищення систолічного, діастолічного та пульсового артеріального тиску (АТ) (Trans-ancestry meta-analysis identify rare and common variants associated with blood pressure and hypertension. Nat Genet. 2016 October; 48(10): 1151-1161). Але пошуки інших генетичних предикторів хвороби, особливо тих, які впливають на клінічні ознаки, ступінь біологічної та соціальної дезадаптації хворих та ураження у них органів-мішеней гіпертензії будуть і надалі продовжуватись.

Мета дослідження: визначити вплив генів сімейства NFATC1 і NFATC4 на самопочуття підлітків із первинною АГ на підставі аналізу результатів опитування за допомогою анкети SF-36.

Матеріали та методи. Обстежено 74 підлітка з АГ та 20 з нормотензією, що склали контрольну групу. Серед них хлопчиків було 64, дівчаток 30. Усім дослідженим проводили багаторазові офісні виміри АТ методом Короткова та добовий моніторинг АТ за допомогою приладу «Cardio Tens». За результатами поглибленого клінічного обстеження у хворих була виключена симптоматична (вторинна) АГ. Підставами діагнозу «АГ» були результати офісних вимірів АТ, які неодноразово перевищували показники 95-ої центилі, та навантаження гіпертензією, яке дорівнювало або перевищувало 50% добового часу. Діагноз «АГ» встановлювався вперше і жоден підліток не отримував раніше антигіпертензивного лікування. Для генотипування підлітків використовували зразки тотальної ДНК, виділеної з цільної венозної крові стандартним методом. Специфічні пари праймерів для полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР) досліджуваних і референсних генів були підібрані та синтезовані за допомогою забезпечення PrimerBlast - ThermoScientific, США. Стан експресії генів визначали за допомогою ампліфікації CFХ96™ Real-Time PCR Detection System, США. Водночас із генетичним аналізом досліджені підлітки відповідали на запитання анкети SF-36

(The Short Form-36), яка є неспецифічним інструментом для оцінки якості життя пацієнта, яке залежить від самопочуття стану здоров'я. Анкета SF-36 складається з 36 питань, згрупованих у вісім шкал, таких як: стан фізичного функціонування, рольова діяльність, біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали і загальний показник оцінювали в балах, які в подальшому були використані для пошуку взаємозв'язків з генотипами здорових і хворих підлітків.

Результати. Встановлено, що у хворих на АГ експресії генів NFATC1 і NFATC4 перевищували контрольний рівень в 3 і в 17 разів відповідно. Виявлена асоціація генотипу ТТ одноступінцевого поліморфізму rs11665469 гену NFATC1 з низькою загальною самооцінкою якості життя хворими на АГ, яку складали порушення в показниках «загальне здоров'я», «рольове і соціальне функціонування» та «біль».

Висновки. Отримані дані свідчать про вплив генотипів NFATC на формування клінічних ознак підвищеного АТ у підлітків з АГ.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ДОСЛІДЖЕННІ НИРОК НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ДІТЕЙ

**Фролова Т.В., Кононенко О.В., Стенкова Н.Ф., Атаманова О.В., Терещенкова І.І.
Харківський національний медичний університет, м. Харків**

Хронічні хвороби нирок доволі часто призводять до структурних змін, які не завжди супроводжуються клінічними проявами: зменшення розміру нирок, паренхіматозна атрофія, нефросклероз, фіброз тощо. Є також дані, що з прогресуванням захворювання збільшується частота кіст нирок. Ультразвукове дослідження зазвичай не дозволяє точно діагностувати основне хронічне захворювання, але може допомогти визначити незворотні зміни у нирках, оцінити прогноз захворювання, уникнути непотрібних діагностичних та терапевтичних процедур і/або призначити необхідні.

Метою даного дослідження був аналіз ультразвукових даних у дітей з хронічною хворобою нирок (ХХН). Обстежено 77 дітей від 4 до 18 років з різними нозологічними формами ХХН. Залежно від ступеню порушення функції нирок хворих було розподілено на 3 групи: 1-а – діти з ХХН I ступеню, без порушення функції нирок (54 дитини); 2-а – діти з ХХН II ступеню, легка ступінь порушення функції нирок (11 хворих); 3-я – діти з ХХН III-V ступеню, середня та важка ступені порушення функції нирок, у тому числі – термінальна ХНН. Серед обстежених дітей з ХХН переважували діти молодшого та старшого шкільного віку з тривалістю захворювання в середньому 4-7 років. За допомогою ультразвукового сканування визначали розміри нирок, їх форму, розташування, зміщеність, взаємовідносини з сусідніми органами, оцінювали внутрішню будову.

Результати дослідження показали, що у 29 (53,7±6,8%) дітей з ХХН I ст. спостерігалися ознаки нефриту, у 19 (32,5±6,5%) – пієлоектазія. Більш ніж у половини (55,6±6,8%) хворих цієї групи, у 6 (54,5±14,3%) дітей 2 групи та 4 (33,3±15,7%) дітей 3 групи спостерігалися ознаки обмінної нефропатії, при цьому в деяких хворих виявлені мікроліти, що може погіршувати перебіг і прогноз основного захворювання, сприяючи розвитку ускладнень.

Серед ультразвукових ознак ураження нирок у дітей з ХХН також відмічено зміну товщини паренхіми нирок, нерівність контуру нирок, ознаки хронічного пієлонефриту (у дітей, що перенесли запальні захворювання нирок), зміни розташування нирок (нефроптоз). Окрім того, у 5 (45,5±14,8%) дітей з ХХН II ст. встановлено зниження диференціації кірково-мозкового шару, а в 7 (58,3±13,6%) дітей з ХХН III-V ст. кірково-мозковий шар не диференціювався. У 9 (81,8±12,2%) хворих 2 групи з ХХН II ст. реєструвалася підвищена ехогенність паренхіми, виявлені ознаки нефриту, у 2 хворих – збільшення розмірів нирок. У 7 дітей (58,3±14,9%) 3-ї групи виявлено зменшення розмірів нирок, що свідчить про розвиток нефросклерозу в даних хворих; підвищена ехогенність паренхіми спостерігалася в 9 (75±13,5%) хворих. Наявність гіперехогенних включень встановлено в 3 хворих на ХХН III-V ст., анехогенних – у 4 хворих, у 2 хворих третьої групи при УЗД знайдені кістозні утворення.

Таким чином, враховуючи інформативність, безпечність та неінвазивність УЗД, його регулярне проведення у дітей з ХХН дозволяє виявити зміни, які можуть свідчити про наявність активного патологічного процесу в нирках навіть при відсутності скарг; ранні ознаки нефросклерозу різного ступеню вираженості; наявність кістозних утворень тощо. Це допомагає визначити обсяг заходів при спостереженні за такими дітьми та спрогнозувати перебіг захворювання.

ІНСОМНІЯ У ДІТЕЙ: СУЧАСНІ ПАПРЯМИ ТЕРАПІЇ

**Хайтович М.В., Місюра О.М., Потаскалова В.С.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ**

Відомо, що природний нічний сон характеризується швидким засинанням; чергуванням фаз «повільного» і «швидкого» сну; достатньою, залежною від віку дитини, тривалістю; легким пробудженням; відчуттям бадьорості вранці. Відповідно безсоння (інсомнія) виявляється складнощами засинання і/або проблемами подовження сну (частими пробудженнями і/або труднощами із засинанням після пробудження, раннім ранковим пробудженням з неможливістю заснути). Інсомнія асоціюється із суттєвим порушенням якості життя, частими головними болями, порушенням когнітивних функцій (зокрема, уваги та пам'яті).

Нами проведено дослідження з поширеності інсомнії серед підлітків в одній із гімназій м. Києва. Обстежено 74 учнів (39 дівчаток і 35 хлопчиків) віком 13-17 років (середній вік $15,0 \pm 1,2$ років). Проводилось анонімне анкетування за попередньо розробленою нами анкету. Статистичну обробку результатів дослідження проводили із використанням програми Statistica for Windows 8.0.

Часті порушення сну (частіше, ніж двічі на тиждень) відмічали 7 (20%) хлопчиків та 13 (33,3%) дівчаток. 10 (28,6%) хлопчиків і 7 (17,9%) дівчаток вказали на труднощі із засинанням, 7 (20%) хлопчиків і 5 (12,8%) дівчаток – на часті пробудження серед ночі, 3 (8,6%) хлопчиків і 6 (15,4%) дівчаток – поєднання різних проявів інсомнії. Тривалість сну менше 6 годин відмічали 8 (22,8%) хлопчиків та 14 (35,9%) дівчаток. За результатами факторного аналізу встановлено, що частота інсомнії (0,69) та зменшення тривалості нічного сну (0,64) поєднані із інтенсивністю головного болю (0,74) в один фактор.

Для нормалізації нічного сну доцільно спочатку застосувати немедикаментозні втручання. Необхідно дотримуватись регулярності у часі засинання та прокидання; забезпечити достатність часу для сну (7-9 годин для підлітків) у тихому і темному спальному приміщенні; уникати примусового засинання та спостереження за годинником; видалити із спальні потенційні руйнівники сну (телевізор, телефон, планшет тощо); уникати прийому перед сном психоактивних речовин; фізичні вправи здійснювати регулярно, але не перед сном; вирішити до відходу до сну стресові ситуації та перед сном розслабитися; уникати денної дрімоти.

У випадку інсомнії спочатку потрібно порекомендувати поведінкові втручання. Найбільш доказовий вплив має терапія «обмеженням сну», метод «стимул-контроль», когнітивно-поведінкова терапія. У першому випадку спочатку скорочують час проведений у ліжку. Так, якщо підліток вважає, що він спав 6 з 8 год, проведених в ліжку, то йому пропонується проводити в ліжку 6 год, потім час в ліжку поступово збільшують на 15-20 хв. У другому випадку пацієнту рекомендують лягати в ліжку лише тоді, коли він відчує сонливість (а не просто втому), а якщо не зможе заснути протягом 15-20 хв. – вставати з ліжка; на певний час зайнятись монотонною діяльністю, а потім повернутись в ліжку. Лише у випадку неефективності поведінкових втручань, в тому числі когнітивно-поведінкової терапії, слід розглянути необхідність медикаментозної корекції інсомнії у дитини. Бензодіазепіни, препарати Z-групи (золпідем, залеплон та зопіклон) у дорослих є препаратами першої лінії, але асоціюються із несприятливими побічними ефектами (в першу чергу, із розвитком залежності). Згідно результатів клінічних досліджень у дітей віком 0-17 років мелатонін зменшує час засинання, але не впливає на тривалість нічного сну.

Окремо розглядаються випадки інсомнії, пов'язані із синдромом обструктивного апное уві сні, парасомнією, аутизмом, нарколепсією, синдромом «неспокійних ніг».

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТІВ БАКТЕРІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПІЄЛОНЕФРИТ

Цимбаліста О.Л.¹, Мельничук Л.В.², Якимів С.І.²

¹ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

²ОДКЛ м. Івано-Франківськ

Для визначення етіології пієлонефриту та вибору тактики антибактеріальної терапії обстежено 282 дітей у 2009-2011 рр. і 2273 дітей у 2012-2017 рр. Етіологічна природа пієлонефриту за результатами бактеріологічного дослідження сечі до часу антибактеріальної терапії встановлена майже у половини (45,7%) і у 28,5% випадків відповідно. Грам-від'ємні (48,0%) і грам-позитивні (51,0%) збудники висівали майже з однаковою частотою при гострому і загостренні хронічного пієлонефриту у дітей. Не виявлено суттєвої відмінності між частотою висіву грам-від'ємних збудників за два періоди спостереження: 48,0% за останні шість років проти 43,0% у 2009-2011 рр. Однак спектр Грам-від'ємних збудників у 2012-2017 рр. став набагато більшим. Спостерігається тенденція до зростання в 1,5 рази частоти висіву *E. coli* (32,5% – у 2009-2011 рр. і 43,1% – у 2012-2017 рр.), у 3,5 рази – *Klebsiella pneumoniae* (від 5,4% до 18,3% відповідно). Майже з однаковою частотою висівали *Proteus mirabilis* (4,6 і 5,1% відповідно). Важливо відзначити, що тільки за останні шість років збудниками мікробно-запальних захворювань нирок були бактерії сімейства *Pseudomonadaceae* (17,7%: *Pseudomonas aeruginosa* – 13,8%, *Pseudomonas putida* – 1,6%, *Stenotrophomonas maltophilia* – 2,3%), а також *Citrobacter freundii* (2,9%), *Enterobacter aerogenes* (по 2,9%) і в поодиноких випадках – НФГВ (1%), *Moraxella morganii* (1,6%).

Спектр висіяних Грам-позитивних бактерій найчастіше представлений *Staphylococcus aureus* (40,5%), що у 2,4 рази переважає дані 2009-2011 рр. У 1,5 рази рідше (36,3 і 24,0% відповідно) збудником мікробно-запальних захворювань нирок був *Streptococcus faecalis*. Рідше висівали *Streptococcus pneumoniae* (10,7%) і *Streptococcus pyogenes* (12,5%). Гриби роду *Candida* висівали рідко (частота висіву із сечі грибів роду *Candida* зростає з 2% у 2009-2011 р. до 11,1% випадків у 2012-2017 рр.): у дев'ятох дітей (1,4%) в монокультури (при загостренні хронічного пієлонефриту) і у 63 пацієнтів (9,7%) – мікст-інфекція (без відмінності у поєднанні з грам-позитивними і грам-негативними бактеріями).

Встановлена відносно висока резистентність збудників до антибіотиків, зокрема препаратів резерву.

ПРОЯВИ ДИСМОРФОГЕНЕЗУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ

Чумак О.Ю., Волошин О.М., Сергієнко Я.В., Лесик І.А.

Державний заклад «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

Поширеність синдрому сполучнотканинного дисморфогенезу (ССТД) серед дітей, за результатами окремих досліджень, перебуває у досить широкому діапазоні – 13-80% (Евтушенко С.К. і соавт., 2009). Встановлено, що його наявність суттєво обтяжує перебіг багатьох захворювань. Малі аномалії розвитку є індикатором порушеного морфогенезу та ураження ембріонального диференціювання. Вони можуть виявлятися як у дітей із ССТД, так і у практично здорових дітей. Згідно відомостей літератури, у неонатальному періоді експресія зовнішніх фенотипічних проявів ССТД є мінімальною. Водночас у новонароджених дітей досить часто реєструються малі аномалії розвитку серця (МАРС; Аббакумова Л.Н. і соавт., 2016). Натепер вельми перспективним напрямком наукових досліджень видається виявлення інших ознак дисморфогенезу у новонароджених. Це дозволить прогнозувати вірогідність формування клінічно значущих варіантів ССТД на наступних етапах постнатального розвитку.

Мета дослідження: з'ясувати наявність зв'язку між вираженістю проявів дисморфогенезу у новонароджених дітей та масою їх тіла при народженні.

Дослідження проводились на базі пологового відділення центральної міської лікарні (м. Рубіжне) протягом 2017-2018 рр. Обстежено 32 новонароджені дитини (17 хлопчиків та 15 дівчаток) у ранньому неонатальному періоді. Діти були розділені на 2 групи в залежності від їх маси тіла (МТ) при народженні: I група – 1500-2499 г (n=13), II група – 2500 г та більше (n=19). Проведено їх клініко-інструментальне обстеження: виявлення зовнішніх ознак ССТД, антропометричні вимірювання, ультразвукове дослідження (УЗД) серця з використанням «Samsung-N60». Нами розраховувались антропометричні індекси (АІ): індекс Вервека (ІВ), співвідношення довжини кисті до зросту (ДК/З), довжини стопи до зросту (ДС/З), розмаху рук до зросту (РР/З), верхнього сегменту тіла до нижнього (В/Н). Для обчислювання вірогідності відмінностей показників АІ між двома групами використовувався критерій узгодженості (χ^2). Встановлено, що ІВ вірогідно частіше перевищував порогові значення серед дітей I групи порівняно з II групою ($\chi^2=5,33$; $p<0,05$). Дещо менш вираженою аналогічна відмінність зафіксована для ДС/З ($\chi^2=4,65$; $p<0,05$) та В/Н ($\chi^2=4,22$; $p<0,05$). Водночас для ДК/З та РР/З вірогідна відмінність між групами спостереження була відсутньою. За результатами УЗД серця серед усіх дітей найчастіше реєструвались наступні МАРС: ізольовані аномально розташовані хорди у порожнині лівого шлуночка (АРХ ЛШ), відкритий овальний отвір (ВОО), комбінація АРХ ЛШ та ВОО, відкрита артеріальна протока. Серцеві прояви ССТД не зафіксовані у 25% обстежених дітей. Серед дітей I групи ці ознаки були виявлені у 61,5%, а II групи – у 42,6% ($\chi^2=4,97$; $p<0,05$). В обох групах дітей також визначалися зовнішні ознаки ССТД: переважання довжини II пальця стопи над I, діастаз прямих м'язів живота, гемангіоми, сандалеподібна щілина та гіпертелоризм. При цьому вони були відсутніми у 50% дітей. За допомогою методу рангової кореляції Спірмена у обстежених дітей встановлено наявність зворотного зв'язку між МТ та проявами ССТД. Найбільш тісним він був для ознак доліхостеномелії ($\rho = -0,79$; $p<0,05$); дещо слабшим – для МАРС ($\rho = -0,42$; $p<0,05$); а щодо зовнішніх ознак – цей зв'язок виявився слабким і невірогідним ($p>0,05$).

Висновок. Таким чином, у новонароджених з низькою МТ при народженні виявлений вірогідно вищий ступінь вираженості проявів сполучнотканинного дисморфогенезу.

КЛИНИКО – ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЁЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С ИНСУЛИНЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Шабан Н.И., Махмутов Р.Ф.

Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

Цель исследования. Изучить кинетику, тонус жёлчевыводящих путей, функцию печени, вегетативный статус, функцию стволовых структур мозга при развитии дискинезии жёлчевыводящих путей (ДЖВП) у детей с сахарным диабетом 1 типа (СД 1 типа).

Материалы и методы исследования. Обследовано 83 пациента от 11 до 14 лет с СД 1 типа и ДЖВП, 31 пациент с СД 1 типа без осложнений, 32 ребёнка с ДЖВП без СД 1 типа и 33 практически здоровых сверстника. Морфологическую структуру печени, жёлчевыводящей системы, моторно-эвакуаторную функцию, внутripечёночную гемодинамику изучали с помощью УЗД. Эхохолецистографически изучали динамику укорочения жёлчного пузыря после жёлчегонного завтра по общепринятой методике. Внутripечёночную гемодинамику оценивали по направлению кровотока, форме спектрограммы, индексам резистентности, пульсации. Вегетативный статус изучали посредством холтеровского мониторирования ЭКГ с помощью комплекса DX-AKM-03 ArNika.

Методом коротколатентних слухових вызваних потенціалів з допомогою електродіагностического комплексу „Amplaid MK15“ (Італія), изучали роль ствольових структур мозга в регуляції жёлчевыводящей системи.

Результаты и их обсуждение. При анализе особенностей ДЖВП у детей с СД 1 типа установлена стойкость её симптомов после достижения клиничко-лабораторной компенсации основного заболевания. При СД 1 типа наиболее типичной (46,9%) является гипертоническая гипокINETическая форма ДЖВП. При наличии всех вариантов ДЖВП при СД 1 типа выявлялось угнетение функциональной активности печени, которое имело субклинический характер и проявлялось снижением скоростных показателей кровотока в печёночной артерии при повышении их в портальной вене, а также увеличением значений АСТ, АЛТ, γ -ГТП и тимоловой пробы. Кроме того, у пациентов с ДЖВП, сформировавшейся на фоне СД 1 типа присущ вегетативный дисбаланс с превалированием симпатикотонии (44,8%). В 30% случаев ДЖВП у детей с СД 1 типа сочеталась с эйтонией и в 25,2% наблюдений – с ваготонией. При изучении функционального состояния ствольових структур мозга выявлялись существенные нарушения надстволовой регуляции деятельности билиарного тракта, что проявлялось угнетением возбудимости и замедлением проводимости в ствольових структурах мозга.

Выводы. Особенностью ДЖВП у детей с СД 1 типа, является устойчивость возникающих на фоне уже имеющегося СД 1 типа и сохраняющихся при достижении его клиничко-лабораторной компенсации клинических симптомов билиарной дисфункции. ДЖВП при СД 1 типа сопровождается угнетением функциональной активности печени, чаще развивается наиболее неблагоприятная гипокINETическая гипертоническая форма последней. Характерен вегетативный дисбаланс с превалированием симпатотонии, а также эйтонии и ваготонии, являющимися последовательными стадиями срыва адаптации в условиях прогрессирования патологического процесса. ДЖВП у детей с СД 1 типа протекает с существенными нарушениями биоэлектрической активности ствольових структур мозга в виде угнетения возбудимости и проводимости, что позволило предположить их участие в патогенезе дискинезии билиарного тракта при СД 1 типа. Оценка КСВП у детей с СД 1 типа имеет ключевое значение для определения риска и прогнозирования у них ДЖВП.

СТАТУС ВІТАМІНУ D У ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Шульгай А.-М.А.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України», м. Тернопіль

Актуальною проблемою сучасної медицини є широка поширеність метаболічного синдрому, особливо у підлітковому віці. Метаболічні порушення лежать в основі патогенезу розвитку захворювань багатьох органів і систем і часто супроводжуються розладами поступлення, накопичення та відтворення біологічних функцій вітаміну D.

Метою нашого дослідження було встановити рівень вітаміну D у дітей підліткового віку з надмірною масою тіла та ожирінням.

Нами обстежено 115 дітей з надмірною масою тіла та ожирінням у віці 12-17 років (середній вік склав $14,6 \pm 1,2$ років). У всіх випадках отримано інформовану згоду на обстеження дітей. Серед обстежених у 24 (20,9%) встановлено надмірну масу тіла, у 82 (71,3%) абдомінальне ожиріння, у 9 (7,8%) генералізоване ожиріння. Усім дітям проведено загальне клінічне обстеження та антропометричні вимірювання. Вітамін D статус оцінювали за рівнем у сироватці крові кальцидіолу (25(OH)D), який визначали імуноферментним методом. Оцінку результатів насиченості проводили за рекомендаціями Міжнародного товариства ендокринологів: дефіцит вітаміну D – 25(OH)D менше 20 нг/мл (менше 50 нмоль/л); недостатність вітаміну D – 21-29 нг/мл (51-75 нмоль/л); нормальний вміст вітаміну D – 30-100 нг/мл (76-250 нмоль/л). Концентрація нижче 10 нг/мл (менше 25 нмоль/л) вважалася як важкий дефіцит вітаміну D. Достовірність різниці частоти виявлення серед хлопчиків та дівчаток у групі дітей з надмірною масою тіла не встановлено ($p=0,436$), у групі генералізованого ожиріння ($p=0,256$), а у групі з абдомінальним ожирінням достовірно переважали особи чоловічої статі ($p=0,023$). Проведеними дослідженнями вмісту у сироватці крові 25(OH)D встановлено, що у всіх дітей з надмірною масою тіла та ожирінням його рівень був нижчим 30 нг/мл. У групі дітей з надмірною масою тіла при середньому значенні кальцидіолу ($23,5 \pm 2,1$) нг/мл у більшості випадків, з достовірною різницею переважали значення 25(OH)D, які відповідають недостатності вітаміну D ($p<0,01$). У дітей з абдомінальним ожирінням частіше визначався дефіцит вітаміну D ($p<0,001$). При цьому середні значення 25(OH)D становили ($16,4 \pm 2,6$) нг/мл. Також у даній групі дітей у 6,1% випадків визначався важкий дефіцит вітаміну D. При генералізованому ожирінні мали місце найнижчі концентрації 25(OH)D в плазмі крові в порівнянні з іншими групами спостереження. За рівнем кальцидіолу ознаки дефіциту вітаміну D встановлено у 77,7% випадків та у 22,3% – важкого дефіциту. Для визначення взаємозв'язку недостатності та дефіциту вітаміну D з масою тіла дітей проведено кореляційний аналіз між рівнем 25(OH)D та індексом маси тіла дітей. Встановлено середньої сили від'ємний кореляційний зв'язок у дітей з надмірною масою тіла ($p<0,05$) та сильні зворотні кореляційні зв'язки у групах дітей з абдомінальним та генералізованим ожирінням ($p<0,01$).

Таким чином, у дітей з метаболічними порушеннями, які супроводжуються надмірною масою тіла або ожирінням зменшується у сироватці крові рівень 25(OH)D, що призводить до недостатності та дефіциту вітаміну D. Ступінь вираженості дефіциту вітаміну D корелює з індексом маси тіла дітей.

ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ АРГІНІНУ ТА БЕТАЇНУ ПРИ АЦЕТОНУРІЇ У ДІТЕЙ

Шульгай О.М., Кабакова А.Б., Шульгай А.-М.А.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського», обласна дитяча клінічна лікарня, м. Тернопіль

Занепокоєння лікарів на сучасному етапі викликає стан здоров'я дітей на тлі вживання нераціональної висококалорійної їжі та обмеженої фізичної активності. При цьому на фоні порушення ліпідного, вуглеводного та пуринового обмінів, виникає метаболічний синдром, що призводить до втрати здоров'я та розвитку різних захворювань. У пацієнтів із метаболічним синдромом часто виявляють гіперурікемію, яка провокує появу ацетонурії та розвиток ацетонемічного синдрому. Ацетонемічний синдром (АС) являє собою сукупність симптомів, що виникають внаслідок накопичення в крові кетонів (ацетону, ацетооцтової та β -оксимасляної кислот). Педіатрів найбільше цікавить виникнення АС у дітей із нервово-артритичною аномалією конституції (НААК) внаслідок дії «стрессогенних» чинників (харчове навантаження білками та жирами при недостатній кількості вуглеводів, вживання грубої та жирної їжі, переїдання, тривале голодування, психоемоційні перевантаження, вірусні інфекції). Виникнення АС при НААК обумовлене генетично детермінованими порушеннями активності низки ферментів печінки, які беруть участь у пуриновому обміні. При цьому виникає гіперурікемія, що патологічно впливає на центральну нервову систему і викликає спочатку збудження та неспокій, відчуття страху, а далі – сонливість та загальмованість. Крім того, відбувається подразнення слизової оболонки шлунково-кишкового тракту та блювотного центру стовбура головного мозку, що клінічно проявляється блювотою та болем в животі.

Лікування АС залежить від рівня ацетонурії: при помірному кетозі (ацетон сечі до ++), що не супроводжується суттєвим зневодненням, значними водно-електролітними розладами та неконтрольованим блюванням, показані дієтотерапія та оральна регідрація. При вираженій ацетонурії (ацетон сечі понад ++) та стійкому багаторазовому блюванні, коли неможливо випоїти дитину, показана інфузійна терапія, яка містить достатню кількість вуглеводів та залужуючі препарати, що прискорюють відновлення кислотно-лужної рівноваги, а також застосування гепатопротекторів, оскільки органом-мішенню при ацетонурії є саме печінка. Для лікування як ізольованої вираженої ацетонурії, так і тієї, що супроводжувалася гіперурікемією та підвищеним рівнем метгемоглобіну в крові у 25 обстежених нами дітей віком від 3 до 12 років з першої доби перебування в стаціонарі було застосовано внутрішньовенно краплинно препарат Ангіо-бетаргін (аргініну гідрохлорид 4,2 г), що має антиоксидантну, антигіпоксичну та мембраностабілізуючу дію на гепатоцити у дозі 5-10 мл/кг маси тіла на добу. Після закінчення інфузії використовувалася перорально Бетаргін® (комплекс аргініну 1г, бетаїну 1 г та іонів цитрату) по 1 ч.л. кожні 10-15 хвилин, попередньо розчинивши вміст 1 саше (10 мл) в 100 мл води. Позитивного клінічного ефекту було досягнуто вже з 1-2 доби застосування даного засобу. Протягом наступних 3-5 діб для зменшення проявів ацетонурії, з метою посилення детоксикаційної функції печінки, нормалізації ліпідного обміну, запобігання виникненню жирової дистрофії печінки, пероральний прийом Бетаргіну® продовжували у віковій дозі. Іони цитрату, що містяться у Бетаргіні®, покращують процес травлення, зменшують ацидоз, усувають диспепсичні прояви (нудоту, блювання, відчуття важкості в шлунку, метеоризм), які часто спостерігаються при ацетонурії. Препарати добре переносилися, алергічних проявів у пролікованих дітей не відмічалось.

ГАСТРОПТОЗ ЯК ПРОЯВ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ

Шульгай О.М., Кабакова А.Б., Клим Л.А.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», обласна дитяча клінічна лікарня, м. Тернопіль

Патологія сполучної тканини у дітей вже не один рік привертає увагу багатьох спеціалістів, оскільки недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ) є гетерогенною патологією. Під час роботи із гастроентерологічними хворими у II педіатричному відділі Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні ми неодноразово спостерігали дітей, які звертались за допомогою з приводу патології гастродуоденальної зони, жовчовивідних шляхів чи кишечника (хронічний гастрит, що супроводжується рефлюксами, множинні ерозії та виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, функціональні розлади біліарного тракту та підшлункової залози, синдром подразненої товстої кишки, аномалії розвитку товстої кишки (мегаколон, доліхосигма), але при клінічному обстеженні були виявлені різноманітні зміни з боку інших органів і систем: викривлення хребта, синдром «прямої спини», деформація грудної клітки, плоско-стопість, надмірна рухливість суглобів, пальців, їх видовження; схильність до гіпо- чи гіперпігментації шкіри; міопія або гіперметропія, косоокість; вегето-судинна дисфункція, емоційна лабільність, енурез, порушення сну; дизметаболічна нефропатія, подвоєння нирок; пролапс мітрального клапана серця, наявність додаткових хорд лівого шлуночка. Звичайно, не всім із обстежених нами пацієнтів був

виставлений діагноз НДСТ, тому що даний діагноз не був підтверджений лабораторними даними. Нажаль, більшість біохімічних та молекулярно-генетичних методів обстеження дисплазії сполучної тканини є досить коштовними і вимагають тривалого часу для визначення, тому для діагностики доступнішими є клініко-анамнестичні та інструментальні методи. Це давало нам підстави призначати в комплексі обстеження рентгенологічне. Гастроптоз – це опущення відділу шлунка чи всього органу в цілому нижче умовної лінії, що проходить через здухвинні кістки. Згідно рентгенологічної класифікації, виділяють три ступеня гастроптозу: I ступінь – нижня межа шлунка дещо вище лінії здухвинних кісток (на 2-3 см), II ступінь – орган своєю вигнутою частиною «торкається» вище означеної лінії, III ступінь – шлунок частково чи повністю опущений нижче лінії здухвинних кісток. Як правило, гастроптоз було діагностовано у дітей із астеничною статурою, значною худорлявістю. Це обумовлено тим, що у людей такого типу м'язи і зв'язковий апарат розвинені слабо, тому вони не здатні витримувати покладені на них навантаження, наслідком чого стає ціла низка проблем, у тому числі опущення шлунка. Причинами опущення шлунка є: хірургічні втручання, різка втрата маси внаслідок захворювань чи дієт, які призводять до виникнення дефіциту вітамінів і білків в організмі, регулярне переїдання, вживання неякісної або занадто важкої їжі, часте вживання газованих напоїв, подовження брижі товстої кишки, що веде до зміщення спочатку кишечника, а далі й шлунка. Загальними ознаками гастроптозу є: розлади апетиту, причому хворих переважно тягне на гостру їжу, регулярна поява нападів нудоти і покликів до блювоти, печія, метеоризм, поява закріпів, астенизація. Включення до комплексу лікування у обстежених хворих із гастроптозом мануальної дистопії дна шлунку дозволило значно покращити самопочуття і якість життя дітей. Знання особливостей перебігу НДСТ лікарям різних спеціальностей дозволить вчасно діагностувати дану патологію та допоможе більш повноцінно надавати медичну допомогу таким пацієнтам, проводити їх реабілітацію, психологічну адаптацію, а також зможе попередити ранній розвиток інвалідизації.

РОЛЬ СПАДКОВОСТІ У ФОРМУВАННІ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ У ДІТЕЙ

**Шумна Т.Є., Недельська С.М., Зінченко Т.П., Кізілова¹ І.А., Шевченко¹ О.О.,
Мельникова² Н.В., Порубльова² К.В.**

**¹Запорізький державний медичний університет
КУ «Міська багатопрофільна дитяча лікарня №5»,
²Алергоцентр м. Запоріжжя**

На сучасному етапі поширеність алергічного риніту в різних країнах світу коливається від 10 до 40% (ARIA, 2016). Важливою медико-соціальною проблемою є порушення якості життя пацієнтів та можливий розвиток дебюту бронхіальної астми у 90% хворих дітей. Суб'єктивно, пацієнти з такими клінічними симптомами алергічного риніту, як виражене чхання, свербіння, закладеність носа, виділення та втрата сенсорної чутливості, іноді почувають себе навіть гірше, ніж пацієнти з легкою, чи навіть середньо-тяжкою бронхіальною астмою (Драннік Г.М., 2010). Окрім того, можливий розвиток риносинуситу, поліпозу носа, отиту, порушення слуху, розвитку ортодонтичної патології, в тому числі і дистального прикусу, впливають і на інші важливі функції дитячого організму. Враховуючи реформування медицини, сьогодні однією з головних обов'язків сімейного лікаря є профілактика та попередження розвитку хвороб, супроводження пацієнтів із хронічними захворюваннями, в тому числі і алергічними, спостереження за станом здоров'я хворих за допомогою різних досліджень. Діагностувати алергічний риніт, як мультифакторіальне захворювання, допомагає збір сімейного анамнезу. При цьому формування груп ризику з урахуванням ступеню родинних зв'язків з дитиною, сприятиме більш ефективному проведенню первинної та вторинної профілактики цієї патології. Так, генеалогічний метод дозволив визначити, що у 46 дітей з алергічним ринітом, що знаходились під нашим спостереженням, генетична обтяженість за розвитком алергічних захворювань серед членів сім'ї I ступеня спорідненості в цілому становила 79,91%. А саме, в 56% випадків на алергічні захворювання страждала мати, в 10,87% – батько, а в 13,04% – мати і батько разом. Серед родичів, що відносились до II ступеню спорідненості, алергічні хвороби у 8,7% випадків мали дідусі, в 13,4% – бабусі, і тільки 4,35% – і дідусь, і бабуся. Отже, слід зазначити, що вищу вірогідність успадкувати алергічну патологію мали діти (причому як хлопчики, так і дівчатка), у яких матері мали симптоми алергії. Проте, можливість розвитку алергічної патології обумовлена складною взаємодією багатьох генів і факторів зовнішнього середовища. Тому в подальшому ми дослідили розподіл генотипів поліморфізму гена IL4 с-589Т (rs2243250), як ген фактору, що відповідає за розпізнавання антигену, формування гуморальної імунної відповіді, продукцію IgE і при певних умовах відповідає за розвиток atopії. Проведене молекулярно-генетичне дослідження показало, що у 31 дитини з алергічним ринітом та підвищеним рівнем IgE переважав гомозиготний генотип C/C, що реєструвався у 58,06% хворих, гетерозиготний генотип C/T був визначений у 38,71% дітей, в той час як гомозиготний генотип T/T зустрічався тільки в 3,23% випадків. Незважаючи на неоднозначні погляди науковців щодо проведення генетичних досліджень ще з 30-х років минулого століття, все ж таки вивчення «генетичних аспектів алергічних захворювань», на думку фахівців з педіатрії та алергології Н.Ю. Яковлевої і О.М. Охотнікової (2017), хоч поки що і «мають накопичувальний характер» проте вже сьогодні «демонструють успіхи у розшифровці генетичного коду, підтверджують особливості клінічного поліморфізму та вплив на розвиток хвороби факторів довкілля...». А визначення взаємозв'язку певного генотипу з певними фенотиповими ознаками дозволить своєчасно проводити профілактичні заходи та консультувати щодо здорового способу життя цілі сім'ї.

ОСОБЛИВОСТІ СКЛАДУ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЛЯ ГОДУВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Ющенко Л.О., Олійник В.С., Ониськова О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Раціональне харчування слід розглядати як одну з головних складових частин здорового способу життя, як один з чинників продовження активного періоду життєдіяльності. Харчування повинно забезпечувати ріст, розвиток та діяльність органів і систем дитячого організму, сприяти зміцненню здоров'я, підвищенню опірності до інфекцій. Різноманітність харчових продуктів має задовольняти фізіологічні потреби та відповідати енергетичним витратам організму. Зазвичай, для дітей раннього віку основними продуктами харчування є молоко та молочні продукти. Саме тому, ми вирішили дослідити склад найбільш популярних молочних продуктів, які використовують батьки для годування дітей раннього віку.

Нами було проведено опитування серед батьків дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційно-боксованому відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. 43 дітей у віці від 1 до 3 років (15 хлопчиків та 18 дівчаток) мали різну патологію шлунково-кишкового тракту. Для постановки діагнозу ретельно збирали скарги, анамнез, проводили загально-клінічне лабораторне обстеження. В зміст анкети, яка була використана для опитування, були включені запитання про особливості вигодовування дітей та уточнювалися продукти, яким батьки надають перевагу.

Аналіз отриманих даних дав можливість встановити, що серед опитаних міських жителів найбільш популярними виявилися такі молочні продукти як йогурт "Агуша", «Тьома», кефір вітамінізований 3,2% жиру «Яготинське для дітей», сирок "Фанні". У склад більшості продуктів входять: молоко коров'яче незбиране, молоко знежирене, цукор, закваска бактеріальна, наповнювачі. Деяку стурбованість у батьків викликали присутність у молочних продуктах кукурудзяного крохмалю та пектину, але після детального вивчення впливу на організм, ніякі негативні ефекти нами не були відмічені, окрім можливих алергічних реакцій, які можуть з'являтися при вживанні будь-яких харчових інгредієнтів. Також усі батьки включали у раціон дітей твердий сир, не надаючи перевагу ніякій марці. Перевіривши склад, нами були виявлені у складі солі-плавники: полі- та пірофосфати (E452, E450, відповідно). Поліфосфати є малотоксичними, але можуть порушувати процеси перетравлювання їжі, які проявляються діареєю та блюванням. В той час, як пірофосфати при регулярному вживанні викликають дисбаланс фосфору та кальцію в організмі, що сприяє виникненню остеопорозу. Крім того, останні підвищують ризик виникнення пухлинних процесів в організмі. Цікавим за своїми властивостями виявився стабілізатор каррагінан (E407), який, з однієї сторони, сприяє виведенню з організму солей важких металів, а, з іншої, здатний викликати запалення в організмі, що використовується вченими для наукових експериментів; метаболіти каррагінану є основою більш ніж 100 захворювань. Практично усі опитані респонденти давали куштувати своїм дітям морозиво. Такі речовини у його складі, як емульгатор лецитин, гуарова камідь, камідь ріжкового дерева не мають підтвердженого негативного впливу на організм людини, тоді як карбоксиметилцелюлози натрієва сіль, не маючи дозволу на використання у харчових продуктах для дітей, входить у склад морозива.

Отже, не всі з вивчених нами харчових добавок чинять негативний вплив, більшість вважаються безпечними, коли не перевищують допустиму норму в споживанні. У цьому разі ліпше керуватися давньою мудрою порадою: усе добре, що в міру.