

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

Антипкін Ю.Г., Лапшин В.Ф., Уманець Т.Р., Березенко В.С.

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

Серед важливих стратегій покращення сучасної високотехнологічної медичної допомоги дітям є створення спеціалізованих центрів з діагностики та лікування найбільш тяжкої хронічної соматичної патології. Враховуючи зростання випадків алергічних реакцій на медикаменти та алергозахворювань серед дітей, а також складної хронічної патології печінки, в ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» в 2015 році було створено два спеціалізовані центри: «Алергоцентр з діагностикою медикаментозної алергії у дітей та жінок» та «Центр дитячої гепатології». Обґрунтуванням для їх організації була значна поширеність цих хвороб та складність їх діагностики.

На теперішній час методи діагностики реакцій гіперчутливості на медикаменти, їх специфічність і чутливість є не завжди інформативними. Разом з тим, за останні роки суттєво змінилися уявлення про механізми розвитку та підходи до діагностики алергічних реакцій на певні фармакологічні групи препаратів. Це обумовило перегляд відповідних нормативних документів щодо діагностики та лікування медикаментозної алергії, системи організації надання медичної допомоги хворим з даною патологією.

Другою проблемою в медицині дитинства є удосконалення діагностики хронічних захворювань печінки у дітей. Відсутність ранньої сучасної діагностики та медикотехнологічного лікування цієї патології у дітей призводить до виникнення незворотніх ускладнень та інвалідизації хворих.

Основними завданнями організованих центрів є здійснення висококваліфікованої, спеціалізованої консультативної допомоги дітям та впровадження світових стандартів діагностики та лікування.

Досвід роботи зазначених центрів на базі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» свідчать про їх велику роль у підвищенні ефективності організації медичної допомоги дітям і наближає її до рівня світових стандартів.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Антипкін Ю.Г., Лапшин В.Ф., Уманець Т.Р., Крепосняк А.А., Чумаченко Н.Г., Степанова Л.С., Толкач С.І., Смірнова О.А., Матвєєва С.Ю., Кондратенкова Т.В.

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

Вступ. Відомо, що бронхіальна астма (БА) може поєднуватись з ураженнями верхніх відділів травного тракту, зокрема гастро-езофагальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) та еозинофільним езофагітом (ЕЕ). Дана коморбідна патологія у дітей з БА може впливати на рівень контролю захворювання, зокрема спричиняючи симптоми кашлю.

Мета. Визначити частоту та клінічні особливості патології стравоходу у дітей, які хворіють на БА.

Матеріали і методи. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороби 155 дітей віком 4-17 років з діагнозом БА.

Результати дослідження. Визначено, що 38 (24,52%) дітей з БА мали супутню патологію шлунково-кишкового тракту, серед яких у 23 (14,84%) пацієнтів встановлений діагноз гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) з рефлюкс-езофагітом. Серед супутньої патології у обстежених дітей діагноз ЕЕ не було зареєстровано. У дітей з ГЕРХ та БА не проводилось дослідження біопсії слизової оболонки стравоходу, що унеможлиблює верифікацію діагнозу ЕЕ при наявності схожості симптомів при обох захворюваннях. За даними літератури, ЕЕ може маскуватись за ГЕРХ або поєднуватись з цим захворюванням. Перебіг БА у дітей з ГЕРХ характеризувався нижчим рівнем контролю симптомів за рахунок збільшення частоти кашлю переважно ввечері та вночі, а також потреби у застосуванні β_2 -агоністів короткої дії. У 18 (78,3%) дітей з БА та ГЕРХ реєструвались симптоми реакцій гіперчутливості на їжу.

Висновки. Таким чином, серед захворювань стравоходу у дітей з БА реєструється переважно ГЕРХ з рефлюкс-езофагітом, а ЕЕ не встановлюється. Супутня патологія стравоходу впливає на контрольованість симптомів БА, зокрема кашлю. Наявність харчової гіперчутливості та ГЕРХ у дітей з БА може вказувати на можливі алергічні механізми розвитку рефлюкс-езофагіту у даної категорії хворих, що потребує подальших досліджень.

ВІТАМІН D У ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА ТА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: ВІД НАРОДЖЕННЯ ДО ЗРІЛОСТІ

**Антипкін Ю.Г., Квашніна Л.В., Омельченко Л.І., Ошлянська О.А.,
Бондаренко Н.Ю., Людвік Т.А, Майдан І.С.
ДУ "ІПАГ ім. академіка О.М. Лук'янової НАМНУ", м. Київ**

Протягом останніх десятиліть отримані нові дані про метаболізм і фізіологічні функції вітаміну D₃ та його обмінно-активних форм. Ці дані мають принципове значення для перегляду уявлень про патогенез окремих захворювань, які супроводжуються недостатністю або патологією обміну вітаміну D₃ в організмі, а також для удосконалення дозових режимів та методів використання його препаратів у дітей та підлітків у зв'язку зі значною розповсюдженістю різного ступеня дефіциту вітаміну D серед різних верств населення (більш, ніж 80%).

На теперішній час обґрунтована доцільність широкого використання вітаміну D₃ не тільки у профілактиці, але й в комплексному лікуванні гострих респіраторно-вірусних інфекцій, окремих нозологічних форм тяжкої хронічної соматичної патології та для підвищення ефективності імунопрофілактики розповсюджених дитячих інфекцій.

Дітям з підвищеним ризиком розвитку рекурентних респіраторних захворювань, а також пацієнтам з виявленням змін у показниках місцевого та системного імунітету рекомендується проведення вакцинопрофілактики на тлі застосування препаратів вітаміну D зважаючи на його імунопротекторні властивості.

Особливої уваги щодо корекції недостатності вітаміну D потребують діти з груп ризику, народжені жінками з різною екстрагенітальною та акушерською патологією. Для цих дітей розроблені відповідні схеми профілактики та лікування.

Вітамін D також рекомендовано призначати дітям протягом перших років життя для усунення умов розвитку різних фенкопій недиференційованої дисплазії сполучної тканини, хронічної патології шлунково-кишкового тракту, atopічних дерматитів, зменшення ризику формування респіраторних алергозів.

Розроблено показання для моніторингу забезпеченості вітаміном D дітей з ревматичними хворобами та схеми призначення їм препаратів вітаміну D з метою корекції його недостатності, попередження розвитку ускладнень у перебігу захворювань та розвитку коморбідної патології.

В останні роки доведена нейропротективна дія вітаміну D у дітей різних вікових груп, особливо в періоді вікового дозрівання та розумового навантаження. В цьому аспекті препарати вітаміну D показані дітям з проявом шкільної дезадаптації, особливо з синдромом гіперактивності та дефіцитом уваги.

Розширені рекомендації щодо профілактичного призначення вітаміну D не тільки в перші три роки життя, відповідно до існуючого Наказу МОЗ України, але протягом всього дитинства, особливо в критичні періоди росту та розвитку кістково-м'язової системи для достатнього формування піку кісткової маси та щільності кісток і попередження остеопенії та переломів у зв'язку з негативною тенденцією до їх зростання.

ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ОСАНКИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ

**¹Афанасьева И.А., ¹Хайтович Н.В., ^{1,2}Андрущенко И.В., ²А.Ю. Сиз
¹Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев,
²ГУ «Институт ядерной медицины и лучевой диагностики НАМН Украины», г. Киев**

Известно, что в детском возрасте кость подвергается наиболее интенсивному ремоделированию. В настоящее время не вызывает сомнения, что остеопения является одной из значимых проблем педиатрии, касающейся детей любого возраста и обоих полов, особенно при сколиотической болезни. Каждый четвертый ребенок в Украине имеет нарушение осанки. У 24,5% детей Украины выявлена остеопения. 13,6% жителей Украины имеют недостаточность витамина D, а 81,8% его дефицит.

Цель работы: изучить состояние костной ткани у детей с различной степенью сколиоза методом ультразвуковой денситометрии на современном этапе.

Материалы и методы: обследовано 52 ребенка в возрасте 10-18 лет с различными формами патологии осанки. Дети были распределены на 3 группы: 1 группа – дети со сколиозом I степени, 16 детей (31%); 2 группа – дети со сколиозом II степени, 16 детей (31%); 3 группа – дети со сколиозом III-IV степени, 20 детей (38%). Состояние костной ткани изучали методом ультразвуковой денситометрии пяточной кости на аппарате «Sonost 2000».

Результаты исследования: у 68% детей со сколиотической болезнью выявлена остеопения. У детей 1 группы выявлены начальные признаки остеопении (-1,2 T-Score, -1,2 Z-Score); во 2 группе денситометрия показала ярко выраженную остеопению (-2,2 T-Score, -2,2

Z-Score); у дітей с III–IV ступеню сколіоза во фронтальній площині виявлені ознаки розвитку остеопороза кістково-з'єднального апарату (-2,8 T-Score, -2,4 Z-Score).

Висновки: с увеличением степени сколиоза, с I до IV, отмечается постепенное снижение показателей денситометрии (T-критерия костной ткани и индекса жесткости) без клинической симптоматики, что говорит о напряжении костного метаболизма у детей с данной патологией. Данная проблема требует разработки медикаментозного комплекса коррекции остеопении.

ГЕНЕАЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ В ПІДЛІТКІВ ОБОХ СТАТЕЙ

**Багацька Н.В., Демєнкова І.Г., Глотка Л.І., Нефідова В.Є., Сухов В.А.
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків**

Зниження репродуктивного потенціалу підлітків у сучасному соціумі набуває особливого значення в Україні. Це пов'язано зі зростанням порушень статевих розв'язків різного ґенезу в підлітків обох статей. Визначено, що в родинах пробандів доволі часто виявляється накопичення різних порушень статевої системи, які можуть обумовлювати схильність до формування репродуктивних порушень у підлітків у подальшому. Метою дослідження є виявлення сімейного накопичення порушень репродуктивної системи в родовах пробандів обох статей. Генетологічний аналіз проведено в 227 сім'ях хлопців 13–17 років із затримкою статевого розвитку (ЗСР) та 192 сім'ях дівчат того ж віку із порушеннями статевої системи (50 – із пубертатними матковими кровотечами (ПМК), 63 – із олігоменореєю (ОМ) та 79 – із вторинною аменореєю (АМ)) в ДУ «ІОЗДП НАМН». Математичну обробку проводили в пакеті статистичних програм Excel і SPSS Statistics 17,0. Аналіз родоводів хлопців із ЗСР дозволив встановити наявність спадкової схильності до порушень статевої системи в 71,8%. Визначено, що частота ЗСР у батьків хлопців спостерігалася в 1,4 рази частіше, ніж у матерів і в 14,7 разів перевищувала частоту захворювання в популяції ($p < 0,001$). Подібна закономірність простежувалася й у братів підлітків порівняно з сестрами (в 2,5 рази частіше, ніж у сестер і в 5,1 разів – в популяції) ($p < 0,05$). Отже, загальна частота ЗСР у родичів I ступеня спорідненості становила 29% і перевищувала популяційну частоту захворювання в 9,6 разів. Найбільша частота ЗСР серед усіх категорій родичів I ступеня спорідненості відмічалася в загальній групі батьків, переважно у татусів. У родичів II ступеня спорідненості відмічалася істотне підвищення ЗСР: у дядьків пробандів в 5,7 разів порівняно з тітками ($p < 0,001$) і в 3,6 рази порівняно з частотою патології в популяції ($p < 0,001$). Серед родичів III ступеня спорідненості ЗСР частіше фіксувалася у двоюрідних братів порівняно з двоюрідними сестрами ($p < 0,001$). Загалом підвищення частоти патології майже у два рази визначалося у чоловіків порівняно з жінками ($p < 0,001$). Явища ЗСР частіше виявлялися у осіб чоловічої статі I ступеня спорідненості порівняно з родичами II ($p < 0,001$) та III ($p < 0,001$) ступенів спорідненості.

Серед обстежених хворих у 49 дівчат із ОМ, 47 із ПМК та 42 із АМ порушення менструальної функції виникли в перший рік становлення менархе. Виявлено, що близько 70% дівчат в усіх групах мають спадкову обтяженість щодо гінекологічних захворювань. Спадкову обтяженість виявлено в 70,2% сімей дівчат із ПМК, в 69,4% – із ОМ та в 78,6% – із АМ, причому гінекологічні захворювання найчастіше реєструвалися у матерів. Досить часто гінекологічна патологія виявлялась у бабусь та тіток пробандів. У родичів пробандів усіх груп визначалися порушення репродуктивної функції у вигляді безплідних шлюбів, безпліддя, викиднів. Загалом, розлади репродуктивної системи реєструвалися майже з однаковою частотою у родичів I ступеня спорідненості у дівчат із ПМК (5,1%) та АМ (5,9%), та дещо вищою – у родичів дівчат із ОМ (7,4%). При вивченні сімейної агрегації гінекологічної патології серед різних категорій родичів жіночої статі встановлено, що передача патологічних ознак значуще частіше здійснювалася по материнській лінії в групах хворих. Таким чином, встановлено сімейну агрегацію порушень статевого дозрівання в родовах обстежених підлітків обох статей, особливо серед родичів I ступеня спорідненості.

МЕДИКО-ОРГАНІЗАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ МАРШРУТІВ ПАЦІЄНТІВ З ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ

**Безрук В.В., Безрук Т.О.
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці**

Захворювання органів сечовидільної системи залишаються актуальною проблемою в педіатрії у зв'язку з високим рівнем поширеності в дитячій популяції та «суттєвими коливаннями» в частоті цієї патології в структурі загальної захворюваності, в різних регіонах України (Багдасарова І.В., 2015; Сайдакова Н.О., 2018). Підвищення якості надання медичної допомоги населенню є, на сьогодні, одним

із пріоритетних напрямків у реформуванні галузі охорони здоров'я в Україні; одним із шляхів покращення якості надання медичної допомоги є її стандартизація згідно європейських та світових стандартів у наданні медичної допомоги населенню (Лехан В.М., 2015; Литвинова О.Н., 2017).

На підставі існуючих вітчизняних медичних нормативно-правових документів, клінічних настанов європейської асоціації урологів (European Association of Urology, 2012, 2015) та даних результатів власного дослідження нами розроблено та на регіональному рівні впроваджено в роботу закладів охорони здоров'я Чернівецької області, медичний маршрут дітей з інфекційно-запальними захворюваннями сечовидільної системи, яким визначено етапність надання їм медичної допомоги.

Лікарем першого контакту стає лікар загальної практики-сімейний лікар. В його обов'язки входить профілактична робота, в тому числі санітарно-освітня робота серед дітей та їх батьків, своєчасне та якісне виявлення і лікування гострих інфекційних захворювань, які можуть викликати ускладнення у вигляді інфекційно-запальних захворювань сечовидільної системи. Важливою складовою діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря стає диспансерний нагляд за дітьми з інфекційно-запальними захворюваннями сечовидільної системи, який здійснюється з урахуванням індивідуальних особливостей, факторів ризику та наявності коморбідної патології у дитини за спеціальною програмою, яка складена сумісно з дитячим лікарем нефрологом/урологом чи лікарем-педіатром. За необхідності лікар загальної практики-сімейний лікар може отримати інтернет (телемедичну) консультацію лікаря-спеціаліста регіонального/міжрегіонального спеціалізованого центру допомоги дітям з інфекційно-запальними захворюваннями сечовидільної системи.

Спеціалізована медична допомога (другий етап), починається з амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям з інфекційно-запальними захворюваннями сечовидільної системи, надається лікарями-педіатрами консультативних поліклінік та діагностично-консультативного центру (діагностично-консультативної поліклініки).

Стаціонарна медична допомога дітям з інфекційно-запальними захворюваннями сечовидільної системи на регіональному рівні надається в педіатричних відділеннях ЦРЛ, а після реорганізації системи із створенням госпітальних округів, в педіатричних відділеннях багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування (БЛІЛ) першого або в нефрологічних відділеннях багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування (БЛІЛ) другого рівнів, для забезпечення гарантованого та своєчасного доступу населення до послуг вторинної (спеціалізованої), у тому числі екстреної медичної допомоги належної якості в межах створених госпітальних округів із урахуванням наявного переліку лікарських спеціальностей.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Безруков Л.О., Колоскова О.К., Тарнавська С.І.

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

Проблема коморбідності в дитячій алергології є надзвичайно актуальною, оскільки навколо імунопатологічної подібності та відмінностей між окремо астмою та коморбідним перебігом бронхіальної астми (БА) із алергічним ринітом (АР) дискусії науковців існують й наразі.

Так, коморбідність АР та БА призводить до розширення спектру і зростання ступеня сенсibiliзації, погіршення контролю над захворюванням, оскільки алергічний риніт може сприяти прогресуванню астми; аналогічним чином можна також покращити контроль астми через зменшення тяжкості АР.

Мета дослідження. Для оптимізації результатів комплексного лікування дітей, хворих на алергічний риніт (АР) на фоні бронхіальної астми (БА), ретроспективно вивчити особливості перебігу захворювань з урахуванням їх коморбідності.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-імунологічне та алергологічне обстеження 45 дітей хворих на бронхіальну астму з супутнім алергічним ринітом (середній вік – $12,6 \pm 0,8$ року, частка хлопчиків – 80,0%). Сформовано 2 групи: I група – 23 дітей хворих на інтермітуючий алергічний риніт та БА (середній вік – $11,6 \pm 0,4$ року, частка хлопчиків – 70,0%), II група – 22 дітей хворих на персистуючий алергічний риніт на фоні БА (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 перебіг алергічного риніту в пацієнтів II групи був вірогідно тяжчим. Так, сума балів за шкалою TSS10 в пацієнтів II групи дорівнювала 18,0 балів, а в представників I групи – 15,2 бали ($p < 0,05$). Пацієнти II групи найбільш скаржилися на ринорею (2,8 бали проти 2,3 балів у хворих I групи, $p < 0,05$), що зумовлювало порушення денної активності дітей (1,7 бали проти 1,1 балів у хворих I групи, $p < 0,05$). З майже однаковою інтенсивністю пацієнтів I та II групи турбували назальний свербіж (1,8 бали та 2,1 балів відповідно, $p > 0,05$), чхання (1,8 бали та 2,1 балів відповідно, $p > 0,05$), свербіж очей (0,8 бали та 1,1 балів відповідно, $p > 0,05$), порушення сну (1,5 бали та 1,8 балів відповідно, $p > 0,05$), головний біль (0,8 бали та 1,1 балів відповідно, $p > 0,05$) та загальна слабкість (0,8 бали та 1,1 балів відповідно, $p > 0,05$). Водночас закладеність носа найчастіше переважала в представників I групи порівняно з пацієнтами II клінічної групи (4,1 бали та 2,3 балів відповідно, $p < 0,05$).

Дослідження показників назоцитогам мазків-відбитків зі слизової пацієнтів показало, що в хворих II групи відносний вміст еозинофілів в назальному секреті виявився вищим, ніж у дітей I групи та дорівнював 33,7% проти 21,5% відповідно ($p > 0,05$). Показники ризику виразної запальної реакції та еозинофільної інфільтрації слизової оболонки носа в хворих за наявності персистувального АР та БА порівняно до пацієнтів I групи дорівнювали: відносний ризик – 2,1 (95%ДІ: 1,1 – 4,3) при співвідношенні шансів – 3,4 (95%ДІ: 1,8- 5,4).

Висновки. Коморбідний перебіг бронхіальної астми та персистувального алергічного риніту підвищує шанси розвитку виразного еозинофіл-опосередкованого запального процесу слизової носу у 3,4 разу.

ВПЛИВ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕКОЛОГІЧНИХ СТИМУЛІВ НА ІМУННИЙ ЗАХИСТ ХВОРИХ НА НЕОНАТАЛЬНИЙ СЕПСИС НОВОНАРОДЖЕНИХ

Безруков Л.О., Власова О.В.

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

Мета роботи: дослідити особливості вмісту серологічних маркерів неонатального сепсису в новонароджених від породіль, які знаходяться у хронічному контакті із малими дозами солей тяжких металів, що забруднюють ґрунт в місцях постійного проживання.

Матеріал і методи. Для досягнення поставленої мети з використанням методу простої випадкової вибірки комплексно обстежено 260 новонароджених, яким в умовах неонатальних відділень КМУ «Обласна дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці та Хмельницького обласного перинатального центру згідно сучасних рекомендацій діагностовано неонатальний сепсис (НС), з приводу чого вони отримували лікування упродовж 2014-2018 рр. Відповідно до геохімічної характеристики ґрунту в місцях постійного помешкання породіль, їх новонароджених малюків розподіляли на дві клінічні групи порівняння. Першу (I) групу сформував 141 новонароджений, місце постійного проживання матерів якого мало несприятливу екологічну характеристику, а екологічно більш сприятливі території проживання були у сімей, де народилося 119 представників другої (II) клінічної групи. За основними клінічними характеристиками пацієнти Чернівецької та Хмельницької областях не відрізнялися. Вивчали сироватковий вміст інтерлейкінів-6,-8,-10, прокальцитоніну, С-реактивного білку та пресепсину, які у наукових джерелах розглядаються як маркери неонатального сепсису.

Результати та обговорення. У роботі показано, що, за винятком сироваткової концентрації прокальцитоніну, жодний із використаних маркерів НС не дозволяв виокремити ті випадки захворювання, які б асоціювали із несприятливою екологічною характеристикою в зонах проживання. Разом із тим, показники клініко-епідеміологічного ризику народження хворої на сепсис дитини в умовах несприятливого екогенного пресинту солями важких металів, які у малих дозах забруднювали ґрунт в місцях проживання сімей, виявилися наступними: (1) для вмісту прокальцитоніну більше 0,2 нг/мл: відношення шансів (ВШ) – 6,0 (95%ДІ 2,8-12,9); відносний ризик (ВР) – 2,0 (95%ДІ 1,1-3,8), атрибутивний ризик (АР) – 0,40. Для вмісту С-реактивного білку менше 1,0 мг/л: ВШ – 6,5 (95%ДІ 2,7-15,6); ВР – 2,0 (95%ДІ 1,0-4,3), АР – 0,41; (2) Для вмісту пресепсину більше 5000 нг/мл: ВШ – 272,2 (95%ДІ 32,7-226,8); ВР – 4,4 (95%ДІ 0,6-34,4), АР – 0,76; (3) Для вмісту пресепсину більше 8500 нг/мл: ВШ – 1,7 (95%ДІ 1,0-3,0); ВР – 1,3 (95%ДІ 1,0-1,9), АР – 0,12.

У роботі показано, що у сироватці крові передчасно народжених пацієнтів із НС, за винятком прокальцитоніну, принципових розбіжностей за іншими маркерами НС у контрастних за геохімічною характеристикою регіонах проживання не виявлено. Разом із тим, цікавим, на наш погляд, виявилася статистично значуща розбіжність за вмістом у сироватці крові інтерлейкіну-6 у доношених і передчасно народжених представників I групи ($40,21 \pm 7,78$ та $23,28 \pm 3,0$ пг/мл відповідно, $P < 0,05$) за відсутності аналогічних відмінностей у групі порівняння, що пояснювали з позицій виразнішої тяжкості перебігу НС у представників I групи.

Висновок. Таким чином, патологічний процес при НС у новонароджених в умовах екологічного неблагополуччя асоціює з певним ризиком зростання синтезу пресепсину і прокальцитоніну при зменшенні концентрації С-реактивного протеїну, а найбільший пресинг на імунний захист організму відчувають передчасно народжені хворі.

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН ТА ВИХОВНІ СТРАТЕГІЇ В СІМ'ЯХ ПІДЛІТКІВ ІЗ ДЕПРЕСИНИМИ РОЗЛАДАМИ

Беляєва О.Е., Михайлова Е.А., Матковська Т.М., Мітельов Д.А.

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

Вступ. Проблема депресивних розладів (ДР) у підлітків зберігає свою актуальність. Депресивні розлади у підлітків тривалий час можуть лишатися нерозпізнаними, що призводить до неочікуваних для оточуючих аутоагресивних вчинків та важких форм шкільної дезадаптації, порушень, пов'язаних із вживанням алкоголю та психоактивних речовин (Солодка, Логінов, 2014; Гришина, 2018;

Мазаєва, Кравченко, 2018; Mullen, 2018). Відомо, що брак соціалізації емоцій підлітків, зокрема гніву та суму, пов'язується із недостатністю підтримки у батьківських відгуках, що сполучається із депресією підлітків (Shortt et al., 2016). Для ранньої діагностики та надання своєчасної кризової допомоги важливе значення має виявлення проблем в сімейних стосунках (Hetrick et al., 2015; Марценковський, Марценковська, 2017; Bernaras, Jaureguizar and Garaigordobil, 2019)

Матеріали та методи дослідження. Проведено комплексне психодіагностичне дослідження 40 підлітків у віці 13-17 років із ДР (10 хлопчиків та 30 дівчаток), які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні психіатрії ІОЗДП НАМН України. Обстеження передбачало також опитування батьків хворих підлітків. Для вивчення особливостей сімейних відносин застосовували опитувальник «АСВ» – Аналіз Сімейних Відносин Е.Г. Ейдемиллера, В.В. Юстіціка для батьків; Шкалу сімейного оточення (ШСО) для оцінки соціального клімату в родині й опитувальник Шкала сімейної адаптації та згуртованості (опитувальник FACES-3 / Тест Д.Х. Олсона) для дітей та батьків.

Мета дослідження: вивчити інтегративні характеристики родини та особливості батьківських виховних стратегій в сім'ях підлітків із ДР.

Результати та обговорення. В сім'ях підлітків із ДР переважно спостерігається сплутаність у стосунках із надмірною емоційною близькістю з боку щонайменше одного з батьків та підлітка (65%). Аналіз сімейних відносин дозволив виявити наявність потураючої гіперпротекції як основної виховної стратегії (85%). Батьківська гіперпротекція в сполученні з потуранням включала опікування, задоволення потреб підлітка та відсутність вимог, заборон та санкцій. Підлітки перебували в фокусі уваги одного з батьків, який прагнув максимально задовольняти усі потреби дитини. Батьки трансливали дитині, що їй усе дозволено, а якщо деякі заборони запроваджувалися – підліток легко їх порушував, бо дорослі не застосовували санкцій. Підлітки мали мінімальну кількість обов'язків. Батьки не бажали або не могли встановити будь-які рамки підліткової поведінки, в тому числі з питань того, що стосується часу відходу до сну, користування гаджетами, вживання алкоголю і т.і. В переліку значущих батьківських почуттів у батьків підлітків із депресивними порушеннями діагностувалася фобія втрати дитини. Виховна невпевненість батьків спиралася на перебільшене уявлення про крихкість, вразливість та хворобливість дитини. Зазначені батьківські виховні стратегії постають важливою складовою формування депресивного розладу дитини.

Висновки. Наявність у батьків підлітків із ДР потураючої гіперпротективної виховної стратегії, що спирається на фобію втрати дитини та сплутаність відносин постають чинником симптомоутворення при захворюваннях депресивного спектру у підлітків, із формуванням у них різних варіантів деструктивної, адиктивної та аутоагресивної поведінки.

ХАРАКТЕРИСТИКА МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З ХВОРОБОЮ ВІЛЬСОНА

Березенко В.С., Крат В.В., Диба М.Б., Ткалик О.М., Михайлюк Х.З.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Хвороба Вільсона – генетично детерміноване захворювання, при якому органами-мішенями є печінка, головний мозок, очі, також є дані про ураження кістково-м'язової системи у цих хворих.

Мета дослідження: вивчити мінеральну щільність кісткової тканини у дітей з хворобою Вільсона.

Матеріали та методи: Обстежено 27 дітей з хворобою Вільсона, віком від 6 до 18 років, середній вік становив 12 років, серед яких було 16 дівчаток (59,3%) та 11 хлопчиків (40,7%). Всі обстежені діти мали печінкову форму хвороби Вільсона, у однієї дитини захворювання перебігало з ураженням печінки та нервової системи. Середній вік дітей, в якому був встановлений діагноз складав 10 років [8-12]. У всіх дітей захворювання протікало з наявністю біохімічних маркерів хронічного гепатиту: мінімальну активність (підвищення рівня трансаміназ до 3 норм) мали 9 дітей (33,3%), низьку активність (підвищення рівня трансаміназ до 5 норм) – 5 дітей (18,5%), помірну активність (рівень трансаміназ 5-9 норм) діагностовано у 12 дітей (44,4%) та 1 дитина (3,7%) мала високу активність хронічного гепатиту (рівень трансаміназ вище 10 норм).

У 20 дітей (74%) діагностовано хронічний гепатит, а у 7 дітей (25,9%) – цироз печінки. За даними еластографії 14 дітей (51,8 %) мали стадію фіброзу F0-1 за METAVIR, 4 дітей (14,8%) – стадію фіброзу F2 за METAVIR, 2 дітям (7,4%) діагностовано стадію фіброзу F3 за METAVIR. У 1 дитини з цирозом печінки встановлено клас А по Чайлд-П'ю, а у 6 дітей (22,2%) клас В-С по Чайлд-П'ю.

У всіх дітей за допомогою двохфотонної рентгенівської абсорбціометрії оцінено щільність кісткової тканини. Про зниження мінеральної щільності кісткової тканини у дітей свідчить зниження Z-score нижче -2.

Результати: За нашими даними у 21 хворого (77,7%) з хворобою Вільсона не діагностовано зниження мінеральної щільності кісткової тканини. Лише у 6 пацієнтів (22,2%) як з цирозом печінки так і з хронічним гепатитом встановлено зниження мінеральної щільності кісткової тканини Z-score -2,3 [-2,4- -2,2] $p < 0,05$. У 4 дітей (14,8%) діагностовано лише зниження мінеральної щільності кісткової тканини поперекового відділу хребта, а у 2 пацієнтів (7,4%) встановлено зниження мінеральної щільності кісткової тканини всього тіла (total body). Варто зазначити, що зниження мінеральної щільності кісткової тканини встановлено у 3 дітей з цирозом печінки, з них 1

дитина мала змішану форму захворювання, та у 3 дітей з хронічним гепатитом у яких за даними еластографії діагностовано стадію фіброзу F1 за METAVIR.

Висновки: за результатами проведеного дослідження встановлено, що у 22,2% дітей з хворобою Вільсона незалежно від тяжкості ураження печінки мало місце зниження мінеральної щільності кісткової тканини. Отримані результати свідчать про необхідність проведення подальших досліджень в цьому напрямку.

ЗНАЧЕННЯ АТОПІЇ У ФОРМУВАННІ РЕМОДЕЛІНГУ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Білик Г.А, Мислицька Г.О., Шахова О.О.
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета роботи. Для покращення менеджменту бронхіальної астми у дітей вивчити особливості atopічної реактивності організму у хворих шкільного віку з урахуванням вмісту маркерів ремоделінгу бронхів у супернатанті мокротиння.

Матеріал і методи. В умовах пульмо-алергологічного відділення КМУ «Обласна дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці методом «дослід-контроль» у паралельних групах із використанням простої випадкової вибірки обстежено 116 дітей, хворих на персистувальну бронхіальну астму (БА). Усім хворим у супернатанті мокротиння визначали вміст ендотеліального фактору росту судин (VEGF) і матричну металопротеїназу-9 (ММР-9) як маркерів бронхіального ремоделінгу (БР). З урахуванням розподільчої точки для концентрації VEGF 80,0 нг/мл та ММР-9 – 5,2 нг/мл, сформовано три клінічні групи спостереження. Першу (I) клінічну групу, сформували 37 хворих з перевищенням вказаних значень, до складу другої (II) групи увійшов 41 хворий з перевищенням лише одного маркера РБ, а третю (III) клінічну групу склали 38 хворих із низькими концентраціями маркерів РБ. За основними клінічними характеристиками групи порівняння були зіставленими. Визначення біомаркерів ремоделіації бронхів у супернатанті мокротиння здійснювали: VEGF – тристадійним «сендвіч»-варіантом твердофазного імуоферментного аналізу (реактиви «VEGF-ВекторБест» А-8784, РФ); ММР-9 – методом «сендвіч»-ELISA (реактиви «AffymetrixBioscience» BMS 2016/2/ BMS2016/2TEN (BenderMedSystems, GmbH, Австрія).

Результати і обговорення. У роботі показано, що atopічна форма БА незначно переважала у I і III клінічних групах (у 67,6% хворих I групи, у 56,1% дітей II групи та у 63,2% представників III групи порівняння; в усіх випадках $P > 0,05$). Проте обтяженість сімейного алергологічного анамнезу за обома батьківськими родоводами переважала у хворих I групи (13,5% випадків) і була утричі меншою серед представників II та у 5,2 рази меншою серед хворих II групи (в усіх випадках $P < 0,05$). Вірогідно частіше (10,8% проти 2,6%, $P < 0,05$) у хворих із високим ризиком РБ порівняно до пацієнтів II групи відмічалися ознаки медикаментозної гіперчутливості. У загальному клінічному аналізі крові нами виявлено, що у дітей I клінічної групи частіше траплялися випадки більш значущої еозинофілії. Так, частота випадків виявлення еозинофілії крові більше 10% становила у I клінічній групі – 35,1%, у II групі – 29,3%, а у III – 28,9% ($P_{I,II,III} < 0,05$). Ця особливість характеризувалася сталістю, і наприкінці динамічного спостереження за хворими у процесі базисного лікування БА еозинофілія більше 6,0% визначалася у дітей I групи у 50,0% випадків, у II групі – у 38,9%, а у III групі дітей – у 36,1% спостережень ($P_{I,II,III} < 0,05$). Аналіз клітинного складу спонтанного або індукованого серійними розчинами хлориду натрію мокротиння підтвердив значення еозинофільного характеру запального процесу бронхів у розвитку їх ремоделінгу. Так, еозинофіли становили $(10,5 \pm 1,03)\%$ клітинного складу у хворих I групи, $(7,4 \pm 1,8)\%$ – у II групі та лише $(1,6 \pm 0,75)\%$ у представників III групи ($P_{I,II,III} < 0,05$).

Висновки. Таким чином, atopія є одним із ключових механізмів формування ремоделінгу бронхіального дерева у процесі запалення, опосередкованого еозинофільними гранулоцитами, що вимагає у таких хворих посилення обсягу контролюючого лікування з акцентом на інгаляційні глюкокортикостероїдні препарати.

УРАЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА ФОРМУВАННЯ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ

Богмат Л.Ф., Шевченко Н.С., Ніконова В.В., Ахназарянц Е.Л., Дем'яненко М.В.
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків, Україна

Актуальність. Відомо, що однією із систем, яка залучається в патологічний процес у хворих із ревматоїдним артритом є серцево-судинна система. Більш того, саме серцево-судинні порушення в більшості випадків у дорослих впливають як на якість життя, так і на його тривалість. В зв'язку з цим, вважалось за необхідне визначити стан серцево-судинної системи у дітей із ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) в залежності від тривалості захворювання.

Матеріали та методи. Обстежено 105 осіб 7-18 років із ЮІА. Середня тривалість захворювання склала $(66,13 \pm 6,28)$ місяців. 1 групу з терміном перебігу хвороби 1-3 роки склали 28 пацієнтів (26,6%), 2 групу з тривалістю понад 3 роки – 77 осіб (73,3%). В 2 групі частіше реєструвалась наявність антинуклеарних антитіл (60,0%) та серопозитивність (10,0%), виявлялися С-реактивний протеїн (30,5%) та циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) (13,3%). Функціональний стан серцево-судинної системи вивчався за допомогою електрокардіографії на багатоканальному електрокардіографі в 12 стандартних позиціях. Ультразвукове доплерівське дослідження серця проводилося в "М"- і "В"- режимах за стандартною методикою. Ліпідний спектр крові оцінювали за рівнем загального холестерину, тригліцеридів і холестерину ліпопротеїдів високої щільності. Статистична обробка проводилась за допомогою пакету прикладних програм Statgraphics 16.0.

Результати. Встановлено, що в 1 групі у 8,6% хворих зареєстрована синусова тахікардія, а в 2 групі відмічена наявність, як синусової тахікардії в 10,4%, так і брадікардії у 12,1%. Порушення атріовентрикулярної провідності зростало в залежності від терміну захворювання у вигляді скорочення інтервалу PQ у 11,0% дітей з 1 групи та у 17,0% хворих – 2 групи. Морфологічні показники серця у хворих на ЮІА також змінювались в залежності від терміну хвороби. Так, у дітей молодшої групи (11-14 років) при терміні хвороби до 3 років кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка був дещо нижче норми, але зі збільшенням терміну хвороби він повертався до нормальних значень. Значне погіршення показників відбувалось саме у 15-18 річних підлітків при захворюванні понад 3 роки. В них ударний та хвилинний об'єм крові, у порівнянні з групою з меншим терміном захворювання, був знижений ($p > 0,05$). Відзначалось також розширення порожнини лівого передсердя ($p > 0,05$). Встановлено значний вплив варіанту ЮІА на частоту змін морфологічних показників серцево-судинної системи. Так, збільшення систолічного індексу ($p > 0,05$), порушення процесів реполяризації ($p > 0,05$) та зниження фракції викиду ($p > 0,02$) відбувалось саме в групі дітей з ЮІА з ураженням органу зору. Встановлено, що імунізуюча активність хвороби протягом тривалого часу відображає не тільки вираженість запального процесу в суглобах, але й субклінічне запалення в судинній стінці, що може сприяти атеросклеротичному ураженню судин при відносно нормальних значеннях холестерину. Аналіз ліпідограм показав, що у дітей із 1 групи вірогідно вищими були показники загального холестерину ($p < 0,02$), та рівня ЛПНЩ ($p < 0,05$), що призводило до зростання рівня коефіцієнта атерогенності та формування атерогенних дисліпопротеїдемій. Таким чином, у дітей хворих на ЮІА з довготривалим терміном захворювання знижуються показники ударного та хвилинного об'ємів крові, збільшуються розміри порожнин лівого серця, що свідчить про формування ознак як діастолічної, так і систолічної дисфункції. Та саме у них формуються дисліпопротеїдемії атерогенної спрямованості, які асоційовані з активністю хвороби.

ПРОГНОЗУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ІЗ ПЕРЕДВІСНИКАМИ НАПАДУ

Богущька Н.К.

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

Бронхіальна астма (БА) стає все більш поширеним хронічним дитячим захворюванням у всьому світі. Напади або загострення БА впливають на якість життя дитини та батьків, часто є причиною пропусків школи та госпіталізацій, іноді – смертельних випадків. За наявності хоча б одного загострення БА впродовж року діти мають у 2,5 рази вищий ризик нападів у подальшому, незалежно від тяжкості захворювання та/або рівню контролю. Оскільки загострення БА є фактором ризику як подальших загострень, так і смертності, розробка нових підходів до профілактики загострень є пріоритетом дитячої пульмоалергології.

Метою дослідження було вивчити можливості прогнозування особливостей фенотипу та перебігу персистувальної БА у дітей шкільного віку за наявності передвісників нападу. Комплексно обстежено 60 дітей 12-18 років із персистувальною середньотяжкою та тяжкою БА, у 29 з яких відмічали наявність передвісників нападу. До групи порівняння ввійшла 31 дитина, хвора на БА, однак без передвісників нападу, групи були зіставлюваними.

Найчастішими передвісниками нападу БА виявились прояви ринокон'юнктивіту, які спостерігали в 77% обстежених I групи. Лише 47% дітей могли вказати на час між появою передвісників та початком нападу, що знаходився в межах – від 5 хв. до 1 тижня із середнім значенням $29,5 \pm 12,4$ год. У 73% дітей спостерігали лише один передвісник нападу (середнє значення $1,7 \pm 0,1$). В дітей із передвісниками нападу БА дещо зростали шанси виявлення її тяжкого фенотипу (пропорційність шансів, ПШ=2,6; 95%ДІ:0,9-7,5). Встановлено, що наявність провісників нападу підвищувала шанси діагностування менш контрольованої БА (ПШ=1,5; 95%ДІ:0,8-2,9), за їх наявності істотно частіше відзначали сезонність загострень (ПШ= 2,9; 95%ДІ:1,0-8,6) і регулярне отримання дітьми базисної терапії БА (ПШ= 4,8; 95%ДІ:1,5-15,3). У дітей з передвісниками нападу БА більшою була середня кількість госпіталізацій за рік ($3,4 \pm 2,2$ проти $1,9 \pm 1,9$ відповідно, $p < 0,01$) та середня кількість інгаляцій під час нападу БА ($4,2 \pm 2,1$ проти $2,9 \pm 1,6$ відповідно, $p < 0,02$). Більша кількість передвісників нападу БА асоціювала із жіночою статтю ($r=0,27$, $p < 0,03$), рівнем CD4 клітин крові ($r=0,36$, $p < 0,03$) та вищим рівнем рятувальних інгаляцій як під час нападу ($r=0,47$, $p < 0,001$), так і профілактично ($r=0,26$, $p < 0,04$). Оскільки тривалість часу від появи передвісників до нападу БА прямо асоціювала із показниками лабільності бронхів ($r=0,66$, $p < 0,02$), то діти із вищими показниками бронхоспазму та бронходилатації раніше за інших відчували появу загострення. Серед усіх передвісників нападу саме кашель прямо асоціював із вираженішими дитячими фобіями ($r=0,40$, $p < 0,04$) та зворотно – із рівнем алекситимії в балах ($r=-0,54$, $p < 0,007$).

Отже, хоча для прогнозування загострень БА нещодавно розроблені певні підходи та знайдені окремі біомаркери, в дітей вони лише частково підтвердили ефективність та потребують подальшої перевірки. Врахування скарг на передвісники нападу БА задля виявлення дітей, що знаходяться у групі ризику, дає можливість запобігти загостренням і поліпшити прогноз.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗРУШЕНЬ У СТРУКТУРІ КЛІТИННИХ МЕМБРАН ПРИ ХРОНІЧНОМУ ЗАПАЛЕННІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ

М.І. Борисенко

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

Розробка нових напрямків патогенетичної терапії хронічного запального процесу в слизовій оболонці гастродуоденальної зони залишається однією з актуальних проблем сучасної гастроентерології.

Мета дослідження – вивчення стану структури клітинних мембран при хронічному запаленні слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей та ефективності цілеспрямованої корекції виявлених зрушень.

Матеріали та методи дослідження: Проведено комплексне клініко-параклінічне обстеження: 219 хворих з хронічним гастродуоденітом у стадії загострення та 65 здорових дітей, віком від 7 до 15 років. Комплекс включав клінічні, інструментальні, лабораторні та морфологічні методи діагностики,

Для вивчення стану структури мембран клітин слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки застосовано електронну мікроскопію, для дослідження жирнокислотного складу загальних ліпідів лімфоцитів та нейтрофілів, фосфоліпідів мембран лімфоцитів та нейтрофілів, холестерину мембран, а також жирнокислотного складу НЕЖК і фосфоліпідів сироватки крові – газо-рідинну хроматографію. Спонтанне та індуковане ліпоперекислення, рівень вітаміну Є в крові визначалися біохімічними методами. Обстеження дітей проводилось до та після закінчення курсу лікування.

Результати дослідження. При хронічному запаленні слизової оболонки гастродуоденальної зони в стадії загострення електронномікроскопічне дослідження виявило наявність дезінтеграційних процесів у мембранах клітин слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки, зрушення в спектрах вищих жирних кислот загальних ліпідів клітин та мембранних фосфоліпідів, фосфоліпідів та НЕЖК сироватки крові, характеризувалися суттєвою дисацидемією, дефіцитом ПНЖК при активації перекисного окислення ліпідів по ферментному і безферментному шляхах, дефіциті вітаміну Є. Вміст вільного холестерину в мембранах лімфоцитів був достовірно зниженим. Після загальноприйнятого курсу лікування зрушення в ліпідному компоненті мембран клітин та показники перекисного окислення ліпідів мали позитивну динаміку, але їх повної нормалізації не відбулося. Це свідчать про необхідність застосування корекції ліпідного компоненту мембран клітин, нормалізації активності перекисного окислення ліпідів в комплексному лікуванні хронічного запалення слизової оболонки гастродуоденальної зони.

Хворих було поділено на 2 групи: основну (73) та контрольну (146). Діти основної групи з метою нормалізації ліпідного компоненту мембран клітин та зниження активності перекисного окислення ліпідів отримували "Біалім" і загальноприйнятий лікувальний комплекс, а контрольної групи – тільки аналогічний загальноприйнятий терапевтичний комплекс. У хворих основної групи після лікування нормалізувалися показники ліпідного компоненту мембран клітин та перекисного окислення ліпідів. Також у хворих основної групи після лікування достовірно раніше, порівняно з контрольною, наступала клінічна ремісія та відбувалося загоєння ерозій. Також у дітей контрольної групи мала місце тільки тенденція до нормалізації показників ліпідного компоненту мембран клітин та перекисного окислення ліпідів.

Висновки: 1. Порушення структури та складу ліпідного компоненту мембран клітин при активації перекисного окислення ліпідів є однією з ланок патогенезу хронічного запалення слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишк (ХЗСОШДК).

2. Застосування корекції зрушень у складі ліпідного компоненту мембран клітин та активності перекисного окислення ліпідів у комплексному лікуванні ХЗСОШДК скорочує терміни настання клінічної ремісії, сприяє загоєнню ерозій.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЇ ТАЗОВИХ ОРГАНІВ У ДІТЕЙ ІЗ SPINA BIFIDA

¹Боярчук О.Р., ¹Глушко К.Т., ²Ковальов В.В., ²Свірська Н.М., ²Шило О.Р.

¹Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль

²Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Тернопіль

Обстежено 30 дітей із розщилиною хребта. Серед них було 17 (56,7%) хлопчиків та 13 (43,3%) дівчаток. Вік дітей коливався від 8 місяців до 17,0 років та в середньому становив (8,9±0,9) років. Відкрита форма Spina bifida (SB) була в 25 (83,3%) пацієнтів, а прихована – у 5 (16,7%)

обстежених. Встановлено, що прихована форма Spina bifida діагностувалася переважно в підлітків (13,4±0,7 р.), тоді як середній вік дітей з відкритою формою був меншим (8,0±1,0 р.). Серед відкритих форм SB переважали менгомієлоцеле, менінгоцеле та у 1 дитини – енцефалоцеле. Основними розладами, котрі спостерігалися у обстежених дітей були: порушення рухової функції (17 (56,7%)), гідроцефалія (14 (46,7%)) та розлади функції тазових органів (23 (76,7%)). Використовувало візок для пересування 6 (20,0%), паретична хода/з підтримкою була в 11 (36,7%) дітей. При цьому у дітей із прихованою формою Spina bifida розладів моторики не було, тоді як в 18 з 25 пацієнтів з відкритою формою виявлено парез різного ступеня чи параліч. Серед порушень функції тазових органів зустрічалися нейрогенний сечовий міхур (22 (73,3%)), нейрогенний кишечник (16 (53,3%)), та їх поєднання. Практично в половині 16 (53,3%) обстежених виявлено закрепи, а в 11 (36,7%) – енкопрез. В більшості пацієнтів порушення функції сечового міхура було у вигляді енурезу (15 (50,0%)), тоді як затримка сечопуску – всього в 1 дитини. Рецидивуючі інфекції сечовидільних шляхів діагностовано в 11 (36,6%) пацієнтів, при цьому трансформація в хронічний пієлонефрит встановлена 3 (10,0%) дітей, а уретерогідронефроз / чи пієлоектазія – в 5 (16,7%). У дітей з закритою формою SB нейрогенний сечовий міхур діагностовано у 4 з 5 пацієнтів: енурез – у 3, а затримка сечопуску – в 1 дитини. При відкритій формі SB нейрогенний сечовий міхур виявлено в 21 (84,0%) з 25; енурез – в 12 (48,0%) обстежених. Хронічний пієлонефрит, гідронефроз / пієлоектазія та рецидивуючі інфекції сечовидільних шляхів зустрічалися лише при відкритих формах SB. Закрепи відмічалися в 12 (48,0%) дітей з відкритою формою SB та в 4 з 5 пацієнтів з прихованою формою SB. Енкопрез / каломазання встановлено в 8 (32,0%) із 25 дітей з відкритою формою SB та в 3 із 5 пацієнтів з прихованою SB. Більшість дітей чи їх батьків вказували, що їх турбують та погіршують якість життя дитини саме порушення функції тазових органів. Після початку проведення чистої періодичної катетеризації та промивання кишечника (за показами) в більшості дітей зникли чи зменшилися явища енурезу, зменшився ступінь гідронефрозу чи пієлоектазії, припинилися чи зменшилася частота інфекцій сечовидільних шляхів. У дітей з нейрогенним кишечником зменшилося каломазання та закрепи.

ІНТЕРАКТИВНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ І КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З ДИСЦИПЛІНИ «ПЕДІАТРІЯ»

Боярська Л.М., Котлова Ю.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Використання інтерактивних методів навчання при формуванні сучасних лікарів стає більш затребуваним, оскільки сприяє формуванню фахівців спроможних до прийняття зважених та вірних рішень, сприяє реалізації в навчанні принципів практичної психології, за якими вербальна інформація засвоюється лише на 10%. Підвищити ефективність засвоєної інформації до 90% допомагає залучення інформаційного обміну командної, а потім і самостійної роботи.

Інтерактивні методи навчання лікарів-інтернів з педіатричних дисциплін впроваджуються на кафедрі дитячих хвороб завдяки наявності якісного технічного устаткування двома медіацентрами з плазмовими відео панелями, комп'ютерними класами, швидкісним потужним інтернетом, веб-камерами з мікрофонами і комп'ютерами для зв'язку з лікувальними установами. Сучасні технічні засоби дозволяють встановити інтерактивну взаємодію з лікарями-інтернами, що навчаються в очному та заочному періодах інтернатури, з лікарями лікувальних закладів області, з нашими випускниками, які виховуються прихильними до стилю безперервного навчання. Пробуджують інтерес до самостійної роботи та роботи у команді впроваджені інноваційні технології «перевернутого класу», монотематичних навчальних конференцій, які проводять самі інтерни під керівництвом викладачів кафедри. Велику зацікавленість викликають інтерактивні щотижневі клінічні розбори, які присвячуються реальним складним діагностичним випадкам з щоденної клінічної роботи фахівців лікарні. Командою викладача та лікарів-інтернів готуються та презентуються результати клінічного пошуку, наочно демонструються прийоми клінічного мислення – від передбачення захворювання, обстеження дитини до ефективного лікування. Як виконавці, так і лікарі з «віддалених» аудиторій, що дистанційно в етері приймають участь у клінічному розборі, мають змогу активно залучатися у діагностичний процес.

Платформою інтерактивного навчання лікарів-інтернів стала розробка сайту "Кроки до здоров'я" (babykrok.com.ua), де публікується відеотека "Складний діагноз", розміщуються власні оригінальні статті та бесіди лікарів-інтернів з профілактики захворювань в педіатрії, вигодовування дітей, здорового способу життя для населення, виконаних під контролем викладачів. Одночасно, платформа web-сайту стала базою для інтерактивного навчання лікарів-інтернів - співробітниками кафедри створено понад 150 ілюстрованих відеолекцій з педіатрії та суміжних педіатричних дисциплін в електронних навчальних програмах MOODLe та edX, які можуть вивчатися лікарями-інтернами дистанційно. Сумісно з інтернами представлені на сайті до 60 відео з методики опанування практичними навичками педіатричних спеціальностей.

Найсучаснішою інтерактивною технологією став вперше проведений в Україні структурований практично-орієнтований клінічний іспит за програмою «Стандартизований пацієнт» (body interact). Надання допомоги у реальному часі на віртуальному симуляторі пацієнта допомагає перейти від пасивного до активного навчання, формує критичне мислення у пошуку оптимального рішення.

Таким чином, застосування інтерактивних форм навчання створює умови для усвідомленого навчання лікарів завдяки пробудженню зацікавленості до навчання, ефективному засвоєнню навчального матеріалу, самостійному пошуку шляхів вирішення поставленого навчального завдання, навчання у команді.

КАДРОВІ ПРОБЛЕМИ УКРАЇНСЬКОЇ ПЕДІАТРИЧНОЇ ЗДОРОВООХОРОНИ У КОНТЕКСТІ ЗАГАЛЬНОЄВРОПЕЙСЬКИХ ТРЕНДІВ

Волосовець О.П.

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

Від якості підготовки та кількості дитячих лікарів залежить якість та доступність медичної допомоги дитячому населенню країни. Тривожним трендом останніх років в Україні стало зменшення кількості дитячих лікарів та неонатологів. За рівнем забезпеченості практикуючими лікарями, зокрема й лікарями-педіатрами, Україна нині знаходиться на одному з останніх місць у Європі. У той час як за зростанням поширеності дитячих хвороб наша країна посідає одне з перших місць. За прикладами далеко ходити не треба – найбільший у Європі епідемічний спалах кору, високі рівні захворюваності на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію тощо. Усе зазначене потребує ефективної системи медичної допомоги дітям відповідно матеріально оснащеної та укомплектованої кадрами.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України нині рівень забезпеченості дитячими лікарями у закладах охорони здоров'я становить лише 1,08 на 10 тисяч дитячого населення у віці до 17 років або 8 241 особу, у той час як у 2011 році кількість дитячих лікарів складала 12 453 осіб – 1,54 на 10 тисяч дітей. Нині у загальній кількості практикуючих лікарів дитячі лікарі та неонатологи складають лише 6,3%, тоді як у 2011 році – 7,1%. У приватних закладах охорони здоров'я працює 544 дитячих лікаря, у відомчих – 196. Станом на 01.01.2019 року у галузі залишались вакантними 1038 посад лікарів-педіатрів та 3429 посад лікарів загальної практики-сімейної медицини, що нині забезпечують надання медичної допомоги дітям у первинній ланці. Укомплектованість посад дитячих лікарів складає 75,4%, а лікарів загальної практики-сімейних лікарів – 73,7%, що не забезпечує належне функціонування педіатричної охорони здоров'я. Найнижчі показники забезпеченості дитячими лікарями залишаються у наступних областях: Закарпатській, Миколаївській, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Київській, Вінницькій та Рівненській. Найбільше дитячих лікарів у м. Києві, Запорізькій, Харківській, Тернопільській та Полтавській областях.

Тобто, за останні 8 років кількість дитячих лікарів в Україні зменшилась на 3,9 тисяч осіб, а укомплектованість погіршилась у 1,42 рази. На 1,6 тисяч лікарів зменшилась кількість лікарів-педіатрів міських дільниць, а укомплектованість погіршилась майже у 1,5 рази. На 228 осіб зменшилась кількість неонатологів, на 180 осіб – кількість дитячих інфекціоністів, на 65 осіб – дитячих кардіоревматологів. Це у той час, коли у більшості європейських країн значно збільшився попит на лікарів-педіатрів і, відповідно, їх підготовку. У США за останні сім років їх кількість збільшилась в п'ять разів (Майданник В.Г., 2014).

Так, нині у 27 країнах Європейського Союзу налічується 82 000 педіатрів, 33 000 (40%) з яких беруть участь у лікуванні та догляді 91 млн. дітей (Prof. Alfred Tenore, 2014). Таким чином, забезпеченість дитячими лікарями у країнах ЄС складала 0,89 на 10 000 дитячого населення у віці до 15 років. У Євросоюзі кількість лікарів-педіатрів за останні 20 років зросла. У всіх країнах, крім Франції, Бельгії, Німеччини, Ізраїлю та Ірландії, пацієнтів до 6 років доглядають на первинній ланці виключно педіатри.

Щороку в Україні вибуває із системи більше 5,7 тисячі лікарів, серед них чимало і дитячих лікарів та неонатологів, що вже не може бути компенсованим щорічними обсягами випускників закладів вищої освіти усіх форм власності в умовах скасування державного розподілу, падіння престижності професії дитячого лікаря та штучного зменшення прийому вступників за спеціальністю «Педіатрія» до 293 осіб на усю країну.

Потрібні рішучі дії на рівні держави.

ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «ПЕДІАТРІЯ» У СУЧАСНИХ УМОВАХ

**Волосовець О.П., Кривопустов С.П., Кузьменко А.Я., Прохорова М.П., Логінова І.О., Дзюба О.Л.,
Мозирська О.В., Салтанова С.Д., Скварська О.О., Хоменко В.Є.,
Черній О.Ф., Ковальчук О.Л., Слюсар Н.А.**

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

Сучасний період розвитку педіатрії характеризується значними змінами у системі відбору та підготовки дитячих лікарів в Україні. Основні тренди сьогодення: суттєве зменшення кількості дитячих лікарів в країні, зменшення до 293 осіб щорічних обсягів прийому на медичні факультети закладів вищої медичної освіти за спеціальністю «Педіатрія» внаслідок падіння престижу спеціальності, зміни умов вступу до вишів (широкий конкурс, запровадження прохідного балу у 150 балів), зменшення кількості медичних вишів, що готують дитячих лікарів. Усе зазначене відбувається на тлі зростання поширеності дитячих хвороб в Україні, що, безумовно, може вплинути на якість надання медичної допомоги дітям у найближчі роки. Це вимагає реалізації на рівні галузі та країни невідкладних заходів щодо збереження педіатричної служби країни та вітчизняної системи педіатричної освіти.

Потрібні зміни у підходах до викладання дитячих хвороб не тільки майбутнім дитячим лікарям, але й лікарям загальної практики, які нині відповідають за надання медичної допомоги дитячому населенню у первинній ланці. Підготовка з навчальної дисципліни «Педіатрія» повинна починатись з першого курсу під час викладання теоретичних дисциплін з наголосом на особливостях функціонування органів та систем у різних періодах дитинства. На старших курсах необхідно робити особливий акцент на дуальності викладання питань дитячих хвороб, поєднуючи ґрунтовну теоретичну та постійну практичну підготовку майбутнього лікаря у клініці. Необхідно зазначити, що у сучасній нормативно-правовій базі підготовки за спеціальністю «Педіатрія» значна увага приділяється самостійному оволодінню студентами практичними навичками та теоретичним матеріалом, що вимагає від кафедр педіатрії підготовки та оновлення навчального матеріалу (відеофільмів, відеопрезентацій лекцій, круглих столів з актуальних проблем педіатрії, цікавих клінічних випадків тощо), що необхідно розміщувати на сайтах кафедр та університету.

В умовах недостатньої кількості навчальних годин з педіатричних дисциплін згідно діючих робочих навчальних планів та програм доцільно впроваджувати проблемно-орієнтоване навчання (ПОН) з дитячих хвороб, що має підвищити ефективність засвоєння студентами знань та оволодіння практичними навичками.

Проблемно-орієнтованого навчання, що буде проводитись шляхом спрямованого викладання знань з певної морфо-функціональної системи дитячого організму через їх інтеграцію по горизонталі та вертикалі на різних клінічних і теоретичних кафедрах, буде сприяти оволодінню здобувачами вищої освіти навичками активного навчання щодо вирішення конкретних клінічних ситуацій. Цікавою була б практика проведення у процесі ПОН міждисциплінарних занять (кафедра педіатрії та анестезіології або кафедра педіатрії та дитячої хірургії). Переваги ПОН як інноваційної технології у додипломній підготовці з дитячих хвороб буде сприяти оптимізації навчального часу та підвищенню якості медичної освіти. Зазначене повинно супроводжуватись відновленням чіткої та науково-обґрунтованої відповідності між обсягами підготовки дитячих лікарів (прийом не менше ніж 1 тисячі осіб щорічно) та потребами регіонів, зокрема південно-східних регіонів та Донбасу, із забезпеченням відновленням престижу та належного соціального захисту лікарів-педіатрів.

СУЧАСНІ ЗАВДАННЯ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ПЕДІАТРІЇ

**Волосовець О.П., Кривопустов С.П., Бекетова Г.В., Волосовець Т.М., Крючко Т.О., Абатуров О.Є.,
Попович В.І., Волосовець А.О., Хоменко В.Є.**

**Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро
Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ**

Однією з найважливіших Глобальних цілей сталого розвитку людства до 2030 року, визначених Організацією Об'єднаних націй, є гарне здоров'я та чисте довкілля. Саме на реалізації цих завдань і наголошувала професор Ellen Crushell – Президент ІХ Європейського конгресу дитячих лікарів (Euroaediatics – 2019) на його відкритті у м. Дубліні (Ірландія), вказуючи на необхідність удосконалення медичної допомоги дітям Європи та світу, особливо дітям мігрантів, з метою поліпшення якості життя дітей та захисту їх прав на якісну охорону здоров'я. Для нашої країни це є вкрай актуальним питанням, враховуючи біля 200 тисяч переміщених дітей із зони збройного конфлікту на Донбасі.

Цей форум, що проводиться кожні 2 роки Європейською педіатричною Асоціацією / Союзом Національних Європейських педіатричних спільнот і Асоціацій (EPA / UNEPSA), став прекрасною традицією, яка об'єднує педіатрів і фахівців в області охорони здоров'я дітей з усієї Європи та інших континентів. Конгрес проходив у знаменитому конференц-центрі Дубліна, недалеко від Королівського коледжу лікарів Ірландії, заснованого в 1654 році, де працюють багато відомих вчених-медиків і лауреатів Нобелівської премії. Приємно, що у найбільшому європейському педіатричному форумі разом з понад тисячею учасників з більшості країн світу взяла участь представницька делегація українських вчених та лікарів з 6 українських провідних медичних вишів. Найчисельніше представлені Національний медичний університет імені О.О. Богомольця та Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Загальною темою Конгресу стало гасло «Prevention and therapeutic innovations in the management of child health» – профілактика і терапевтичні інновації в управлінні здоров'ям дитини. Як наголосила керівник Наукового комітету конгресу Hilary Hoyer: «Мета сучасної педіатрії полягає в тому, щоб запобігти хворобам та розвитку інвалідності за допомогою ефективною первинної, вторинної та третинної профілактики; а там, де профілактика неможлива, забезпечення сучасного лікування на основі принципів доказової медицини та оптимізації здоров'я і благополуччя дитини та її родини». Крім того, у доповідях вказувалось на необхідність пропагувати права дітей на здоров'я і соціальну справедливість. Відповідна інформація за підсумками Euroaediatics – 2019 буде надана педіатрам усієї Європи.

У доповідях українських вчених були представлені сучасні проблеми у стані здоров'я дітей України у постчорнобильську еру, питання діагностики пневмоній, порушень мозкового кровообігу у підлітків, впровадження фітотерапії, заснованої на доказах, у лікуванні

риносинувітів. Основні тренди сьогодення – зростання у дітей з усіх континентів інфекційної та неінфекційної патології (діабет, серцева патологія, ожиріння, карієс, новоутворення, поширеність яких у дітей в Україні зросла удвічі за останні 23 роки). Europaediatrics Congress у Дубліні пройшов на високому рівні та став тим відкритим простором знань у медицині дитинства, що буде сприяти інтеграції Європейської педіатричної науки, освіти і практики заради нашого майбутнього.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ТА ПОРУШЕННЯМ МОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОГО ВІДДІЛУ ТРАВНОГО КАНАЛУ

Волосовець О.П., Каруліна Ю.В.

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

Протягом останніх років у дітей спостерігається збільшення поширеності гастроентерологічних захворювань, які займають одне з провідних місць у загальній структурі захворюваності. Враховуючи таку тенденцію вивчення різних аспектів цих захворювань є надзвичайно важливим та необхідним.

Нами було проведено вивчення вегетативної регуляції серцевого ритму методом кардіоритмографії (КРГ) у 109 дітей, яких за результатами попередніх досліджень було поділено на три групи: I група – 22 дітей з синдромом вегетативних дисфункцій та хронічним гастродуоденітом; II група – 87 дітей з синдромом вегетативних дисфункцій, хронічним гастродуоденітом та дуодено-гастральним рефлюксом (ДГР); III група (контрольна) – 10 здорових дітей.

При обстеженні дітей даних груп були отримані наступні дані: в I групі дітей 18 (82%) пацієнтів мали парасимпатикотонію, 2 (9%) – симпатикотонію, у 2 (9%) дітей мали місце нормотонічні показники кардіоритмограми. У II групі дітей – 79 (90,8%) пацієнтів мали симпатикотонію, 6 (6,9%) – парасимпатикотонію, у 2 (2,3%) дітей показники кардіоритмограми свідчили про нормотонію. У III (контрольній) групі 2 (20%) дітей мали симпатикотонію, а інші 8 (80%) дітей – нормотонічні показники кардіоритмограми.

Отримані результати показали, що у пацієнтів I групи, які мали синдром вегетативних дисфункцій і хронічний гастродуоденіт, переважає парасимпатикотонія. У пацієнтів II групи, які мали не тільки синдром вегетативних дисфункцій та хронічний гастродуоденіт, а й порушення моторної функції ВВТК у вигляді ДГР, переважала симпатикотонія. При порівнянні показників кардіоритмограми у пацієнтів I та II груп з аналогічними показниками здорових дітей, котрі склали III (контрольну) групу, виявлено їхні достовірні відмінності. Так, у II групі пацієнтів з синдромом вегетативних дисфункцій, хронічним гастродуоденітом та ДГР спостерігались достовірно ($p < 0,05$) вищі значення показників варіаційного розмаху (дельта X) та моди (Mo), що свідчить про послаблення парасимпатичного впливу та активацію симпатичної ланки на фоні посилення централізації керування ритмом серця в порівнянні зі здоровими дітьми. На це також вказують достовірно вищі значення індексу напруження ($p < 0,05$). Якщо для групи дітей з ДГР за показниками кардіоритмограми характерною була симпатична активація ВНС, то для пацієнтів з вегетативною дисфункцією та хронічним гастродуоденітом без порушень моторної функції ВВТК, котрі склали I групу, притаманною була тенденція до посиленої ваготонічної активності.

Таким чином, порушення моторної функції ВВТК у вигляді ДГР на фоні синдрому вегетативних дисфункцій та хронічного гастродуоденіту характеризується змінами вегетативного гомеостазу у вигляді гіперсимпатикотонії (82%). Є підстави вважати, що вираженість моторно-евакуаторних розладів ВВТК супроводжується і більш вираженими змінами вегетативного гомеостазу у вигляді посилення симпатичної активності. У той самий час при ХГД без порушень моторної функції ВВТК на фоні синдрому вегетативних дисфункцій мало місце посилення парасимпатичного впливу у вегетативному гомеостазі. Такі дані свідчать про напруження адаптаційно-приспосувальних механізмів у дітей з вегетативною дисфункцією і потребують врахування та корекції в комплексному лікуванні даної патології дитячого віку.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ ВІКОМ 1-3 РОКИ

Волошин О.М., Марушко Ю.В.

**Луганський державний медичний університет, м. Рубіжне
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ**

Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) були й надалі залишаються надзвичайно актуальною проблемою охорони здоров'я дітей. ГРІ складають близько 90% усієї інфекційної патології дитячого віку, вони є найчастішими захворюваннями в амбулаторній практиці педіатрів. Згідно з даними статистики найвищий рівень захворюваності на ГРІ реєструється серед дітей дошкільного та молодшого шкільного

віку, які відвідують організовані колективи. Висока частота інфекційних уражень дихальної системи у дітей цього віку зумовлена, насамперед, суттєвими анатомо-фізіологічними особливостями респіраторного тракту, специфікою становлення імунних механізмів та епідеміологічними чинниками.

Мета роботи. Визначення характеру взаємозв'язку між тяжкістю клінічного перебігу ГРІ у дітей віком 1-3 роки та окремими показниками їх імунного статусу.

Дослідження здійснене протягом 2018-2019 рр. серед 40 дітей віком від 1 року до 3 років 11 місяців 29 днів, які хворіли на ГРІ і з приводу цього захворювання були госпіталізовані у дитяче соматичне відділення (м. Рубіжне). Структура клінічних форм ураження респіраторного тракту у дітей із групи спостереження була наступною: ринофарингіт 5 (12,5%), фаринготрахеїт 6 (15,0%), ларинготрахеїт 7 (17,5%), бронхіт 11 (27,5%), обструктивний бронхіт 7 (17,5%) і позалікарняна пневмонія 4 (10,0%). Максимальна температура тіла (t_{max}), що фіксувалася під час захворювання, та концентрація С-реактивного пептиду (СРП) крові, що визначалася у перші 3 дні стаціонарного лікування, враховувалися нами у якості показників тяжкості перебігу ГРІ. Інтегрований показник цієї тяжкості у кожної хворої дитини розраховувався шляхом сумачії унормованих значень t_{max} і концентрації СРП. В межах проведення комплексного імунологічного дослідження нами, зокрема, були враховані такі показники, як реакція бласттрансформації лімфоцитів (РБТЛ) з фітогемаглютиніном (ФГА), фагоцитарний індекс (ФІ) та фагоцитарне число (ФЧ). РБТЛ з ФГА характеризує здатність лімфоцитів до трансформації і розмноження під впливом антигенної стимуляції. Шляхом непараметричного статистичного аналізу встановлено наявність вірогідного зворотного зв'язку між цим показником і тяжкістю перебігу ГРІ ($\rho = -0,37$; $p < 0,05$). Отже, підвищена тяжкість ГРІ поєднується зі значущим послабленням проліферативної відповіді лімфоцитів на інфекційний чинник. Крім того, проводився аналіз кореляції між тяжкістю перебігу ГРІ, з одного боку, та дослідженими показниками фагоцитозу, з іншого. З'ясувалося, що значення ФІ, як і значення РБТЛ з ФГА, вірогідно зменшуються на тлі збільшення інтегрованого показника тяжкості ГРІ ($\rho = -0,41$; $p < 0,01$). Водночас аналогічне дослідження зв'язку щодо ФЧ не виявило вірогідно значущого результату ($\rho = -0,25$; $p > 0,05$). Отримані дані свідчать про наявність певних порушень в системі неспецифічного клітинного імунітету, що може бути зумовлене зниженням продукції фагоцитів, швидким їх розпадом, порушенням їх рухливості або їх здатності до поглинання чужорідних структур. Слід зазначити, що за допомогою розрахунку коефіцієнта взаємної спряженості Чупрова було встановлено наявність залежності між клінічними формами ураження респіраторного тракту та значеннями РБТЛ з ФГА ($K = 0,54$; $p < 0,05$).

Таким чином, у обстежених дітей окремі маркери імунного статусу (РБТЛ з ФГА та ФІ), перебувають у тісній зворотній залежності з клінічною тяжкістю ГРІ.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО ПІВРІЧЧЯ ЖИТТЯ

Гарас М.Н., Іванова Л.А.

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

Впродовж останнього спалаху кору, який триває з 2017 року, внаслідок низького охоплення щепленнями сформувався прошарок неімунного населення, зокрема, серед жінок фертильного віку, що відобразилося у вигляді нівеляції періодів несприйнятливості до кору серед немовлят першого півріччя життя, тому метою роботи стало проаналізувати особливості перебігу кору у дітей перших 6 місяців життя.

З дотриманням вимог біоетики проведено ретроспективний аналіз карт стаціонарних хворих дітей з кором, зокрема, 21 дитини першого півріччя життя (I клінічна група) та 100 дітей старше 1 року (II клінічна група), які знаходилися на стаціонарному лікуванні в умовах інфекційного боксованого відділення крапельних інфекцій ОДКЛ м. Чернівці. За основними характеристиками групи були співставлювані.

Установлено, що третина дітей I групи госпіталізовувалася на I добу захворювання, дві третини немовлят потрапляли до стаціонару до появи висипки у катаральному періоді. Водночас, більшість дітей старшого віку госпіталізовані пізніше 4-ї доби захворювання з явищами екзантеми. Звертає на себе увагу відсутність специфічної енантеми у 75% дітей першого півріччя життя у катаральному періоді та її персистування у чверті випадків дітей старшого віку у висипному періоді. Клінічний перебіг захворювання у дітей першого півріччя життя характеризується відсутністю кон'юнктивіту (40%), катару (24%) та неспецифічної енантеми (86%) у порівнянні з дітьми старшого віку. Тривалість основних клінічних симптомів кору (гарячки, кон'юнктивіту, катару дихальних шляхів та висипу) у представників обох клінічних груп була майже ідентичною. Серед ускладнень кору у дітей обох груп на сучасному етапі домінують респіраторні – обструктивні бронхіти та пневмонії з мінімальною кількістю отитів, дещо частіше у дітей першого півріччя спостерігалися явища ексикозу, респіраторних та неврологічних розладів.

Таким чином, у дітей I півріччя життя спостерігалися особливості перебігу катарального та висипного періодів кору у вигляді неповного клінічного симптомокомплексу захворювання.

СТАН КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ НА ФОНІ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ АПНОЕ СНУ

**Гнилокурченко Г.В., Альюсеф М.Х, Глебова Л.П.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Кафедра педіатрії №4, м. Київ**

За даними останнього звіту ВООЗ близько 124 мільйонів дітей віком від 5 до 19 років страждають ожирінням по всьому світу. Метаболічний синдром (МС) діагностують з 10-річного віку на основі рекомендацій Міжнародної федерації діабетологів 2007 року. Відомо, що метаболічний синдром асоціюється з певним переліком захворювань, серед яких – обструктивне апное сну. Порушення адекватного дихання під час сну призводить до гіпоксії. Крім того, сон фрагментується та порушується його структура. Тривала гіпоксія сприяє розвитку когнітивних порушень. За даними метаналізу підвищений ризик розвитку обструктивного апное сну корелює із позицією язика по Фрідману, яке можливо визначити під час отоларингологічного огляду. Вказані порушення є актуальними для дослідження, оскільки залишаються мало вивченими у дітей з метаболічним синдромом.

Мета: Визначити стан когнітивних функцій у дітей з метаболічним синдромом на фоні підвищеного ризику апное сну.

Матеріали та методи. Обстежено 33 дитини, віком від 10 до 17 років, які відібрані за критеріями МС і перебували у відділенні ревматології ДКБ №6. Всім дітям проводили загально-клінічні обстеження, отоларингологічний огляд з оцінкою позиції язика по Фрідману та визначення стану когнітивних функцій за допомогою Монреальської шкали, яка дозволяє визначити: увагу та концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, оптико-просторову діяльність, концептуальне мислення, рахунок та орієнтованість. Відсутність порушень встановлювали при отриманні результату 26 бали та вище. Статистичний аналіз проводили з використанням програми SPSS 22.0.

Результати. Обстежених дітей розділили на 2 групи. До першої групи увійшли 20 дітей, у яких під час отоларингологічного огляду встановлено 1 та 2 позиція язика, при якій добре візуалізується увула (язичок) та частково видно мигдалики. До другої групи увійшло 13 дітей, у яких встановлено 3 позицію, при якій частково візуалізується м'яке піднебіння та 4 позицію язика, при якій можливо оглянути тільки жорстке піднебіння. Положення язика 3 і 4 за даними літератури свідчить про високий ризик апное сну. При оцінці когнітивних функцій встановлено, що у 52% пацієнтів з метаболічним синдромом отриманий бал за Монреальською шкалою був менше 26. При цьому, в першій групі виявлено 35% дітей, тоді як у другій 76,9% ($p < 0,05$), що свідчить про більш виражені когнітивні порушення у пацієнтів з позицією 3 та 4 по Фрідману. Причому середній бал в першій групі становив $25 \pm 1,25$, проти $23 \pm 1,76$ в другій групі. Встановлено, негативний кореляційний зв'язок між позицією язика по Фрідману та результатами Монреальської шкали з $r = 0,32$ ($p < 0,05$), тобто із збільшенням змін у положення язика, збільшується ризик апное сну, що призводить до зменшення результатів Монреальської шкали та посилення когнітивних порушень.

Висновки. У дітей з метаболічним синдромом підвищується ризик розвитку апное сну, що призводить до когнітивних порушень та погіршує якість життя хворих.

ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГОСТРОГО ТОНЗИЛОФАРИНГІТУ НЕСТРЕПТОКОКОВІ ЕТІОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

**Горбатюк І.Б., Сажин С.І.
Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці**

Гострий тонзилофарингіт (ГТФ) у дітей є однією з найбільш частих причин звернення за медичною допомогою. Відомо, що більшість гострих запальних захворювань ротоглотки мають вірусну етіологію. Частка бактеріальних тонзилітів у дітей, в яких в якості основного бактеріального збудника виступає бета-гемолітичний стрептокок групи А (БГСА), невелика і не перевищує 20-30%. Однак, системну антибактеріальну терапію призначають 95% пацієнтів і, таким чином, в більшості випадків вона виявляється необґрунтованою. «Золотим стандартом» діагностики гострого тонзилофарингіту залишається культуральне дослідження матеріалу з піднебінних мигдаликів. Однак, недостатня доступність цього методу, його відносна складність, висока вартість і відстроченого отримання результату обмежують його застосування в рутинній практиці. Тому за доцільне вважалося знайти альтернативні методи дослідження етіологічного чинника для ранньої діагностики ГТФ.

Мета дослідження. Оцінити загальноклінічні показники гострого тонзилофарингіту у дітей для ранньої етіологічної діагностики та призначення раціонального лікування.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети обстежено 102 дитини з ознаками гострого тонзилофарингіту, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні крапельних інфекцій ОДКЛ м. Чернівці. Усім пацієнтам проведено клінічну оцінку симптомів за шкалою МакАйзека та культуральне дослідження матеріалу зі слизової оболонки мигдаликів. В залежності від отриманого результату бактеріального засіву сформовано II групи спостереження. До I клінічної групи увійшло 68 хворих із гострими тонзилофарингітами нестрептококової етіології, до II – 34 дитини з інфекцією, спричиненою БГСА («стрептоковий тонзилофарингіт»). За основними клінічними характеристиками групи хворих були співставимі.

Результати дослідження. Клінічний стан усіх дітей, які надходили до стаціонарного відділення із діагнозом ГТФ, оцінювали за орієнтовно-ймовірнісною шкалою МакАйзека, яка передбачала визначення наявності температури тіла більше 38°C, відсутності кашлю, наявності лімфаденіту, набряку мигдаликів та нашарування на них, вік молодше 15 років. Наявність кожної ознаки відповідала 1 балу. Лихоманка більше 38°C відмічалася майже у 1/2 пацієнтів I клінічної групи (44,1%) та у 70,6% представників II групи ($P < 0,05$). Відсутність кашлю реєструвалася у 64,7% хворих I групи та у 76,5% дітей групи порівняння ($P < 0,05$). Збільшення і болючість лімфатичних вузлів спостерігалися майже з однаковою частотою у обстежуваних дітей (73,1% (I група) і 84,8% (II група) ($P < 0,05$). Набряк та нашарування на мигдаликах також особливо не вирізнялися у пацієнтів I та II груп спостереження (відповідно 55,9% та 67,6%) ($P < 0,05$). Серед хворих на не стрептококовий ГТФ частка дітей віком менше 15 років складала 68,7%, у групі порівняння даний показник становив 87,8% ($P < 0,05$).

Таким чином, наведені дані дають підстави вважати, що при поступленні до стаціонару оцінка за шкалою МакАйзека дозволила виявити суттєві відмінності між ГТФ нестрептококової та стрептококової етіології лише за характером виразності лихоманки і кількості хворих молодше 15-річного віку, частка яких була більшою у II клінічній групі.

КОРЕКЦІЯ ДИЗЕНЕРГЕТИЧНИХ СТАНІВ У ЧАСТО ХВОРИЮЧИХ ДІТЕЙ НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

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

Сучасний рівень діяльності дітей супроводжується підвищеним розумовим, психологічним, емоційним перенавантаженням та зниженим рівнем фізичної активності, тому актуальним питанням сьогодення являється підвищення компенсаторно-адаптаційних можливостей організму. Особливо це стосується дітей з так званим енергодефіцитним станом. Порушення клітинної енергетики можуть не виявлятися самостійним захворюванням, однак позначаються на характері перебігу патології, особливо коморбідної. Такі діти частіше хворіють, страждають різною хронічною соматичною патологією, особливо на тлі синдрому недиференційованої сполучнотканинної дисплазії (СНСТД). У більшості таких дітей виявляється гіперсимпатикотонічна або асимпатикотонічна реактивність, що свідчить про перенапруження або виснаження адаптаційних механізмів. Тому загальноприйняте лікування недостатньо ефективне та вимагає специфічної "енерготропної" корекції.

При обстеженні 62 часто хворіючих дітей вком 3-16 років з СНСТД виявлено, що всі діти мали скарги головним чином «вегетативного» характеру: підвищена збудливість, емоційна лабільність, швидка стомлюваність, метеозалежність, порушення сну, поганий апетит, болі в животі тощо. Порушення механізмів вегетативної регуляції підтверджувались результатами дослідження функцій вегетативної нервової системи.

Найчастіше неврологічні розлади спостерігались у дітей, які мали в анамнезі ті чи інші несприятливі ситуації, що діяли раніше на організм дитини або діють на теперешній час. У 36,7% – це патологічний акушерський анамнез, у 6,7% – вроджена патологія (в основному ГП ЦНС, гідроцефалія), у 13,3% – обтяження спадковості дисметаболічною нефропатією та цукровим діабетом, у 10% – хронічні стресові ситуації в сім'ї. 10% дітей мали в анамнезі струс мозку легкого ступеня. У 30% дітей причин розвитку патології не встановлено.

З соматичної патології найчастіше виявлялись хронічний тонзиліт і фарингіт, аденотонзиліт, аденоїдні вегетації, аденоїдит, пансинусит, викривлення носової перетинки, одно- та двосторонній хронічний гайморит. У 100% дітей виявлено дисфункцію жовчевивідних шляхів. У частини дітей мали місце урат-, оксалат- або фосфатурія, дифузне збільшення щитоподібної залози, ожиріння, зниження артеріального тиску.

Наряду з призначенням лікувальних заходів щодо корекції порушень вегетативного статусу, дітям призначались препарати, які підвищували енергозабезпечення організму, зокрема: карнієль, коензим Q-10, препарати кальцію і магнію, АТФ-лонг, вітамін Е, полімікронутрієнтні комплекси та комбіновані препарати (кардонат), дія яких зумовлена синергічними ефектами компонентів, що входять до їх складу, а саме: L-карнітин, Лізин, Коензим вітаміну B1 (кокарбоксілаза), Коензим вітаміну B6 (піридоксаль-5-фосфат), Коензим вітаміну B12 (кобамамід).

На протязі 7 - 10 денної терапії у дітей поліпшувалося самопочуття, зникали скарги вегетативного характеру, підвищувалась якість життя. Діти виписувались з рекомендаціями подальшого застосування зазначених препаратів ще на протязі 3-4 тижнів по 2-3 курси на рік.

Отже, позитивна клінічна динаміка спостережуваних дітей вказує на доцільність застосування енерготропного лікування у дітей з проявами енергодефіциту, що дозволяє впливати одночасно на ряд принципів для даної категорії дітей патогенетичних механізмів, підвищуючи їх компенсаторно-адаптаційні можливості.

МЕТАБОЛІЧНІ І СОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Громнацька Н.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Вважають, що порушення вуглеводного обміну та розвиток інсулінорезистентності (ІР) є патогенетичним зв'язком між ожирінням, метаболічним синдромом, цукровим діабетом 2 типу та кардіоваскулярною патологією у дорослому віці, а поєднання окремих компонентів метаболічного синдрому можливе тільки за наявності ІР.

Мета дослідження. Визначити метаболічні і соматичні розлади у дітей з ІР.

Матеріали і методи. З 182 дітей і підлітків загальної вибірки, віком 9-18 років, яким було визначено вміст базального інсуліну та глюкози крові, підраховано індекси НОМА-ІР та глюкоза/інсулін, визначено ліпідний спектр крові (загальний холестерин, холестерин ліпопротеїдів дуже низької, низької та високої щільності, тригліцериди), лептин, виміряно офісний артеріальний тиск, проведено вивчення варіабельності серцевого ритму та УЗД серця, сформовано 2 групи. 1 група – діти з ІР – 56 (30,8%) і 2 група – 126 (69,2%) дітей з нормальною чутливістю до інсуліну. Не встановлено вікової та гендерної різниці між групами.

Результати. Індекс маси тіла (ІМТ) у дітей з ІР був більшим, ніж у дітей 2 групи ($p=0,011$) і складав 26,8 (21,4–28,7) кг/м² та 24,5 (19,4–26,3) кг/м² відповідно. Обвід талії (ОТ) [83,0 (75,0–90,0) см] на 9,2% та обвід стегон (ОС) [101,0 (92,5–107,0) см] на 8,0% у дітей 1 групи були більшими, ніж у дітей 2 групи ($p=0,003$ та $p=0,048$ відповідно). Закономірно, що показники вуглеводного метаболізму в дітей з ІР вірогідно перевищували параметри дітей з нормальною чутливістю до інсуліну: рівень базального інсуліну у 2,3 рази, базальний рівень глюкози на 13,0%, індекс НОМА-ІР в 2,6 рази ($p=0,001$) та співвідношення глюкоза/інсулін в 2,1 рази ($p=0,001$). Для ліпідного профілю дітей 1 групи характерна тенденція до підвищення рівня загального холестерину на 2,5% ($p=0,072$), при відсутності суттєвої різниці в холестерині ліпопротеїдів дуже низької, низької та високої щільності, тригліцеридів. У дітей з ІР концентрація лептину крові [16,05 (9,1–25,65) пмоль/мл] вірогідно у 1,8 рази перевищувала вміст лептину крові і спостерігався розвиток лептинорезистентності. Систолічний артеріальний тиск у дітей 1 групи [128,0 (120,0–140,0) мм рт. ст.] мав тенденцію до більших значень порівняно ($p=0,098$) з дітьми 2 групи [120,0 (118,0–136) мм рт. ст.], в той час, як показники діастолічного артеріального тиску не відрізнялися. Проте, частота діагностики артеріальної гіпертензії у дітей 1 групи на 33,8% була вищою, ніж у дітей 2 групи ($p=0,001$). За даними варіабельності серцевого ритму у фоновому записі дітям з ІР вірогідно притаманні на 17,7% вищі значення ЧСС, на 14,2% нижчі значення R-R min та на 9,1% показники R-R max, що вказує на зниження активності парасимпатичної та відносне й абсолютне підвищення активності симпатичної автономної нервової системи. Аналіз структурно-функціональних параметрів лівого шлуночка у дітей з ІР виявив вірогідно меншу фракцію вкорочення лівого шлуночка на 4,8% і більшу товщину міжшлуночкової перетинки на 18,5% ($p=0,039$ і $p=0,024$ відповідно), тенденцію до збільшення маси міокарда лівого шлуночка та співвідношення маси міокарда лівого шлуночка до зросту у ступені 2,7, тобто концентричне ремоделювання лівого шлуночка.

Висновки. Дітям з ІР притаманні основні ознаки метаболічного синдрому – вищі значення ІМТ, ОТ, ОС, частоти артеріальної гіпертензії, гіперлептинемії та лептинорезистентності на тлі зменшення активності парасимпатичної та підвищення активності симпатичної АНС і концентричне ремоделювання лівого шлуночка.

ПІДЛІТКОВА АГРЕСІЯ - МОЖЛИВІ ЧИННИКИ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ

Денисова М.Ф., Музика Н.М., Букулова Н.Ю.

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

Здоров'я дітей можна охарактеризувати як стан життєдіяльності, який відповідає біологічному віку дитини, гармонії функціонування систем організму і його взаємин з навколишнім середовищем, єдність психомоторних та інтелектуальних характеристик. З кожним роком зростає число неповнолітніх з агресивною поведінкою, що проявляється в асоціальних діях – порушення громадського порядку, хуліганство, вандалізм. Як серйозний фактор ризику здоров'я підлітків розглядаються зміни в структурі харчування. Нераціональне харчування, з точки зору сьогоденних реалій, може бути не тільки чинником формування у дітей анорексії і булімії, але й сприятливим підґрунтям агресивної поведінки.

Метою проведеного дослідження було пошук взаємозв'язків між агресивною поведінкою підлітків та можливими факторами її розвитку.

Матеріали та методи. Інформативною базою для проведення дослідження стала міжнародна програма EISPAC (European longitudinal study of parenthood and childhood - Європейське довгострокове спостереження за батьківством та дитинством, її український фрагмент «Сім'я і діти України». Дослідження проводилось на основі аналізу бази даних для двох окремо виділених груп (група підлітків, які мають прояви агресивної поведінки; група підлітків без проявів агресії). Була сформована релятивна база даних на 1075 підлітків 15-18 років.

Проаналізовано ряд показників харчової поведінки та виділені фактори ризику розвитку агресії.

Висновок. Виявлено достовірно значимі показники різниці харчової поведінки підлітків агресивної та неагресивної груп.

Так, підлітки агресивної групи, навіть отримавши відомості про порушення звичок харчування, не йшли до лікаря, або нехтували його порадами. Характерним для них було неконтрольоване вживання їжі, відмова від вживання м'яса птиці, риби, яєць, часті перекуси їжею «вуличного приготування», вживання енергетичних напоїв два або більше разів на тиждень. Серед вегетаріанців переважна більшість - це підлітки агресивної групи.

Підлітки неагресивної групи достовірно частіше мали правильний режим харчування – більшість з них не мали неконтрольованої тяги до їжі, тричі на день вживали гарячу їжу, не відмовлялися від вживання м'яса птиці, риби, яєць, ніколи або рідко користувалися їжею швидкого «вуличного приготування», рідко відвідували заклади «швидкої їжі».

СТАН СУБСПЕЦІАЛЬНОСТІ «ПЕДІАТРИЧНА РАДІОЛОГІЯ» В УКРАЇНІ

**Дикан І.М., Ялинська Т.А., Тарасюк Б.А., Вороньжев І.О., Андрущенко І.В.
ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України»
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України**

Демографічна ситуація в Україні на сучасному етапі ставить дуже чіткі і серйозні завдання перед акушерами, педіатрами, дитячими хірургами і фахівцями інших профілів задля своєчасного виявлення та лікування патології "плода-новонародженого-дитини". Завдяки прогресу цифрових технологій у медицині, які є наріжним каменем методів променевої діагностики (радіології) (УЗД, МРТ, КТ), дітям та підліткам встановлюється від 75 до 90% первинних діагнозів. Трансформація медицини в Україні вимагає від педіатрів чіткої уяви не лише про діагностичну цінність кожного методу променевого (радіологічного) обстеження та алгоритму їх застосування, але й про їх безпечність/неінвазивність для дитини. Головною професійною особливістю дитячого радіолога є те, що він стикається з патологією, яка практично не зустрічається у дорослих з різних причин (вроджена та спадкова патологія, коли пацієнти просто не доживають до підліткового і фертильного віку). Фундаментом для розвитку педіатричної радіології є наступне: державна політика, спрямована на підвищення народжуваності в країні; виходжування недоношених дітей (масою від 500 г), згідно з європейськими стандартами; наявність у протоколах лікування багатьох хвороб показань до проведення променевої діагностики; необхідність в кваліфікованих кадрах – дитячих радіологів, здатних вирішувати складні діагностичні завдання.

Ні у кого не виникає сумнівів, що спеціальність «педіатрична радіологія» існує та має розвиватися в Україні. Про те, у номенклатурі лікарських спеціальностей, затвердженої наказом МОЗ України №359 від 19.12.1997 р. (зі змінами, внесеними наказом МОЗ України від 21 лютого 2006 року N 76), представлено 27 спеціальностей, що відносяться до дитячих хвороб. Професійна діяльність в рамках 17-ти з них неможлива без висококваліфікованої променевої діагностики. Однак, спеціальність «педіатрична радіологія», відсутня.

Варто окреслити чинники, які перешкоджають розвитку повноцінній реалізації субспеціальності «педіатрична радіологія», а саме: відсутність базових кафедр, на яких може проводитися спеціалізація з дитячої радіології; відсутність перспективних планів підготовки фахівців і оцінки потреб в них на найближчі роки; невелика кількість вітчизняних наукових розробок, методичної та навчальної літератури з радіології пренатального, раннього неонатального періодів та дитячого віку.

В країні існує нагальна необхідність проводити заходи щодо підвищення мотивації випускників вищих медичних навчальних закладів до роботи у галузі педіатричної радіології.

Субспеціальність «педіатрична радіологія», як офіційно відсутня (але реально існуюча) в Україні знаходиться у кризовому, некерованому стані і вимагає реального оформлення як в організаційному плані, так і в плані кваліфікаційному. Це є велінням часу та прорідним процесом подальшої реформи медицини в нашій країні.

ІМУНОЛОГІЧНИЙ СТАН ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ У МАТЕРІВ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Єгоров О.О.

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

В зв'язку з можливістю реалізації репродуктивної функції у жінок після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки повстає питання про стан здоров'я дітей, які у них народилися.

Метою дослідження було вивчення імунологічного стану дітей першого року життя, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки.

Основну групу склали 40 дітей першого року життя, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки. До контрольної групи увійшли 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 IMMAGE (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 контрольної групи відзначався фізіологічний лімфоцитоз. Рівень CD3+ клітин відповідав нижній межі норми, кількість CD4+ клітин було домінуючими. Співвідношення між імунорегуляторними клітинами CD4+/CD8+ склало 1,28. 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.

Характеризуючи імунологічні параметри у дітей основної групи слід відзначити деяке наростання супресорних змін по відношенню до порівнюваних параметрів у дітей контрольної групи. Кількість лейкоцитів і лімфоцитів було $9,32 \pm 0,28$ і $54,4 \pm 2,47$ відповідно. Відзначено тенденцію до зниження числа CD3+ клітин і клітин хелперів з незначним збільшенням кількості CD8+ клітин. Зміст CD25 позитивних клітин збільшилася і склала $7,08 \pm 0,3$. Аналогічна закономірність відзначена за вмістом клітин природної цитотоксичності – CD16+. Параметри гуморальної ланки імунітету мали тенденцію до дисімуноглобулінемії, з недостовірним збільшенням числа В-лімфоцитів, концентрації циркулюючих імунних комплексів. Сукупність представлених даних свідчили про збільшення антигенного навантаження на імунну систему і, насамперед, інфекційного характеру, внаслідок чого відбувалося збільшення концентрації IgM в 1,3 рази в порівнянні з результатами, отриманими у дітей контрольної групи.

Таким чином, на підставі проведених досліджень, можна констатувати, що найбільш значні зміни в імунологічній характеристиці досліджуваних показників склалися у дітей першого року життя, які народилися у матерів після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки. У практиці неонатолога, педіатра серед таких дітей необхідно формувати групи ризику і своєчасно проводити профілактичні та лікувальні заходи.

МЕСТО ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ СЛАБИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ЗАПОРОМ

Жигаль Ю.В.

Донецкий национальный медицинский университет, г. Краматорск

Актуальность: В настоящее время широко распространенной жалобой на приеме педиатра, детского гастроэнтеролога и семейного врача является запор. Несмотря на проводимые разработки схем лечения функциональных запоров (ФЗ) для детей и подростков тема актуальна и обсуждаема. По данным исследований, которые проводились в педиатрической практике, около 9,5% детей предъявляют жалобы, подходящие под критерии ФЗ. Основной проблемой среди пациентов с данной патологией является задержка стула, а именно дефекация реже 3 раз в неделю. Основным в лечении данной патологии у подростков является назначение осмотических слабительных. Для лечения хронического запора рекомендовано использовать высокомолекулярные слабительные препараты (ВСП), которые в отличии от низкомолекулярных соединений, можно использовать продолжительное время. К ВСП относятся препараты лактулозы, лактитол и макрогол. По данным более 10 рандомизированных клинических исследований, которые посвящены изучению действия макрогола, он показал свое преимущество по сравнению с эффектом плацебо.

Цель: Оценить эффект действия слабительного препарата на основе с действующего вещества макрогол в комплексной терапии у подростков с ФЗ.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 26 детей, в возрасте от 15 до 17 лет. В группу включены 11 (42,3%) мальчиков и 15 (57,7%) девочек. Исследование проводилось на базе ДТМО г. Краматорска. Для постановки диагноза ФЗ использовали IV Римские критерии. В исследование не вошли пациенты с симптомами «красных флагов». Для наблюдения эффекта лечения и динамики состояния оценивались: частота дефекаций за 1 неделю; форма стула согласно Бристольской шкале кала; общее самочувствие и выраженность вздутия живота оценивалось по 10-сантиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Всем детям в лечении была назначена диета с преобладанием растительных волокон, интенсивный питьевой режим и рекомендована физическая активность. Препарат макрогола назначался в виде растворимого порошка в воде 1 раз в сутки, согласно инструкции.

Результаты: Перед началом терапии частота актов дефекации составила $1,62 \pm 0,13$ раза в неделю, эпизоды недержания кала не реже 1 раза в неделю отмечались всего у 4 (15,38%) пациентов, произвольная задержка дефекации выявлялась в анамнезе у 11 (42,3%)

детей, болезненная/затрудненная дефекация беспокоила 19 (73,1%) подростков, большой диаметр кала отмечали 15 (57,7%) подростков. Общее самочувствие по шкале ВАШ составило $4,05 \pm 0,24$ см; ощущение вздутия $2,47 \pm 0,17$ см. После введения препарата макрогола через две недели лечения частота дефекации составила $4,65 \pm 0,21$ раза в неделю, жалобы на недержание кала отсутствовали, произвольная задержка дефекации сохранялась у 3 (11,5%) пациентов, болезненная/затрудненная дефекация – у 3 (11,5%) больных, большой диаметр кала – у 2 (7,69%). Общее самочувствие по ВАШ повысилось до $7,07 \pm 0,3$ см, выраженность вздутия составила $2,3 \pm 0,28$ см. Слабительный эффект от приема препарата оценивался, как «умеренный», без выраженной диареи.

Выводы: На основании полученных результатов можно утверждать, препараты на основе действующего вещества макрогол оказывают умеренное слабительное действие и благоприятно влияют на самочувствие подростков с ФЗ, что улучшает качество их жизни в целом.

КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЯК ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ.

Іванова Л.А., Гарас М.Н.

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

Значний поліморфізм клінічних проявів інфекційного мононуклеозу, поліорганість враження, часто відсутність чітких клінічно-пара-клінічних критеріїв та відтермінованість у часі результатів доступних лабораторних тестів, а іноді і неможливість їх проведення, утруднюють діагностику захворювання на догоспітальному етапі та при надходженні до стаціонару.

З метою оптимізації діагностики та лікування інфекційного мононуклеозу у дітей шляхом вивчення сучасних особливостей перебігу та аналізу діагностичної цінності клінічних, інструментальних та лабораторних показників у верифікації захворювання на базі відділення крапельних інфекцій Обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці обстежено 65 дітей, хворих на інфекційний мононуклеоз. Першу клінічну групу сформували 42 дитини, заключний клінічний діагноз захворювання у яких верифіковано на підставі комплексу клінічно-гематологічних критеріїв, до другої клінічної групи порівняння увійшли 23 дитини, хворих на серологічно підтверджений інфекційний мононуклеоз. Середній вік хворих дітей склав 6,4 років, переважали хлопчики, більшість пацієнтів проживала у містах області та відвідували організовані колективи. Встановлено, що для переважної більшості хворих характерний раптовий початок захворювання з лихоманки, більшої за $38,5^{\circ}\text{C}$. Водночас значення лихоманки на догоспітальному етапі, що перевищували $37,5^{\circ}\text{C}$, фіксувалися у 80% дітей. Найчастішим клінічним синдромом виявилася лімфаденопатія, яка фіксувалася у 91% обстежених дітей, що, ймовірно, обумовлена лімфотропністю вірусу. Дещо більшою виявилася частка дітей з лімфаденопатією серед представників II клінічної групи. При клінічному обстеженні у 58% хворих дітей виявлена гепатомегалія. Збільшення розміру печінки встановлено у 50% дітей I клінічної групи та 66% хворих із серологічно верифікованим захворюванням. Встановлено, що лейкоцитоз $9,0$ Г/л і більше спостерігався у 80% обстежених дітей, зокрема, у 78% представників I клінічної групи та у 83% пацієнтів із серологічно верифікованим інфекційним мононуклеозом. У 62% обстежених дітей рівень лейкоцитозу не перевищував $16,0$ Г/л. Попри вірогідно вищий відносний вміст атипичних мононуклеарів у дітей з клінічно встановленим діагнозом, частка дітей з відносним вмістом клітин-віроцитів більше 10% виявилася вірогідно більшою серед пацієнтів із серологічно верифікованим інфекційним мононуклеозом. При визначенні діагностичної цінності клінічно-інструментальних показників у верифікації інфекційного мононуклеозу встановлено, що вони характеризуються виникненням хибнонегативних чи хибнопозитивних результатів. Серед показників ризику інфекційного мононуклеозу достатньою інформативністю володіє відносний вміст атипичних мононуклеарів більше 10%.

Таким чином, для хворих на інфекційний мононуклеоз дітей характерні клінічні особливості, зокрема, раптовий початок захворювання з лихоманки вищою за $37,5^{\circ}\text{C}$, наявність ексудативного тонзиліту, підщелепної та шийної лімфаденопатії, утрудненого носового дихання та гугнявості голосу. Типовими лабораторними критеріями інфекційного мононуклеозу ЕБВ етіології верифіковано лейкоцитоз та відносний вміст атипичних мононуклеарів у периферійній крові більше 10%. У підтвердженні інфекційного мононуклеозу ЕБВ етіології явища ексудативного тонзиліту, лімфаденопатії та наявність атипичних мононуклеарів в периферійній крові виявилися високоспецифічними (90%, 95% та 78% відповідно), проте із значною часткою хибнонегативних результатів.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРОКСИСОМНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЗІ СПЕКТРУ СИНДРОМУ ЦЕЛЬВЕГЕРА

Кирилова Л.Г., Мірошников О.О.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України»

Колектив відділення психоневрології для дітей з перинатальною патологією та орфаними захворюваннями ДУ «ІПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України» більше 10 років працює над проблемами діагностики рідкісних генетичних захворювань. Розвиток сучасних методів молекулярно-генетичної діагностики дозволяє ідентифікувати орфанні захворювання, які раніше майже не діаг-

ностувалися у нашій державі. У даній публікації наводимо опис клінічного випадку дитини з встановленим діагнозом пероксисомного захворювання.

Пероксисомні захворювання (ПЗ) – група рідкісних спадкових захворювань, що характеризується пошкодженням або зменшенням кількості пероксисом у клітинах людини. Патогенетичні механізми ПЗ пов'язані з порушенням синтезу плазмалогенів, окислення жирних кислот з дуже довгими ланцюгами та фітанової кислоти, а також дегідратації піпеколінової кислоти. Виділяють три основні форми ПЗ: гепатоцереброренальний синдром Цельвегера, неонатальна адренолейкодистрофія та інфантильна хвороба Рефсума. Дані захворювання об'єднуються у групу пероксисомних біогенних розладів або розладів спектру синдрому Цельвегера. ПЗ виникають в наслідок мутацій у генах PEX1 (70% випадків) PEX6, PEX10, PEX12 або PEX26 (26% випадків).

Дівчинка 4 р. 5 м. поступила до відділення зі скаргами на прогресуючий регрес стато-кінетичних та психо-мовних навичок, генералізовані тоніко-клонічні та міоклонічні епілептичні напади, поперхування при годуванні.

Дитина народилась недоношеною на 31 тиж. з масою тіла 1450 г. Спостерігалась у невролога з народження з приводу гідроцефального синдрому, затримки стато-кінетичного розвитку, проте у 2 р. могла самостійно сидіти, стояти біля опори. У 1,5 р. відмічалось підвищення рівня трансаміназ до 5 норм. З 3,5 р. на фоні перенесеного інфекційного захворювання почався прогресуючий регрес навичок – втрата здатності сидіти та стояти на фоні зниження м'язового тону, втрата мови та зорового контакту, згодом поступове наростання тону у кінцівках з формуванням спастичного тетрапарезу, поява поперхувань при ковтанні. Відмічалась часткова атрофія зорових нервів та втрата слуху. За даними МРТ головного мозку виявлено дифузне ураження білої речовини (лейкодистрофія). За даними електронейроміографії – ознаки демієлінізуючої полінейропатії. Було послідовно виключено хвороби Канавана, Краббе, метакроматичну лейкодистрофію, нейрональний цероїдний ліпофусциноз та мітохондріальні захворювання.

Дитині було проведено молекулярно-генетичну діагностику на панель «Метаболічні захворювання», яке виявило мутацію c.292C>T (p.Arg98Trp) гену PEX26 у гомозиготному стані. Дана мутація є описаною у літературі та пов'язана з розвитком пероксисомного захворювання типу 7B, що поєднує симптоми неонатальної адренолейкодистрофії та інфантильної форми хвороби Рефсума. Клінічні прояви захворювання включають регрес розвитку, гіпотонію, ураження білої речовини головного мозку (лейкодистрофію), наднирників, печінки, втрату слуху та зору.

Після встановлення діагнозу дитині було проведено корекцію лікування – призначено дієту з обмеженням рівня фітанової кислоти та жирних кислот з дуже довгими ланцюгами, прийом урсодезоксихолевої та докозагексаєнової кислот.

ІМУНОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФЕНОТИПУ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Колоскова О.К., Буринюк-Глов'як Х.П., Гарас М.Н.
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета роботи: дослідити особливості імунограми периферичної крові у хворих на тяжку форму бронхіальної астми школярів для підвищення ефективності контролюючої терапії захворювання.

Матеріал і методи. Нами методом простої випадкової вибірки на базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 60 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА). Залежно від тяжкості персистування астми сформовано дві клінічні групи спостереження. Першу (I) клінічну групу склали 30 дітей із фенотипом тяжкої БА, до другої (II) клінічної групи контролю увійшло 30 дітей із фенотипом середньо-тяжкої БА. За основними клінічними характеристиками групи не відрізнялися. Шкірну чутливість негайного типу до стандартних небактеріальних алергенів із вмістом 10000 PNU в 1 мл (виробництво ТОВ „Імунолог“, м. Вінниця, Україна) визначали методом внутрішньо-шкірних прік-тестів. Оцінку вмісту у крові ІЛ-4, ІЛ-8 (пг/мл) за допомогою реагентів „ІЛ-4-ИФА-Бест“ та „ІЛ-8-ИФА-Бест“ ЗАО „Вектор-Бест“ (РФ) та ІЛ-5 (пг/мл) виробництва компанії „Diacclone“ (Франція) здійснювали методом ІФА

Результати і обговорення. Порівняльний аналіз рівня окремих (ІЛ-4, 5, 8) цитокінів у сироватці школярів із тяжким та середньо-тяжким перебігом БА не виявив вірогідних відмінностей, проте відмічено чітку тенденцію до підвищення їх концентрації у пацієнтів I групи. Так, середня концентрація ІЛ-4 у сироватці крові дітей I клінічної групи становила $10,6 \pm 2,1$ пг/мл, а у осіб II групи – $7,2 \pm 2,5$ пг/мл ($P > 0,05$). Середній вміст інтерлейкіну 5 у клінічних групах складав $35,8 \pm 5,7$ пг/мл та $8,6 \pm 4,3$ пг/мл ($P < 0,001$) відповідно. Попри відсутність достовірних відмінностей концентрації даних цитокінів у сироватці крові обстежених дітей, практично у кожного третього хворого на тяжку БА (36,4%) реєструвався значно підвищений вміст ІЛ-4 (більше 10,0 пг/мл), тоді як у обстежених другої групи – лише у 15,5% випадків ($P < 0,05$).

Концентрація IgE, як основного маркера atopії, що перевищувала 883,0 МО/мл, реєструвалась у 43,5% дітей з тяжкою астмою та лише у 33,3% випадків у II групі порівняння ($P < 0,05$). Водночас, у групі пацієнтів із тяжкою БА вірогідно частіше траплялись випадки підвищеної чутливості шкіри до побутових алергенів відносно II групи. Так, розмір гіперемії $> 15,0$ мм реєструвався у 81,5% дітей I групи та тільки у 51,9% осіб II групи ($P < 0,05$). Значно вища чутливість шкіри до стандартних аероалергенів дітей із тяжкою астмою співпадає

із думкою деяких науковців, які вважають провідним механізмом розвитку даного фенотипу БА – atopічний. Частково це підтверджувало переважаюче коморбідного перебігу БА із іншою алергічною патологією у представників I групи (співвідношення шансів – 2,7).

Висновок. Отримані результати дозволяють дійти висновку, що одним з патогенетичних механізмів фенотипу тяжкої бронхіальної астми у дітей шкільного віку є atopічний, що вимагає посилення базисної терапії з використанням глюкокортикостероїдних препаратів

ОСОБЛИВОСТІ БАЗИСНОГО ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗА ЕОЗИНОФІЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ ЗАПАЛЕННЯ

Колоскова О.К., Лобанова Т.О., Ортеменка Є.П.
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета роботи. Для оптимізації персоналізації лікування бронхіальної астми у дітей провести аналіз ефективності складу базисної протирецидивної терапії у хворих із еозинофільним характером запалення дихальних шляхів.

Матеріал і методи. В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці методом простої випадкової вибірки обстежено 94 дитини шкільного віку, які хворіють на персистувальну бронхіальну астму (БА). На підставі результатів цитологічного дослідження мокротиння сформовано дві клінічні групи спостереження. Еозинофільний характер запалення ДШ визначали за наявності в індукованому інгаляціями гіпертонічних (3%,5%,7%) розчинів натрію хлориду 3% та більше еозинофільних гранулоцитів, а нееозинофільний/нейтрофільний варіант запальної відповіді бронхів визначали за відсутності або мінімальної кількості (1-2%) еозинофілів в бронхіальному секреті пацієнтів. Першу (I) клінічну групу склали 38 (40,4%) пацієнтів із нееозинофільним (нейтрофільним) характером запалення бронхів, який асоціює з нееозинофільним/нейтрофільним фенотипом БА (НБА). До другої (II) групи порівняння увійшло 56 дітей (59,6%) із еозинофільним характером запалення ДШ, який асоціює з еозинофільним астма-фенотипом (ЕоБА).

За основними клінічними ознаками групи порівняння були зіставленими. Оцінена клінічна ефективність наступних варіантів базисної протирецидивної терапії, що тривала щонайменше три місяці: монотерапії інгаляційними глюкокортикостероїдами (ІГКС), а також базисного лікування ІГКС у поєднанні з пролонгованими β_2 -агоністами (ПБА). Базисна протизапальна терапія призначалася відповідно ступеня тяжкості БА. Ефективність контролю перебігу БА оцінювали шляхом анкетування та бальної оцінки симптомів на початку і наприкінці призначеного курсу протизапальної терапії. При цьому, зниження суми балів у процесі лікування свідчило про його ефективність, а підвищення – про погіршення контролю захворювання. Ефективність проведеного лікування оцінювали з урахуванням збільшення абсолютного (ЗАР) та відносного (ЗВР) ризиків контрольованості бронхіальної астми з урахуванням мінімальної кількості хворих (МКХ), котрих слід пролікувати даним методом для отримання одного позитивного результату.

Результати і обговорення. У роботі показано, що при ЕоБА найкращий позитивний ефект отримано при тривалій терапії ІГКС, а при нейтрофільному характері запалення ДШ такий варіант лікувальної тактики найменше впливав на контроль захворювання. Натомість, комбінована протизапальна терапія значно підвищувала ефективність контролю за НБА. Показники ризику кращого контролю БА наприкінці 3-місячного курсу лікування з використанням монотерапії ІГКС хворим на ЕоБА становили: зростання відносного ризику – 69,3% (проти 38,4% при НБА), зростання абсолютного ризику – 56,5% (проти 19,2% при НБА), при МКХ=2. Комбінована протизапальна терапія НБА характеризувалася наступними показниками: ЗВР – 63,8 (проти 33,2% при ЕоБА), ЗАР – 53,8% (проти 18,1% при ЕоБА), МКХ=2 (проти 6 при ЕоБА). Показники ризику досягнення контролю сягали: для монотерапії ІГКС у хворих на ЕоБА порівняно до НБА – співвідношення шансів – 13,0 (95%ДІ 4,9-34,5), а для комбінованої терапії ІГКС+ПБА у хворих на НБА поівняно до ЕоБА – 12,4 (1,8-83,8).

Висновок. Отримані результати свідчать про те, що препаратами вибору при лікуванні еозинофільного астма-фенотипу слід визнати інгаляційні глюкокортикостероїди, основним механізмом дії котрих є зменшення пулу еозинофільних гранулоцитів бронхів завдяки прискоренню їх запрограмованої гибелі (апоптозу). Всупереч тому, що глюкокортикостероїди здатні продовжувати життєвий цикл нейтрофільних лейкоцитів у бронхах, комбінація ІГКС із пролонгованими β_2 -агоністами виявилася досить ефективною при нееозинофільній БА.

ШВИДКОДОПОМІЖНА ТЕРАПІЯ НАПАДІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Колоскова О.К., Шевченко Н.О., Тарнавська С.І.
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета роботи: з урахуванням швидкості ацетиляторних процесів організму дослідити особливості швидкодопоміжної терапії нападів бронхіальної астми у школярів для підвищення ефективності лікування захворювання.

Матеріал і методи. В умовах пульмоалергологічного відділення КМУ ОДКЛ (м. Чернівці) у позанападному періоді обстежено 67 школярів, хворих на персистуючу бронхіальну астму (БА). Усім дітям визначали ацетиляторний фенотип за швидкістю ацетилювання сульфадимезину (за методикою Пребстинг-Гаврилова). Згідно результатів дітей розподіляли на дві клінічні групи: до I групи увійшли 37 хворих із повільним ацетиляторним фенотипом (ПАФ), а решта дітей увійшли до складу II групи зі швидкими темпами ацетилювання (ШАФ). За основними характеристиками групи були співставлювані. Ретроспективно у групах порівняння вивчали ефективність швидкодопоміжної (дезобструктивної) терапії нападів. Отримані результати оцінювали з позицій біостатистики та клінічної епідеміології.

Результати і обговорення. Аналіз отриманих результатів показав, що серед пацієнтів I клінічної групи в 7,9% дітей виявили легку форму БА, 42,9% мали середньоважкий перебіг захворювання та в 49,2% випадках зустрічалася важка форма астми. У дітей II клінічної групи розподіл форм важкості астми виявив слідуєчі результати: 13% – легка форма астми ($P>0,05$), 52,2% – середньоважкий перебіг ($P>0,05$) та 34,8% – тяжкий перебіг БА ($P>0,05$). У складі медикаментозного лікування нападів БА системні ГКС отримували $42,3\pm 5,6\%$ дітей I та $25,6\pm 4,8\%$ хворих II клінічної групи ($P<0,05$). За частотою використання інгаляційних глюкокортикостероїдів, β_2 -агоністів швидкої і короткої дії вірогідних відмінностей у групах порівняння не встановлено. Порівняльний аналіз ефективності на 3-ю добу госпіталізації комбінованої терапії β_2 -агоністів швидкої і короткої дії з інгаляційними або системними ГКС по відношенню до монотерапії β_2 -агоністами пацієнтів з ПАФ БА показав зниження абсолютного ризику тяжкого бронхообструктивного синдрому на 12,4% та 24,0% відповідно, зниження відносного ризику – на 33,3 (95%ДІ 4,7-43,0)% та 43,3(95%ДІ 7,6-76,1)% відповідно при мінімальній кількості хворих – 8,0 та 4,1.

Висновок. Отримані дані демонструють тенденцію до переважання важких форм БА у дітей з меншою активністю N-ацетилтрансферази та підвищення частки пацієнтів з легким перебігом астми серед дітей з більш високою активністю даного ферменту. Водночас, комбінована дезобструктивна терапія з використанням β_2 -агоністів швидкої і короткої дії з системними ГКС у таких хворих дозволяє отримати кращий клінічний ефект порівняно до монотерапії β_2 -агоністами.

ВПЛИВ ЗАБРУДНЕННЯ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА НА ПОКАЗНИКИ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА НЕОНАТАЛЬНИЙ СЕПСИС

Колюбакіна Л.В., Власова О.В.

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

Проблема несприятливого впливу факторів навколишнього середовища на стан здоров'я населення з кожним роком набуває все більшої актуальності і активно розробляється провідними фахівцями у цілому світі. Багато порушень здоров'я дитини формуються вже у перинатальний період та пов'язані переважно з перебігом вагітності, впливом материнського організму на плід в умовах забрудненого навколишнього середовища.

Метою дослідження було визначення показників гуморального імунітету у дітей хворих на неонатальний сепсис.

Матеріали та методи. Обстежено 260 новонароджених, хворих на неонатальний сепсис за різних умов екологічного забруднення місць проживання їх батьків. Новонароджені були розділені на дві групи: I група дітей (141) від батьків, які постійно проживали в умовно забруднених місцях; II група (119) – новонароджені, батьки яких проживали в умовно чистих місцях.

Результати. Серед хворих на неонатальний сепсис, була більша частина передчасно народжених дітей, які проживали в умовно забруднених місцях. Хворі на неонатальний сепсис, батьки яких проживали в умовно забруднених місцях міста мали достовірно нижчі показники рівнів імуноглобулінів в сироватці крові, ніж діти, батьки яких проживали в сільській місцевості. А саме, рівень IgA в сироватці крові у новонароджених I групи становив $1,53\pm 0,13$ г/л проти $1,89\pm 0,12$ г/л ($p<0,05$) групи порівняння. Рівень IgG в сироватці крові у новонароджених, батьки яких проживали в умовно забруднених місцях становив $7,68\pm 0,5$ г/л проти $9,72\pm 0,47$ г/л ($p<0,05$) групи порівняння. Зниження вмісту IgM становило в I групі $0,74\pm 0,04$ г/л проти $1,06\pm 0,07$ г/л ($p<0,05$) в II групі.

Висновок. Встановлено, що рівень імуноглобулінів А, М, Gв сироватці крові у групі дітей, батьки яких проживали в місцях умовно забруднення достовірно нижчий, ніж у новонароджених, батьки, яких проживали в умовно чистих зонах.

ВАРІАНТИ ПЕРЕБІГУ ЮВЕНІЛЬНОГО ІДІОПАТИЧНОГО АРТРИТУ У ДІТЕЙ ДОНЕЦЬКОГО РЕГІОНУ

**^{1,2}Конюшевська А.А., ^{1,2}Вайзер Н.В., ^{1,2}Сидоренко Н.В., ¹Пастернак Д.В., ²Таран І.Д.
¹Донецький національний медичний університет,
²Маріупольське територіальне медичне об'єднання «Здоров'я дитини та жінки»,
м. Маріуполь**

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) – найпоширеніша хронічна артропатія у дітей, розвивається у віці до 16 років, має важкий прогресуючий перебіг і, як правило, несприятливий прогноз. Складності в діагностиці та виборі правильної тактики лікування зумовлені різноманіттям клінічних проявів ЮІА. Тому знання питань клінічного поліморфізму дебюту і перебігу захворювання дозволять швидше і точніше ідентифікувати хворобу та своєчасно призначити адекватну терапію.

У досліджуваній групі дітей з ЮІА суглобовий синдром характеризувався різноманіттям проявів: від тимчасових артралгій до важких деформацій суглобів. Найчастіше в запальний процес залучалися колінні суглоби (90%), гомілковостопні (66%) та променезап'ясткові суглоби (39%). Залучення скронєво-щелепних суглобів виявлено у 6 хворих з 61 з поліартикулярним варіантом захворювання. Болі в шийному відділі хребта були у 20 хворих з 61 (33%), в т.ч. у 7 хворих з системним варіантом і у 13 хворих з поліартикулярним варіантом захворювання. Болі в попереково-крижовому відділі хребта відзначалися у всіх дітей з ентезіт-асоційованим варіантом хвороби. Болі в кульшових суглобах частіше були при рецидивах захворювання, зустрічалися у 18 хворих з 61 (30%). Ураження кульшових суглобів або шийного відділу хребта свідчить про тяжкий перебіг ЮІА, про виникнення і подальший розвиток генералізованого артрити або системної форми захворювання.

У патологічний процес при ЮІА нерідко залучаються очі. Пізня діагностика увеїту, неконтрольований його перебіг призводять до розвитку ускладнень, зниження гостроти зору аж до сліпоти. У 12 хворих з 61 ЮІА перебігав з ураженням очей. Серед пацієнтів з ревматоїдним увеїтом переважали діти дошкільного віку з суглобовою формою захворювання.

У патологічний процес при ЮІА можуть залучатися всі органи і системи. Це найбільш виражено при системному варіанті, що обумовлює важкий перебіг цього варіанту хвороби. У всіх хворих з системним варіантом (7 хворих – 100%) відзначалася лихоманка, генералізована лімфаденопатія, гепатомегалія і спленомегалія, серозити різного ступеня вираженості; у 4 хворих був перикардит, у 1 – міокардит, 1 – гепатит, 1 – інфаркт селезінки, 1 – альвеоліт. Діти з системним варіантом ЮІА – це діти з високою (3 ступень) активністю захворювання, 2 класом функціональних порушень суглобів в дебюті захворювання.

В умовах екологічно несприятливого промислового Донецького регіону ЮІА протікав важко. Так, $\frac{2}{3}$ хворих мали 2-3 ступінь активності процесу, у $\frac{1}{4}$ хворих виявлено 2-3 рентгенологічна стадія, $\frac{2}{3}$ хворих мали 2 клас функціональних порушень. Майже у половини хворих виявлено поліартикулярний варіант захворювання, який є важким і прогностично несприятливим. Більше половини дітей потребували призначення біологічної терапії в зв'язку з наявністю у них несприятливих прогностичних факторів перебігу хвороби, таких як висока активність процесу і недостатня ефективність терапії протягом 6 місяців, значні активні системні прояви більш 6 місяців, прогресуючий перебіг увеїту, ураження кульшових суглобів або шийного відділу хребта, наявність ерозій, звуження суглобової щілини, прогресуючі зміни при рентгенологічному дослідженні.

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ЗАКОРДОННИХ СТАЖУВАНЬ В УКРАЇНСЬКУ МЕДИЧНУ ОСВІТУ

Корнійко Є.Ю.

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

Через стрімкий розвиток біомедичної науки медична професія вимагає постійного набуття лікарем нових знань та вдосконалення ним власних професійних навичок. Однією з найбільш ефективних рушійних сил для цього слугують міжнародні стажування, а саме перейняття досвіду іноземних колег на будь-якому з етапів становлення професіонала. Стажування можуть бути різної тривалості, сенсового наповнення (викладацькі, дослідницькі, клінічні, освітні тощо). Як правило, більшість закордонних, зокрема європейських медичних університетів в якості бази мають одну або кілька університетських клінік, де можна поєднувати різні види діяльності, вказані вище. Питання будь-якої закордонної поїздки упирається у фінансові питання, проте на сьогодні існує велика кількість можливостей для отримання здобувачем гранту. Джерела фінансування варіюють, при цьому починаючи від державних урядових програм, грантів різноманітних приватних організацій, закінчуючи локальними університетськими. Найпопулярніша програма, що надає гранти на стажування в Європі – програма Євросоюзу під назвою Erasmus. Насамперед,

вона є проявом однієї з найбільших переваг Болонської системи, а саме кредитної мобільності. Як відомо, Болонська система передбачає собою здобуття певної кількості кредитів студентом за кожен предмет. Термін «кредитна мобільність» передбачає можливість здобуття студентом рівня bachelor, master, PhD кредитів не лише в Alma Mater, але й в будь-якому іншому освітньому закладі, де діє Болонська система. До прикладу, кожного року Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, в числі інших українських університетів, здобуває можливість співпраці з певними, визначеними програмою освітніми закладами, а отже і на кредитну мобільність для своїх студентів та співробітників (як академічного, так і загального профілю). Гранти на стажування також можуть надаватися на локальному рівні, університетом. Зокрема, Корейський інститут науки та технологій, Сеул, Корея, забезпечує міжнародних студентів 6-місячним стажуванням в одній із запропонованих лабораторій із покриттям проживання, страхування та із виплатою стипендій. Прикладом короткострокового стажування може слугувати програма ISCOMS research fellowship Гронінгенського університетського медичного центру, Гронінген, Нідерланди, яка триває 2 тижні та передбачає виконання малого наукового проекту. Важливо відмітити, що шанси будь-якого грантового пошукача збільшуються, якщо існує пряма співпраця університетів або інститутів із його Alma Mater. Таким чином, встановлення та розвиток міжнародних зв'язків університету є не лише питанням престижу, але й, що набагато важливіше, потенційним внеском у майбутнє української медицини та науки через розвиток медичних кадрів.

Отже, питання заохочення людей біомедичних спеціальностей в Україні на будь-якому етапі їх кар'єри є дуже важливим, адже культура обміну знаннями через закордонні стажування, яка вже дуже широко розповсюджена зокрема в Європі, сприятиме більш стрімкому розвитку української науки та медицини.

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ АЦЕТОНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ДОШКІЛЬНЯТ

Кочерга З.Р., Котів І.В.

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

Серед дитячого населення достатньо часто доводиться зустрічатися з перехідними станами між здоров'ям і хворобою, до яких відноситься ацетонемічний синдром (АС). За даними літератури, частота АС у дітей першого року життя збільшилася в 2,5 раза, число дітей з явищами первинного АС зросло в 2,1 раза, частота вторинного АС збільшилася в 4,8 рази. Синдром циклічного ацетонемічного блювання (СЦАБ)-симптомокомплекс, що спостерігається, в основному, у дітей дошкільного віку і молодшого шкільного віку, який проявляється періодичними нападами невпинного блювання з запахом ацетону у видихуваному повітрі і вираженою кетонемією і кетонурією, що чергуються з періодами повного благополуччя. Останнім часом цікавість до ацетонемічного синдрому значно зросла, що пов'язано з тенденцією до підвищення його частоти і ускладнень у вигляді кризів. Лікарів хвилюють питання стратегії профілактичних заходів, направлених на попередження рецидивів ацетонемічного синдрому та підвищення якості життя пацієнтів. Наслідки ацетонемічного синдрому зустрічаються не тільки в дитячому віці, але й в наступні періоди життя у вигляді ранніх дебютів серцево-судинних захворювань та порушень обміну речовини, тому своєчасна профілактика покращує не тільки прогноз захворювання, але й якість життя в цілому.

Метою нашої роботи стало вивчення особливостей перебігу АС у дошкільнят. Було проведено аналіз 54 медичних карт стаціонарних хворих віком від 3 до 6 років, які перебували на лікуванні з приводу соматичної патології і супутнім АС. Із них хлопчиків було 34 (62,9%), дівчаток – 20 (37,1%). У 25 дітей (46,2%) АС був повторний. У більшості дітей було виявлено диспанкреатизм (38 дитини, 70,3%), дисфункцію біліарного тракту – у 25 (46,2%), гастродуоденіт – у 5 (9,2%), рефлюксну хворобу – у 8 (14,89%), гельмінтоз – у 29 (53,7%). У значної частини дітей (42,5%) в анамнезі встановлено погіршеності в дієті напередодні появи диспепсичних розладів. Оцінка спадкового анамнезу вказує на наявність хронічної патології у батьків обстежених дітей у 57,4% випадків, а саме жовче-кам'яна та сечокам'яна хвороби, шкірні алергічні прояви. Оцінка клінічного перебігу АС показала, що у більшій частині дітей (64,8%) АС дебютував загальною в'ялістю та втратою цікавості до оточуючих предметів без диспепсичних проявів. І тільки через деякий час (від 5 годин до доби) появлялись блювота та кетонурія. Аналіз фізичного розвитку дітей з АС показав, що у третини дітей фізичний розвиток низький та нижчий середнього по масі тіла. Аналіз показників гемограми показав, що у 38,8% випадків спостерігались запальні зміни – лейкоцитоз (33,3%), зсув лейкоцитарної формули вліво (25,9%). А також виявлялась еозинофілія (37,1%). За даними біохімічного аналізу крові у частини дітей (29,6%) виявлялась гіпоглікемія. Аналіз тривалості лікування залежно від віку дітей виявив зростання тривалості лікування із збільшенням віку. Середня тривалість лікування дітей віком 4-6 років становила 7,8+1,2 днів.

Таким чином, результати дослідження показують, що основними симптомами, які можуть вказувати на можливість розвитку АС у дітей можна вважати загальну в'ялість, втрату інтересу до оточуючих предметів, а в подальшому – диспепсичні розлади з кетонурією. Проведений аналіз факторів виникнення АС свідчить про різноманітність фонових патологій на тлі якої він виникає, що диктує необхідність проведення детальної диференційної діагностики.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ БІОМАРКЕРІВ УРАЖЕННЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМУ СЕПСИСІ

Крецу Н.М.

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

Актуальність. Сьогодні під сепсисом розуміють клінічний синдром, який супроводжується розвитком системної запальної відповіді, бактеріємією та призводить до розвитку поліорганної недостатності у дітей. За даними провідних світових джерел, смертність від сепсису може перевищувати 50% серед новонароджених, які не отримали своєчасного адекватного лікування і до 13-15% серед всіх померлих немовлят. Кардіоваскулярна система є найбільш важливою системою, яка вражається при неонатальному сепсисі. Це підтверджено як клінічними, так і фундаментальними дослідженнями.

Мета роботи: визначення діагностичної цінності біомаркерів ураження кардіоваскулярної системи у новонароджених з сепсисом.

Матеріал і методи: Для реалізації поставленої мети під нашим спостереженням на базі КМУ «Обласна дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці знаходились 52 новонароджених. До I групи (48,1%) увійшли немовлята з ознаками септичного процесу, а до II – новонароджені групи порівняння з проявами гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС та гіпербілірубінемії та без ознак сепсису (51,9%). За статтю обстежені групи розподілились наступним чином: у I групі частка хлопчиків складала 60%, а дівчаток – 40%; у II групі відповідно: 63% хлопчиків та 37% дівчаток ($p > 0,05$).

Результати та обговорення. Аналіз термінів гестації показав, що частка доношених новонароджених у I групі становила 36%, а недоношених немовлят було 64%, відповідно у II групі – 85,1% доношених та 14,9% передчасно народжених дітей. Середні показники маси тіла при народженні у I групі становили $1896,7 \pm 163,04$ г, в групі порівняння – $2721,1 \pm 143,59$ г. Аналіз анамнестичних даних показав, що 64% матерів I групи проживали у сільській місцевості, а у II групі – 48%. Оцінюючі такі біохімічні маркери ураження серцево-судинної системи як аспартатамінотрансфераза (АСТ), креатинінфосфокіназа – МВ (КФК-МВ) та лактатдегідрогеназа (ЛДГ), які згідно літературних даних вважаються кардіоспецифічними, виявлено наступне: у I групі АСТ становив $49,32 \pm 7,64$ (95%ДІ=33,56-65,07) Од/л, КФК-МВ – $71,44 \pm 7,42$ (95%ДІ=56,12-86,76) Од/л, ЛДГ – $317,47 \pm 34,02$ (95%ДІ=247,26-387,69) Од/л, відповідно у II групі дані показники становили: АСТ – $48,78 \pm 4,15$ (95%ДІ=40,26-57,30) Од/л, КФК-МВ – $67,94 \pm 4,83$ (95%ДІ=58,02-77,86) Од/л, ЛДГ – $210,09 \pm 21,36$ (95%ДІ=166,17-254,01) Од/л. Проведена оцінка діагностичної цінності вищенаведених біохімічних маркерів дають підстави вважати, що рівень АСТ > 50 Од/л та ЛДГ > 300 Од/л володіють специфічністю 81,5% та 81%, а показник чутливості для КФК-МВ > 60 Од/л у верифікації ураження серцево-судинної системи при неонатальному сепсисі становить 72%. Також виявлено, що при рівні ЛДГ > 300 Од/л шанси ушкодження кардіоваскулярної системи у новонароджених з сепсисом достовірно зростають у 3,3 рази (СШ = 3,35 (95%ДІ=1,77-6,33)).

Висновки. Отже, отримані дані дають підстави вважати, що проаналізовані вище біохімічні маркери не можуть бути самостійно використані для верифікації ураження серцево-судинної системи у новонароджених з сепсисом, оскільки не володіють достатньою діагностичною цінністю.

ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ У ДІТЕЙ

Крючко Т.О., Бубир Л.М., Несіна І.М., Ткаченко О.Я., Пода О.А.
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Однією з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я серед багатьох країн світу залишається проблема харчової гіперчутливості у дитячому віці. З кожним роком спостерігається збільшення частоти небажаних реакцій при прийомі харчових продуктів. Проте, на сучасному етапі, у зв'язку з обмеженими діагностичними можливостями та відсутністю уніфікованого диференційно-діагностичного алгоритму, немає достовірних даних щодо поширеності справжньої харчової алергії. Тому, для багатьох дослідників актуальним залишається вивчення особливостей перебігу, критеріїв прогнозування харчової алергії у дітей з наступною розробкою діагностичних та терапевтичних рекомендацій.

Мета: дослідити частоту найбільш причино-значимих продуктів харчування у дітей з патологією шлунково-кишкового тракту та з atopічним дерматитом.

Матеріали та методи. На основі спостереження пацієнтів алергологічного та гастроентерологічного профілю, які перебували на стаціонарному обстеженні та лікуванні в педіатричних відділеннях Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні, нами були відібрані діти віком від 6 до 15 років, які мали в анамнезі побічні реакції при прийомі харчових продуктів. До I групи увійшло 96 дітей із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ), 2 групу склали 72 дитини з atopічним дерматитом. Верифікація діагнозів проводилася згідно клінічних протоколів. Для досягнення поставленої мети проводилася оцінка харчового анамнезу, яка базувалася на даних анкетування та результатах шкірних прик-тестів з харчовими, епідермальними, побутовими та пилковими алергенами.

Результати та їх обговорення. Середній вік обстежених становив $10,3 \pm 2,1$ років. Аналіз гендерних особливостей показав, що для дітей першої групи був характерний рівномірний статевий розподіл, тоді як у групі порівняння було майже вдвічі більше хлопчиків. На

підставі оцінки алергологічного статусу, згідно результатів анкетування та шкірного алерготестування нами встановлено, що більш високий рівень харчової сенситизації був виявлений у дітей основної групи (71,9%, $p < 0,05$). В той час, дітей другої групи відрізняв в 2,7 разів більший відсоток дітей з полівалентною сенсibiliзацією (переважно за рахунок аероалергенів). Встановлено, що у дітей з патологією ШКТ формування харчової сенсibiliзації найчастіше спостерігалось при вживанні молочних продуктів (42,7%), курячих яєць (38,5%), риби (34,4%), бобів (26%) та майже в однаковій пропорції овочів (28,1%) та фруктів (29,2%). Присутність шоколаду в спектрі алергенів може бути свідченням харчової непереносимості без участі імунологічних механізмів. Особливістю дітей 2 групи, стало переважання позитивних проб шкірного алерготестування до алергенів злаків в порівнянні з групою пацієнтів з шлунково-кишковими захворюваннями. Отже, згідно отриманих результатів дослідження до основних продуктів, при вживанні яких виникали побічні алергічні реакції ввійшли коров'яче молоко, яйця та риба, що співпадає з результатами інших науковців по даній тематиці.

Висновки. Таким чином, в ході дослідження виявлено найбільш причино-значимі харчові продукти, при вживанні яких розвиваються реакції харчової гіперчутливості, які в свою чергу можуть свідчити про маніфестацію розвитку алергічного процесу. Тому, актуальною задачею для педіатрії являється розробка та впровадження в клінічну практику діагностичного алгоритму на етапі верифікації харчової алергії у дітей.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ІЗ АЛІМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦІЙНИМ ОЖИРІННЯМ В ПОЄДНАННІ З ДИЗМЕТАБОЛІЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ

Лембрик І.С., Іванишин Л.Я., Айб Н.Р., Приймак Р.Ю.
Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ

Ожиріння в дитячому віці, надто в поєднанні з метаболічними тубулопатіями, на сьогодні є складною медико-біо-психосоціальною проблемою.

Мета роботи: вивчити клініко-анамнестичні особливості у дітей із ожирінням в поєднанні з дизметаболічною нефропатією. Обстежено 50 дітей віком від 1 до 18 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОДКЛ за період з 2016 по 2019 роки включно. Ізольований перебіг недуги встановлено у 30-ти хворих. Основну нозологію діагностували у відповідності до Протоколів надання спеціалізованої допомоги дітям з ендокринологічною патологією (м. Київ, 2006). Дизметаболічну нефропатію підтверджували на основі критеріїв Іванова Д.Д., Коржа О.М. та згідно з наказом МОЗ України № 627 від 03.11.2008 р. «Про лікування дітей з інфекціями сечової системи і тубулоінтерстиційним нефритом» та на підставі МКХ-10-го перегляду. Анкетування дітей здійснювали за допомогою спеціально розроблених нами опитувальників, що склалися зі 120-ти запитань, з яких виокремлено найбільш валідних 80. Статистичну обробку результатів проводили за загальноприйнятими методиками і з допомогою пакету програм Statistica for Windows версії 6.0 (Stat Soft inc., США). В результаті проведено дослідження нами встановлено переважання у дітей із ожирінням оксалурії та уратурії (65% та 35%, $p < 0,05$). Тривалість основного захворювання до моменту надходження у стаціонар становила $5,0 \pm 2,1\%$, а при ізольованому перебігу – $3,4 \pm 2,1\%$ років. Серед обстежених переважали дівчатка (75,0% і 25,0%, $p < 0,05$). Вік обстежених переважно становив $11,0 \pm 2,0\%$ років. Серед чинників ризику переважали: порушення питного режиму (60,0%), проживання в екологічно несприятливих зонах області (50,0%), наявність сечо-кам'яної хвороби у найближчих родичів (25,0%). У клініці основного захворювання частіше відмічалися головний біль (85,0%), коливання артеріального тиску (80,0%), ізольований сечовий синдром та дизуричні явища (75,0% і 50,0%, $p < 0,05$), наявність ознак дієнцезального синдрому (25,0%). Отже, наявність дизметаболічної нефропатії ускладнює перебіг основної патології.

ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ГЕНЕЗІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ РІЗНОГО СТУПЕНЯ КОНТРОЛЮ У ДІТЕЙ

Литвинець Л.Я., Литвинець-Голутяк У.Є., Литвинець В.Є.
Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Алергічні захворювання відносяться до індикаторів здоров'я населення, які регламентовані Європейським регіональним бюро ВООЗ в рамках стратегії "Здоров'я для всіх". Зростання поширеності бронхіальної астми (БА), що належить до найбільш частих та тяжких по перебігу алергічних захворювань, серед населення, в тому числі і серед дітей, вказує на необхідність подальших фундаментальних досліджень механізмів патогенезу, а на їх основі розробки нових лікувальних та профілактичних програм щодо контролю над захворюванням. Незважаючи на значний поступ у розумінні багатьох аспектів виникнення, перебігу та прогресування, брон-

хіальна астма (БА) залишається складною діагностичною проблемою особливо у дітей. Існуючий недолік істинних статистичних даних в Україні щодо поширеності БА у дітей призводить до зростання зацікавленості даним хронічним захворюванням як практичних лікарів, так і науковців. Однак, не дивлячись на різноманітність клінічних проявів бронхіальної астми і кількості клітин, що приймають участь у патогенезі захворювання, обов'язковою ознакою БА є запалення дихальних шляхів. В запальний процес втягаються всі рівні респіраторного тракту пацієнта, включаючи в переважній більшості верхні дихальні шляхи, у т.ч. порожнину носа, однак, найбільш сильно він виражений у бронхах середнього калібру. Ймовірно, запальний процес має однаковий характер при всіх формах БА – алергічній, неалергічній, аспіриновій тощо і не залежить від віку. Розвиток БА асоціюється із різними порушеннями кількісного і функціонального стану імунної системи. Так, відомо, що морфо-функціональні зміни, які пов'язані із хронічним запальним процесом у трахеобронхіальному дереві при БА, виникають внаслідок порушення складних взаєморегулюючих реакцій між клітинами бронхів та імунної системи за участю цитокінів на місцевому та системному рівнях. Інтенсивність перерахованих змін імунної системи, їх направленість та можливість поєднань при БА у дітей вкрай варіабельні і залежать від впливу різних факторів, а саме: вираженості інтоксикації та антигенемії, рівня біологічно активних речовин, блокуючих комплексів, С-реактивного протеїну, стресових факторів і т.д.

Метою роботи було вивчення функціонального стану гуморальної та клітинної ланок імунітету у хворих на БА. Нами обстежено 85 дітей, віком від 6 до 18 років, хворих на персистуючу бронхіальну астму, серед яких у 23 – мав місце неконтрольований перебіг, у 62 – контрольована БА. 20 дітей склали групу контролю. Рівень сироваткових імуноглобулінів класів А, М, G визначали методом радіальної імунодифузії за Манчіні, IgE на тест-системах ДІАМЕД. Концентрацію ЦІК досліджували методом преципітації з наступним фотометруванням. Бактерицидну активність нейтрофілів визначали по тесту відновлення нітросинього тетразолію (НСТ-тест).

В результаті проведеного дослідження нами було встановлено, що у пацієнтів обох груп знижені рівні IgA, sIgA, IgM, що свідчить на користь зростання В-лімфоцитів та зниження їх функціональної активності. Щодо рівня загального IgE, то він був збільшений у 1,5-3 рази, відносно вікових норм. У більшості випадків IgE корелював із тяжкістю БА. Спостерігався високий рівень ЦІК, що був у 3,2 рази вищий у дітей із неконтрольованою БА, ($p < 0,001$), що свідчить про важливу роль запальної компоненти у генезі захворювання. Найбільш інформативними для оцінки активності фагоцитозу вважається фагоцитарне число, кількість активних фагоцитів та індекс завершеності фагоцитозу. Нами отримані наступні дані: ФЧ $1,18 \pm 0,03$; ФІ знизився до $31,39 \pm 0,64$ у хворих із неконтрольованою БА. Знизилась кількість НСТ-позитивних нейтрофілів, відносно норми у 1,3 рази ($p < 0,001$) та індекс їх активності у 1,2 рази ($p < 0,001$). А також показник НСТ-стимульованого тесту у дітей із неконтрольованою БА зменшився у 1,6 рази ($p < 0,001$). У дітей із неконтрольованою БА у порівнянні із контрольованою, знизився рівень sIg A слини і складав $110, 23 \pm 5, 37$ пг/л, ($p < 0,001$).

Висновки: Ступінь контролю над БА у значній мірі визначатиметься ступенем впливу на імунологічні механізми розвитку недуги та може слугувати маркером системного порушення клітинного метаболізму та чітко визначається ступенем тяжкості нозології.

ГЛЮКОЗО-ІНДУКОВАНІ МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ I ТИПУ ТА ДІАБЕТИЧНІЙ НЕФРОПАТІЇ У ДІТЕЙ

Майданник В.Г., Бурлака Є.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Цукровий діабет (ЦД) – одна з критичних проблем охорони здоров'я у світі. За останніми даними, у світі близько 140 млн осіб хворіють на цукровий діабет. Основним біохімічним розладом при цукровому діабеті є гіперглікемія, що спричинює свою токсичну дію внутрішньоклітинно шляхом активації ланцюжка ферментативних реакцій, - апоптоз, запалення, оксидативний стрес. Вищевказані порушення ініціюють активацію цитокінів і факторів росту, які приймають активну участь у виникненні та розвитку пошкоджень органів-мішеней при цукровому діабеті.

Моніторинг рівня глюкози крові у пацієнтів, хворих на цукровий діабет, є критично важливим моментом терапії. Глюкоза, присутня у крові у надлишковій концентрації, може зв'язуватись ферментативно з білками, такими як гемоглобін в процесі глікозування. Рівень формування глікозильованого гемоглобіну залежить від концентрації глюкози в крові. Неферментативне глікозування, що відбувається в результаті спонтанної взаємодії між глюкозою та аміногрупами білків, призводять до утворення продуктів неповного глікозування (ПНГ), що є високотоксичними.

Діабетична нефропатія (ДН) є ускладненням ЦД та основною причиною смертності хворих на цукровий діабет. Формування діабетичної нефропатії залежить від ступеня компенсованості ЦД, показником якого є рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c).

На даний час залежність рівнів метаболічних порушень, що виникають в результаті токсичного персистентного впливу глюкози, від ефективності глікемічного контролю у дітей при цукровому діабеті I типу та при сформованій діабетичній нефропатії не є достатньо вивченими.

Обстежено 18 дітей хворих на ЦД I типу та з діабетичною нефропатією (віком від 10 до 16 років). Спорідненість гемоглобіну до кисню та коефіцієнт окиснення ліпідів визначали з використанням методу спектрофотометрії.

Дане дослідження було проведено для оцінки системних метаболічних порушень, які залежать від глікемічного контролю. У всіх обстежених дітей було вивчено рівні спорідненості гемоглобіну з киснем за рівнем поглинання в межах смуги Сорє. У дітей з основної групи показник становив $3,05 \pm 0,23$. У групі дітей з вперше виявленим ЦД I зафіксоване зростання показника в порівнянні з групою контролю - $3,61 \pm 0,25\%$ ($p < 0,05$). У дітей з групи з ЦД I та діабетичною нефропатією показник становив $1,76 \pm 0,27\%$ ($p < 0,01$) відносно групи контролю.

У всіх обстежених дітей хворих на ЦД I було досліджено рівні в плазмі крові показника окисненості ліпідів за рівнем коефіцієнта співвідношення фракцій неокиснені/окиснені ліпіди. У дітей з основної групи показник становив $1,25 \pm 0,03$. У групі дітей з вперше виявленим ЦД I - $1,01 \pm 0,05\%$ ($p < 0,05$). У дітей з групи з ЦД I та діабетичною нефропатією - $0,76 \pm 0,07\%$ ($p < 0,01$) відносно групи контролю. Виявлено стадійність змін вказаних показників в залежності від компенсованості ЦД та наявності ускладнень (діабетичної нефропатії).

Дослідження участі продуктів неповного глікозування в якості посередників при активації вторинних каскадів реакцій, зокрема з патогенезі прогресування діабетичної нефропатії, є перспективним напрямком з метою створення схем попередження розвитку та лікування діабетичної хвороби нирок у дітей.

СТАН ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЄВРОПІ: ВПРОВАДЖЕННЯ ПОЛІТИКИ ВООЗ “ЗДОРОВ'Я -2020”

Матвієнко І.М.

ДУ “ІПАГ ім. академіка О.М. Лук'янової НАМН України”, м. Київ

Проміжна оцінка зусиль країн-членів Європейського регіону ВООЗ, спрямованих на досягнення 6 ключових цільових орієнтирів, зазначених в політиці Здоров'я – 2020 була проведена з використанням традиційних методів збору даних.

Цільовий орієнтир 1. До 2020 р. скоротити передчасну смертність в Європі. Основну увагу приділяють зниженню смертності внаслідок основних 4 неінфекційних захворювань (серцево-судинні, діабет, хронічні респіраторні захворювання, рак) на 1,5% до 2020 року.

За результатами аналізу на 2018 рік передчасна смертність серед чоловіків та жінок віком 30-69 років знизилась з 421 випадків в 2010 р. до 379 випадків на 100 тис. населення в 2014 р.; аналогічний прогрес було досягнуто по показнику загальної смертності для всіх вікових категорій, який в період з 2010 року по 2015 рік знизився з 786 до 715 випадків на 100 тисяч населення. А от показники надлишкової маси тіла та ожиріння зростають: показник надлишкової маси тіла зріс з 55,9% загального населення у 2010 році до 58,7% у 2016 році; а показник ожиріння зріс з 20,8% до 23,3%, при чому показники ожиріння були вищими в когорті жінок.

Цільовий орієнтир 2. Підвищити очікувану тривалість життя в Європі.

В період 2010 - 2015 рр. очікувана тривалість життя в Регіоні зросла з 76,7 до 77,9 років. В 2015 р. очікувана тривалість життя чоловіків склала 74,6 років, а жінок – 81,2 років.

Цільовий орієнтир 3. Скоротити нерівність у відношенні здоров'я в Європі

В Регіоні відмічається значне зниження показника малюкової смертності з 7,3‰ у 2010 році до 6,8‰ у 2015 році. Коефіцієнт материнської смертності знизився з 13 випадків на 100 тис. народжених живими в 2010 році до 11 випадків в 2015 році. Частка дітей молодшого шкільного віку, які не навчались в початковій школі, знизилась з 2,6% у 2010 р до 2,3% у 2015 р., однак є країни з найменшою (0,1%) та найбільшою (10,1%) частками дітей, що не навчались в школі.

Цільовий орієнтир 4. Підвищити рівень благополуччя європейського населення.

Для оцінки цього орієнтиру використовують суб'єктивний параметр – задоволеність життям. Так, якщо у 2013 р. 86% населення в віці 50 років та старше відповіли, що в них є родина та друзі, які їх підтримують в скрутні часи, то в 2015 році цей показник знизився до 81%.

Цільовий орієнтир 5. Забезпечити загальне охоплення та “право на здоров'я”.

Основні кроки – це створення систем охорони здоров'я, в межах яких основні послуги доступні всьому населенню, а платежі за рахунок власних коштів населення мають залишатись на прийнятному рівні. Загальне охоплення послугами охорони здоров'я також є одним з 3 стратегічних пріоритетів ВООЗ на період 2019-2023 роки, основною метою яких є забезпечення медичним обслуговуванням додатково 1 млрд населення.

Таким чином видно, що за роки впровадження політики Здоров'я-2020, було досягнуто багато результатів. Але є й такі аспекти, які потребують більш детального розгляду та запровадження більш специфічних шляхів їх вирішення.

INDICATORS OF BLOOD CELL IMMUNITY IN CHILDREN WITH SEVERE BRONCHIAL ASTHMA

Marusyk U.I.

**Higher education institution Ukraine "Bukovinan State Medical University",
c. Chernivtsi City**

Although long-term studies of bronchial asthma the issue of increasing the effectiveness of treatment of this disease in children is still important. According to the Global Strategy for the treatment and prevention of asthma, an adequate therapy can control the clinical manifestations of the disease but some of the patients developed asthma that difficult to treat. These children, perhaps, have "severe asthma" which is characterized by genetically determined body's insensitivity to glucocorticoids.

As the clinical picture of different asthma phenotypes virtually identical, it is necessary to find objective markers to personalize asthma's treatment. In our opinion, these markers can serve indicators of cellular parts of the immune system in children, which are reflecting the implementation of the disease's pathogenic.

The purpose of the study was to analyze indicators of the immune's system cellular parts in school-age children for verification severe phenotype of asthma.

60 school-age children with asthma in remission were surveyed. Over the course of the disease the patients were divided into two clinical groups. I clinical group – 30 patients with severe asthma. II clinical group – 30 patients with moderately severe asthma. For the main clinical features group were not differ. All children performed the content of T-helper cells (CD4) and T-killer/suppressor blood (CD8) which were determined by immunofluorescence using a set of monoclonal antibodies.

The results were analyzed by methods of variation statistics using statistical software StatSoft Statistica v5.0 and clinical epidemiology to the definition sensitivity (Se) and specificity (Sp) test, as well as the absolute (AR), relative (RR) and risk odds ratio (OR) indicating the 95% confidence interval (95% CI). Most children with severe asthma recorded decreased relative content of T-lymphocyte function is associated with helper/inductor. Thus, the content of CD4 cells less than 26,0% determined in 82,7% of children I clinical group and in 75% of subjects ($P>0,05$) the second. Thus the sensitivity of determination of the above mentioned relative content of CD4 in the peripheral blood of pupils with severe asthma was 82,7% (95% CI 73,7-89,5) and specificity – only 25,0% (95% CI 16,8-34,6). Elevated levels of CD8 lymphocytes in peripheral blood (more than 14,0%) was determined in 69,5% of children with severe asthma phenotype, and only 37,5% of II group ($Rp<0,05$). Indicators of the diagnostic value of higher concentrations of T-lymphocytes in peripheral blood in detecting severe asthma phenotype relatively medium- severe disease course were as follows: sensitivity – 69,5% (95% CI 59,4-78,3), specificity – 62,5% (95% CI 52,2-71,9). Elevated to the above index content CD8 lymphocytes in the peripheral blood associated with risk of having severe asthma phenotypes: the absolute risk – 0,3, the relative risk was equal to 1,9 (95% CI 1,4-2,6) with odds ratios – 3,79 (95% CI 2,1-6,7).

Given the low likelihood ratio performance of cellular parts of the immune system in children, they are not appropriate for use on their own verification of the phenotype of severe asthma. Relative content of cytotoxic suppressor which was more than 14,0% was associated with risk of having a severe asthma phenotype with not very high sensitivity (69,5%) and specificity (62,5%).

ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

¹Мельничук В.В., ¹Павленко О.В., ²Починок Т.В., ³Мельничук В.А.

¹Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

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

³КЗ «Києво-Святошинська районна стоматологічна поліклініка», м. Боярка

Мета роботи: вивчити фактори ризику розвитку каріозного процесу у дітей пубертатного віку на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) шляхом своєчасної діагностики порушень електролітного балансу, D – вітамінного обміну, показників фагоцитозу та місцевого імунітету. Проведено стоматологічне обстеження 330 дітей віком 14-18 років (150 дівчат та 170 хлопців), які звернулися за стоматологічною допомогою: 150 дітей мали фенотипові ознаки (6 та >) НДСТ – 1 група, 150 дітей без НДСТ – 2 група, 30 здорових – склали контрольну групу. Серед пацієнтів 1 групи частіше спостерігався MASS-фенотип – у 104 (69,3%) осіб, Елерсо-подібний тип НДСТ – у 26 (17,3%) осіб, Марфаноподібний тип – у 20 (13,3%). При проведенні оцінки стоматологічного статусу 150 підлітків з НДСТ встановлено, що поширеність карієсу була $90,0\pm 3,5\%$ при інтенсивності – $4,42\pm 0,5$; аномалії м'яких тканин характеризувалися наявністю у 43,3% мілкою та у 50,0% глибокою присінку; короткої вуздечки язика у 90,0%, високе при-

кріплення вуздечки верхньої губи у 50,0%, коротка вуздечка верхньої губи, низьке прикріплення вуздечки верхньої губи, високе прикріплення вуздечки нижньої губи у 43,3%; прикус був дистальним зі скученістю зубів в різцевих сегментах та зубо-альвеолярне подовження у 80,0%, та глибоким у 64,0%, трансверзальні аномалії у 71,3%, звуження нижньої зубо-альвеолярної дуги у 90,0%, розширення верхньої дуги у 64,0%, що достовірно перевищували поширеність зазначених аномалій у осіб без НДСТ. У дітей підліткового віку з декомпенсованою формою активності карієсу (ДФАК) на тлі тяжкої форми НДСТ виявлені вірогідні зниження показників основних біоелементів (Mg, Ca, Pn, Zn, Fe, Cu та Se) в плазмі венозної крові, які зворотно корелювали з рівнем екскреції оксипроліну у добовій сечі, що є маркером порушеного метаболізму сполучної тканини у цієї категорії пацієнтів. Виявлено в організмі дітей підліткового віку основних груп спостереження дефіцит вітаміну D3, а в групі здорових дітей – недостатність цього вітаміну, згідно рівнів 25ОНD3 в сироватці венозної крові ($20,54 \pm 1,12$ нмоль/л; $33,14 \pm 1,11$ нмоль/л; $51,1 \pm 1,1$ нмоль/л відповідно, $p < 0,05$). Встановлено кореляційний вірогідний обернений зв'язок між показниками в сироватці венозної крові 25ОНD3 та рівнем оксипроліну в добовій сечі ($r = -0,657$). У дітей основної групи також виявлено зниження активності фагоцитозу, кисень-залежного метаболізму нейтрофілів, місцевого імунітету слизової порожнини рота. Кореляційний аналіз між показниками фагоцитозу і місцевого імунітету та D-вітамінного і кальцій-фосфорного обмінів у дітей 14-18 років з ДФАК на тлі тяжкої форми НДСТ дозволяє встановити причинний взаємозв'язок і доводить, що зниження рівнів вітаміну D3 і кальцію в організмі дитини з НДСТ сприяють порушенню активності фагоцитозу, кисень-залежного метаболізму нейтрофілів, місцевого імунітету слизових порожнини рота і можуть виступати предикторами формування карієсу зубів.

РОЛЬ ДИТЯЧОГО НЕВРОЛОГА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ БЕЗПЕРЕРВНОГО МОНІТОРІНГУ СТАНУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ТА ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

Мітельов Д.А.

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

Багаторічні дослідження, які проводяться на базі багатопрофільної клініки ДУ «ЮЗДП НАМН», переконливо свідчать, що цукровий діабет (ЦД) 1 типу у дітей та підлітків є мультидисциплінарною проблемою та вимагає залучення спеціалістів різного профілю на всіх етапах спостереження за цими хворими – від діагностики різноманітних ускладнень (проявів) до реабілітаційних заходів. Ураження центральної та периферичної нервової системи при ЦД 1 типу є облігатною реалізацією патологічних процесів в організмі, але ступінь їх тяжкості, вік маніфестації, перебіг та довгостроковий прогноз залежать від багатьох факторів, причому найбільш несприятливим є недооцінка ранніх проявів неврологічної дефіцитарності. Тобто, в багатьох випадках, внаслідок субклінічного рівня проявів, «маскованості» багатьох синдромів, недостатньої діагностичної настороженості, недосконалих протоколів спостереження за цими хворими практично не застосовуються цілеспрямовані лікувальні та профілактичні заходи щодо неврологічної патології. Певну «розслабленість» внесли нові генно-інженерні інсуліни, що суттєво покращили компенсацію вуглеводного обміну, особливо у поєднанні з помповою інсулінотерапією. Однак, краєугольним каменем дитячої нейродіабетології є постулат про прогресивність патологічних змін у центральній та периферичній нервовій системі на протязі всього життя, що підтверджується віддаленими катamnестичними спостереженнями. Таким чином виникає необхідність верифікації неврологічних ускладнень (або проявів, за думкою деяких авторів) ЦД 1 типу у дітей та підлітків на всіх етапах медичного супроводу при безпосередній участі дитячого невролога.

Результати комплексних досліджень, що проводяться у ДУ «ЮЗДП НАМН» на базі відділення ендокринології з 2000-х років свідчать про розвиток у дітей та підлітків з ЦД 1 типу цілого спектру певних порушень: цефалгічного та астенічного синдромів, вегетативних розладів, диссомнії, когнітивної дисфункції, периферичної, переважно сенсо-моторної, полінейропатії, а також різних видів психопатології. Це відповідає останнім зарубіжним публікаціям, у яких викладено аналіз морфологічних змін у ЦНС з застосуванням високопольної МРТ та Voxel-методу математичної обробки сигналу, позитронно-емісійної томографії головного мозку. Вони вказують на комплекс змін, що відбувається у головному мозку хворих на ЦД 1 типу залежно від стажу захворювання, віку його маніфестації та кореляцію з когнітивними функціями. Вітчизняними дослідниками простежено значно вищу питому вагу гострих та хронічних порушень мозкового кровообігу у молодому віці у хворих на ЦД 1 та 2 типів.

Рання діагностика патологічних станів за участю дитячого невролога, психіатра, психолога дозволила своєчасно застосовувати лікувальні та профілактичні заходи, ефективність яких підтверджено тривалими спостереженнями у катamnезі. На підставі отриманих даних було створено концепцію безперервного моніторингу центральної та периферичної нервової системи у дітей та підлітків з цукровим діабетом 1 типу. Вона базується на роботі мультидисциплінарної команди фахівців, постійному навчанні дітей та їх батьків у школах самоконтролю та їх інформуванні відносно неврологічних проявів ЦД, профілактиці (не менш двох раз на рік) розвитку не тільки периферичної полінейропатії, але й діабетичної енцефалопатії, яка досить часто опиняється поза діагностичними та лікувальними алгоритмами.

СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ПЕДИАТРИИ: ПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**Михайлова Е.А., Матковская Т.Н., Мителев Д.А., Михановская Н.Г., Беляева Е.Э.
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», г. Харьков**

В современных условиях проблема психического здоровья выходит за рамки медицинской парадигмы, вступая в область клинично-социальных взаимодействий. Рост психической патологии и аддиктивного поведения у детей определяет приоритетность изучения проблемы. В Украине отмечается тенденция возрастания суицидального поведения у детей и подростков, и, прежде всего, у лиц с депрессивными расстройствами. Вопрос психопрофилактики нарушений психического здоровья детей является актуальным, не только в медицинском, но и в социальном контексте, так как на современном этапе развития общества регистрируется значительный рост депрессивных расстройств коморбидные с нарушениями поведения. Проблема ранней диагностики и профилактики социально детерминированных расстройств у подрастающего поколения требует пересмотра и совершенствования.

Проблема актуализируется и в связи с отсутствием критериев ранней диагностики и эффективных методов терапевтического вмешательства при депрессивных расстройствах у детей на различных этапах онтогенеза. Ограничение социальной и психотерапевтической составляющих лечения, наличие у многих психофармакологических средств существенных побочных эффектов, полипрагматизация затрудняет процесс реабилитации и социализации детей.

Нами была разработана многомерная регистрационная карта, включающая клинично-психопатологический, соматоневрологический, психологический, социальный, генетический, нейрофизиологический, нейрогормональный блоки и пакет AUDIT-тестов, которые определяют вариант и тяжесть зависимого поведения.

Определена информативность показателей семейного окружения, семейной адаптации и типологии семейной социогаммы в формировании депрессивного расстройства у подростков. Исследования, проведенные сотрудниками отделения психиатрии в «ИОЗДП НАМН» в период 2012-2018 гг. (480 детей 7-18 лет с депрессивными расстройствами) показали, что особенностью депрессии у детей младшего школьного возраста является большая частота симптомов тревоги, фобий, жалоб соматического спектра, раздражительность, возбудимость, поведенческие нарушения и высокий уровень суицидального поведения. Для подростков – симптомы нарушений сна, аппетита, суицидальные мысли и намерения, нарушения социального функционирования, нейровегетативные симптомы. В зависимости от этапа полового созревания у детей были установлены определенные закономерности. Так, у детей в раннем пубертате преобладают симптомы поведения: аутоагрессия, нарушения пищевого поведения, компьютерная зависимость; у детей в пубертате – агрессия, поведение связанные с употреблением психостимуляторов, употреблением табака, алкоголя и увлеченность компьютерными играми. У детей с депрессивными расстройствами независимо от возраста установлен высокий удельный вес психосоциальных нарушений. Важно отметить, что при депрессии у детей независимо от возраста выделены симптомокомплексы, определяющие нарушения социального функционирования: когнитивная дисфункция, агрессия, тенденция к травмированию и риску, нарушения правил и возрастная регрессия. Определены социальные маркеры депрессивного расстройства у детей (воспитание в условиях гипопеки и отвержения, неполная семья, низкий уровень материального обеспечения семьи, конфликтность в семье и со сверстниками, трудовая миграция родителей, школьные психологические проблемы, буллинг). Решение проблемы охраны психического здоровья детей и подростков на современном этапе возможно при интеграции клинической, биологической и социальной психиатрии с возрастанием роли социальной педиатрии в системе организации медицинской помощи.

ГЕНЕТИЧНИЙ СКРИНІНГ НА ПЕРВИННИЙ ІМУНОДЕФІЦИТ У ПАЦІЄНТІВ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

Муквіч О.М., Мацкевич А.М.

Державна установа "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології ім. О.М. Лук'янової НАМН України", м. Київ.

Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) – гетерогенна патологія з переважною локалізацією процесу в опорно-руховому апараті, невизначеними причино значимими факторами і прогнозом, в основі яких лежать дисрегуляторні імунні механізми з розвитком аутоімунних реакцій. Поглиблене розуміння комплексу імунорегуляторних та сигнальних механізмів у поєднанні з застосуванням генетичного аналізу виявляє складні зв'язки між аутоімунними процесами та первинними імунodefіцитами (ПІД), що до недавнього часу вважалися взаємно виключеними поняттями. Виявлення ПІД у пацієнтів з ЮІА обумовлює особливі підходи до контролю за аутоімунними реакціями та впливає на його лікування та прогноз.

Мета дослідження: вивчення поліморфізму генів ПІД у хворих на ЮІА для удосконалення діагностики та розробки підходів до персоналізованої терапії.

Матеріали та методи. Дослідження проведене у 16 дітей із діагнозом ЮІА, з них 10 – з олігоартритом, 3 – поліартритом, 3 – системним варіантом хвороби. Визначались особливості анамнезу, клінічного перебігу з урахуванням інфекційного індексу, імунологічного статусу. У всіх обстежених проведено панельне генетичне секвенування екзому (NGS) нового покоління, яке базується на розшифровці фрагментів молекули ДНК на 207 генів ПІД, 30 з яких відповідають за автозапальні захворювання. Результати нуклеотидної послідовності характеризувались як патогенний, ймовірно патогенний та невизначеного значення.

Результати дослідження. Встановлено наявність 3-х патогенних мутацій в генах ПІД та 13 мутацій невизначеного значення, які не достатньо описані в популяції і можуть змінювати свій статус, що потребує їх співставлення з клінічними даними. У пацієнта з системною формою ЮІА виявлена патогенна мутація в гені IL7R. В експериментальних дослідженнях ця мутація підвищувала тяжкість артриту і рентгенологічно проявлялась ранньою деструкцією суглобів. Мутації невизначеного значення у генах CARD11 та JAK3, білок яких має вирішальне значення для нормального розвитку і функції імунної системи, та у гені NLRP12, порушення у якому може спричиняти формування сімейної холодової лихоманки, можуть впливати на активність та тяжкість аутоімунних реакцій. У двох пацієнтів визначені мутації у генах NOD2. Білок, що кодується цим геном, є ключовим регулятором імунних і запальних реакцій. При підвищенні експресії NOD2 у пацієнтів з ЮІА мононуклеарні клітини периферійної крові продукують велику кількість TNF α , IL-8 і IL-1 β , а зниження регуляції NOD2 значно знижує рівні прозапальних цитокінів, NF- κ B, TRAF6 і IKK. Встановлені місенс-мутації у генах JAK3, IL21R, IL10RA, STAT3, NFKB2, IRAK4, що відіграють важливу роль у вроджених імунних реакціях, сприйнятті до інфекцій, а порушення в цих генах визначають важкі ПІД з клінічними симптомами аутоімунних реакцій.

Висновки. Встановлені поліморфізми генів (IL7R, NOD2, CARD11, JAK3, IL21R, IL10RA, STAT3, NFKB2, IRAK4) кодуують молекули, які приймають участь в багатьох процесах імунної регуляції. Патогенні мутації в генах ПІД встановлені у 18,7% дітей з ЮІА визначають особливості перебігу та тяжкості аутоімунних процесів. Перед початком імуносупресивної терапії при ЮІА доцільно проводити генетичний скринінг на ПІД для визначення особливостей перебігу основного захворювання та попередження важких інфекційних ускладнень.

ОЦЕНКА РЕЗЕРВОВ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ У ШКОЛЬНИКОВ

Нечитайло Ю.Н., Бен Отмен М., Ходзинская Ю.Ю., Попелюк Н.О.

ВГУЗУ «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Состояние здоровья школьников в процессе учебы значительно ухудшается. Так, по данным НАМН Украины уже в первом классе насчитывается более 30% детей, имеющих хронические заболевания и проблемы со здоровьем, а к девятому классу их количество достигает 64% и только 5% выпускников остаются здоровыми. Деадаптация к физическим нагрузкам, снижение резервов сердечно-сосудистой и респираторной систем являются основной причиной летальных случаев на уроках физкультуры. Если оценке функционального состояния кардиореспираторной системы у больных детей в клинической практике уделяется значительное внимание, то в школьных условиях контроль сводится только к проведению пробы Руфье. Креативные преподаватели школ ищут пути сохранения и укрепления здоровья. В Черновицкой области в Годынивском учебно-воспитательном комплексе уже несколько лет внедряется сохраняющая здоровье валеологическая программа, включающая развитие мелкой моторики, активные перемены, поддержание осанки, дыхательную гимнастику, офтальмотренинги и ряд других мероприятий. Для оценки эффективности программы, определения состояния кардиореспираторной системы и толерантности к физическим нагрузкам администрация школы пригласила сотрудников кафедры педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины БГМУ. Доступным методом для этого являются пробы Руфье и тесты с определением уровня сатурации крови кислородом с помощью пульсоксиметра при проведении проб с задержкой дыхания и физической нагрузкой.

В исследование были включены 44 здоровых школьника в возрасте 12-14 лет. У детей определялись антропометрические данные, измерялось артериальное давление, записывались ЕКГ и спирограмма, проводились функциональные пробы с задержкой дыхания с пульсоксиметрией и тест Руфье. В соответствии с полученными результатами частота сердечных сокращений в состоянии покоя была $83,2 \pm 1,0$ уд/мин, систолическое артериальное давление (АД) – $98,07 \pm 1,63$ мм Нг, диастолическое АД – $58,72 \pm 0,77$ мм Нг. Показатели дыхательной системы составили: жизненная емкость легких – $2,27 \pm 0,08$ л, дыхательный объем – $0,59 \pm 0,03$ л, резервный объем вдоха – $1,27 \pm 0,08$ л, резервный объем выдоха – $0,42 \pm 0,07$ л, пиковая скорость выдоха $4,14 \pm 0,22$ л/с, пиковая скорость вдоха – $2,83 \pm 0,19$ л/с. При проведении проб с задержкой дыхания были получены следующие показатели: проба Штанге – $39,1 \pm 3,5$ секунды, проба Генча – $20,5 \pm 2,1$ секунды. Толерантность к физической нагрузке в соответствии с пробой Руфье была достаточной у 88,6% детей. Сатурация кислородом при пульсоксиметрии составила в среднем $98,8 \pm 0,22\%$, при проведении проб с задержкой дыхания она снизилась до $97,2 \pm 2,24\%$, а у 5 детей, с неудовлетворительным показателем пробы Руфье, была ниже 95%. При физической нагрузке у 3 из них сатурация снизилась до 92%, при этом частота пульса достигла более 100 ударов/мин.

Таким образом, функциональные пульсоксиметрические пробы с задержкой дыхания и физической нагрузкой высоко коррелируют с показателями теста Руфье и дают возможность расширить оценку кардиореспираторных резервов и найти новые подходы к коррекции нарушений.

ПРОФІЛАКТИКА АНТИБІОТИКО-АСОЦІЙОВАНОЇ ДІАРЕЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЕРАДИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ

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

Вступ. Терапія і профілактика хронічних гастродуоденітів (ХГД) в дитячому та підлітковому віці дотепер залишаються актуальною проблемою в патології органів травлення. Патофізіологічне формування ХГД обумовлено порушеннями рівноваги між факторами «агресії» і факторами "захисту" гастродуоденальної слизової оболонки з переважанням агресивних компонентів на тлі інфекційної контамінації мікроорганізмом *Helicobacter pylori*. За сучасними уявленнями наявність у хворих ХГД *Helicobacter pylori* часто потребує призначення антибактеріальних препаратів, що створює загрозу порушення мікробіотичної рівноваги в кишечнику і розвитку антибіотико-асоційованої діареї. Тому у схеми ерадикаційної терапії все частіше включаються пробіотики і пребіотики з метою зниження частоти побічних ефектів лікування.

Мета дослідження: Оцінити ефективність профілактичного призначення пробіотика Пробиолог для профілактики антибіотико-асоційованої діареї і диспепсичних розладів при проведенні ерадикаційної терапії ХГД у дітей та підлітків.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилось 49 дітей віком від 9 до 17 років (середній вік – 12 років 4 місяця) з діагнозом ХГД. Верифікація наявності *Helicobacter pylori*-асоційованого ХГД проводилась неінвазивними методами – дихальним уреазним тестом, ІФА з визначенням IgG в сироватці крові та визначення антигену *Helicobacter pylori* в калі ПЛР. Всі діти отримували стандартну ерадикаційну терапію. Для профілактики ускладнень антибактеріальної терапії призначався пробіотичний препарат пробіолог, що містить *Lactobacillus acidophilus* (LA-5[®]) – 0,5•10⁹ КОЕ, *Bifidobacterium lactis* (BB-12[®]) – 0,5•10⁹ КОЕ на капсулу. Прийом препарату проводився по 1-2 капсули щоденно під час призначення антибактеріальної терапії і ще 7-10 днів після закінчення прийому антибіотика. Групу контролю склали 22 дитини (середній вік – 12 років 9 місяців), які отримували аналогічну ерадикаційну терапію без призначення пробіотику.

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні порівняльного аналізу ефективності лікування виявлено, що поширеним ускладненням при проведенні ерадикаційної терапії *Helicobacter pylori*-асоційованого ХГД у дітей групи контролю був розвиток антибіотико-асоційованої діареї, яка спостерігалась у 40,84% пацієнтів. Відмічено, що своєчасне призначення пробіотику дітям основної групи запобігало розвитку антибіотико-асоційованої діареї і зменшувало ризик розвитку диспепсичних проявів. Вірогідна різниця частоти абдомінального болю в групах не виявлена, але диспепсичні розлади у дітей, що отримували пробіотик, були менш вираженими: нудота – у 10,2% в порівнянні з 18,18% у групі контролю, метеоризм – у 32,65% і 45,45% відповідно. У всіх дітей, що отримували пробіотик, відмічена добра переносимість препарату і відсутність побічної дії.

Висновки. Незважаючи на досягнуті успіхи в ерадикаційній терапії ХГД, асоційованих з *Helicobacter pylori*, існує проблема розвитку ускладнень при проведенні лікування. Призначення пробіотику з коменсальною мікрофлорою при проведенні ерадикаційної терапії *Helicobacter pylori*-асоційованого ХГД сприяє відновленню мікрофлори кишківника і, таким чином, профілактиці розвитку диспепсичних симптомів та антибіотико-асоційованої діареї у дітей і підлітків.

НІТРОЗАТИВНИЙ ТА ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ МІОПАТІЇ У ДІТЕЙ

Пашкова О.Є., Чудова Н.І.
Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Мета дослідження: визначення вмісту нітротирозину та гомоцистеїну в сироватці крові та вивчення його ролі в розвитку порушень з боку скелетної мускулатури у дітей, хворих на цукровий діабет.

Матеріали та методи дослідження: обстежено 70 дітей, хворих на цукровий діабет (ЦД), віком від 11 до 17 років: 1 група – 15 дітей з тривалістю ЦД до 1 року, 2 група – 19 пацієнтів з тривалістю ЦД від 1 року до 5 років, 3 група – 16 дітей з тривалістю ЦД понад 5 років. Контрольну групу склали 20 умовно здорових дітей. Проводилась оцінка сили скелетних м'язів, визначення м'язової маси та ультразвукове дослідження скелетних м'язів. Дослідження вмісту гомоцистеїну та нітротирозину у сироватці крові проводилось методом ІФА.

Результати дослідження: встановлено, що у дітей, хворих на ЦД, починаючи з 1-го року захворювання мали місце прояви дефіциту функції скелетної мускулатури, що прогресували в динаміці захворювання. При тривалості ЦД понад 5 років, поряд зі зниженням сили та функції м'язів, спостерігалось зниження м'язової маси, що свідчило про розвиток діабетичної міопатії. Це підтверджувалось зміною УЗ-картини м'язів у хворих даної групи у яких відмічалась висока загальна ехогенність м'язів, неоднорідність їх внутрішньої структури за рахунок потовщення перимізію та сполучнотканинних септ та стоншення м'язового волокна. Товщина м'язового волокна у хворих на ЦД корелювала зі зниженням м'язової сили ($r = +0,58$, $p < 0,05$). Найбільш виражені зміни реєструвались у хворих з тривалістю ЦД понад 5 років. Виявлені порушення з боку скелетної мускулатури супроводжувалися різнонаправленими змінами вмісту

нітротирозину та гомоцистеїну у сироватці крові. Якщо у хворих з тривалістю захворювання до 5 років, вміст гомоцистеїну в сироватці крові статистично не відрізнявся від значень контрольної групи, то в групі пацієнтів з перебігом ЦД понад 5 років рівень гомоцистеїну був в 2 рази вищим за показники контрольної групи і склав $32,08 \pm 6,17$ мкмоль/л проти $14,85 \pm 2,69$ мкмоль/л, відповідно ($p < 0,05$). Збільшення вмісту гомоцистеїну у хворих на ЦД супроводжувалося зменшенням м'язової маси, що підтверджувалося встановленим зворотним кореляційним зв'язком рівня гомоцистеїну з індексом скелетної мускулатури ($r = -0,39$, $p < 0,05$) та товщиною скелетних м'язів ($r = -0,43$, $p < 0,05$). Рівень нітротирозину у хворих 1-ї та 2-ї груп був майже в 7 разів нижчий в порівнянні з контрольною групою ($4,2 \pm 1,23$ нмоль/л та $3,9 \pm 1,12$ нмоль/л, $28,5 \pm 1,71$ нмоль/л, відповідно $p < 0,05$), що може бути викликано його підвищеною деградацією. Натомість у хворих з тривалим перебігом ЦД відмічалася підвищення нітротирозину, рівень якого достовірно перевищував значення контрольної групи ($39,78 \pm 4,5$ нмоль/л та $28,5 \pm 1,71$ нмоль/л, відповідно, $p < 0,05$), що свідчило про розвиток нитрозативного стресу. Найвищі значення нітротирозину спостерігались при порушенні УЗ-структури м'язів і зниженні м'язової маси та сили.

Висновки. У дітей, хворих на ЦД має місце розвиток діабетичної міопатії, перші ознаки якої визначаються вже на 1-му році захворювання. Певну роль в розвитку та прогресуванні діабетичної міопатії відіграє оксидативний та нітрозативний стрес. Отримані дані є підґрунтям для включення в терапію дітей, хворих на ЦД препаратів антиоксидантної дії з метою профілактики розвитку та уповільнення темпів прогресування діабетичної міопатії.

СТАН ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ РОЗЛАДАМИ

Павликівська Б.М., Юрцева А.П.

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

Вивчення сучасних аспектів патогенезу будь-якого захворювання неможливе без дослідження механізмів дестабілізації біологічних мембран, які складають основу багатьох патологічних реакцій організму людини, в тому числі і при захворюваннях серцево-судинної системи. Оскільки важливу роль в регуляції основних проявів життєдіяльності клітини відіграють численні процеси, перебіг яких здійснюється на мембрані, стає очевидною залежність функціональних властивостей клітин від стану та ліпідного складу їх мембран. В роботі перед клініцистом нерідко постають важливі завдання ранньої діагностики порушень метаболізму при соматичній патології як функціонального, так і органічного генезу з метою попередження їх прогресування, призначення відповідного лікування. У діагностиці метаболічних порушень міокарду досить поширеними залишаються лабораторні методи дослідження, метою яких є непряма оцінка дефектів у первинних ланках метаболізму і, отже, виявлення основного патогенетичного механізму. Загальновідомо, що будь-який адаптивний або патологічний процес перебігає на фоні утворення активних форм кисню (АФК) та інтенсифікації вільнорадикального окислення біосубстратів. Надмірна продукція АФК або порушення нормального функціонування систем антиоксидантного захисту викликають посилене окислювальне ушкодження біомолекул, що призводить до розвитку окислювального стресу та дисфункції клітин і тканин організму. На рівні клітини пошкоджуюча дія АФК спрямована на три об'єкти: ліпіди, білки, нуклеїнові кислоти. У роботах багатьох дослідників визначена роль перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у нормальному та патологічному функціонуванні клітин. На сьогоднішній день доведено, що в стані окислювального стресу під дією АФК перекисному окисленню підлягають не тільки ліпіди, а й, насамперед, білки плазматичних мембран. Динаміка змін продуктів перекисного окислення білків є відображенням ступеня окислювального ураження клітин та резервно-адаптаційних можливостей організму.

Метою роботи стало вивчення особливостей про- та антиоксидантного захисту у дітей з серцево-судинними розладами. Для виконання поставленої мети було обстежено 50 дітей старшого шкільного віку, які перебували на лікуванні з приводу захворювань органів дихання. У всіх дітей було діагностовано розлади серцево-судинної діяльності, що проявлялись як клінічно, так і за даними параклінічних методів дослідження. Стан ПОЛ оцінювали за вмістом в сироватці крові малонового діальдегіду (МДА), а перекисного окислення білків – за окисними модифікаціями білків (ОМБ). Аналіз отриманих даних вказує на достовірне ($p < 0,001$) збільшення показника МДА, як кінцевого продукту процесів ПОЛ. Це є доказом надмірної активації процесів ПОЛ у хворих дітей, що, в свою чергу, відображає метаболічні розлади. Водночас, проведене нами дослідження продуктів, які утворюються в результаті окислювального пошкодження білкових молекул, показало достовірне зростання кетонпохідних основного характеру. Підвищення рівня ОМБ при довжині хвилі 530 нм може слугувати, на нашу думку, найбільш раннім діагностичним критерієм метаболічних пошкоджень в організмі. Стан антиоксидантного захисту (АОЗ) у дітей вивчали на основі визначення глутатіонпероксидази (ГП) та глутатіонредуктази (ГР). Отримані дані вказують на достовірне ($p < 0,001$) зниження рівня ГП, що може свідчити про напруження АОЗ. В той же час спостерігаємо достовірне ($p < 0,001$) підвищення рівня ГР, що свідчить про компенсований характер порушень. Таким чином, проведені дослідження свідчать про активацію прооксидантної системи у вигляді інтенсифікації ПОЛ та підвищення рівня ОМБ і напруження системи антиоксидантного захисту у дітей з серцево-судинними розладами на фоні гострої патології органів дихання. Дослідження про- та антиоксидантної системи може використовуватись в ранній (доклінічній) діагностиці захворювань для визначення важкості патологічного процесу, в оцінці ефективності профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів.

ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА

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

Сучасна політика в Україні, а саме – освітня, орієнтується на підвищення ефективності освіти та розвиток здібностей кожного студента. Використання нових технологій навчання передбачає не тільки поповнення теоретичних знань студентів, але й формування в них професійних умінь з організації успішної діяльності. Підвищення рівня організації навчального процесу на кафедрах є однією з основних складових якості освіти в університеті. В умовах сучасності, коли зростає інформаційний потік, а в студентів, завдяки технічному обладнанню, розширюються можливості доступу з використання різноманітних джерел інформації для підготовки до занять, роль викладача в освітньому процесі не стала менш актуальною і відповідальною.

Поряд із традиційними методиками викладання клінічної дисципліни, з метою напрацювання вмінь і комунікативних навичок з пацієнтом та його батьками, вмінь об'єктивного фізикального обстеження дітей (огляду, пальпації, перкусії, аускультатії), співробітники кафедри пропедевтики дитячих хвороб ЗДМУ використовують низку сучасних інноваційних методик підготовки студентів. До них ми відносимо проблемно-орієнтоване навчання, що є одним з перспективних напрямів розвитку медичної освіти. Зміни та сучасне оновлення матеріально-технічної бази вишу сформували умови для запровадження на кафедрі університету й дистанційного навчання: інтерактивних лекцій, використання технології «віртуальний пацієнт» з метою розвитку клінічного мислення в студентів, створення та використання ігрових технологій в навчанні.

Так, наприклад, студенти 3 курсу, і, навіть, старшокурсники, із задоволенням використовують при підготовці до практичних занять запропоновану онлайн-гру: ЕКГ-симулятор (<https://www.skillstat.com>), яка дозволяє прискорити навчання у визначенні ритму серця, особливо диференціювати різновиди його порушень. Окрім цього, при заняттях зі симулятором, вони мають змогу вдосконалювати англійську мову, оскільки термінологія викладена саме англійською. Студентам подобається також і опрацювання програми <https://www.easyauscultation.com>, яка дозволяє спочатку підготуватися до визначення тонів, аускультативного типу дихання, потім навчаються вислуховувати шуми або хрипи, а після опанування цього матеріалу, стає можливим і рішення окремих клінічних педіатричних задач на прикладі віртуальних пацієнтів як з патологією серцево-судинної, так і дихальної системи.

Що стосовно дистанційної методики освітнього процесу у вигляді онлайн курсів, співробітники залучилися до викладання декількох тем дисципліни та створили і впровадили онлайн курси для студентів 3 курсу зі спеціальностей «Медицина» та «Педіатрія» денної форми навчання. Теми, що включені до дистанційного вивчення, стосуються самостійної роботи студента (СРС) і викладені на платформі edX. Така форма навчання відрізняється від попередніх і надає можливість студентові опрацювати тему в зручний для нього час, але в межах відведеного терміну, а викладач має можливість постійно моніторувати активність і успішність кожного студента в онлайн режимі.

Таким чином, застосування сучасних освітніх та інформаційних технологій в навчальному процесі сприяє удосконаленню форм і методів навчання, інтенсифікації навчального процесу, активізації самостійної роботи студентів і виконання наукових досліджень. Все це надає можливість проводити навчання одночасно з усіма студентами групи, мотивувати їх до навчання та персоналізувати його.

ПОКАЗНИКИ ГАЛЕКТИНУ З ПРИ ПІЄЛОНЕФРИТІ НА ТЛІ МІХУРОВО-СЕЧОВІДНОГО РЕФЛЮКСУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Пипа Л.В., Токарчук Н.І., Одарчук І.В., Лисиця Ю.М., Руда В.І., Ковальська О.М.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця
Хмельницька обласна дитяча лікарня, м. Хмельницький.

Вступ. Сьогодні виникає нагальна потреба в пошуку маркерів, які виявляються не тільки при запальному процесі, але і безпосередньо беруть участь у патогенезі фіброзоутворення в нирках. Відомо, що одним із профібротичних факторів є галектин 3. Саме він задіяний у багатьох біологічних процесах, таких як фіброз міокарда, ендогенне запалення, ріст і проліферація клітин, апоптоз, а також виступає як індуктор міграції макрофагів та ін. Однак, сьогодні в джерелах літератури наявні поодинокі та суперечливі дані про показники даного маркера при запальних захворюваннях нирок у дітей раннього віку.

Саме тому метою нашого дослідження було визначення рівнів галектину-3, як маркера фіброзоутворення у дітей раннього віку, хворих на пієлонефрит на тлі міхурово-сечовідного рефлюксу.

Матеріали та методи. У роботі нами використані матеріали, отримані у ході обстеження 96 дітей раннього віку. Першу підгрупу склали 33 дітей хворих на пієлонефрит на тлі МСР (вторинний пієлонефрит (ВПН) та другу підгрупу – 33 дітей раннього віку хворих на

пієлонефрит без ознак МСР (первинний пієлонефрит (ППН). Контрольну групу склали 30 практично здорових дітей. Верифікація діагнозу проводилась на підставі поглибленого обстеження згідно наказу МОЗ України № 627 від 03.11.2008 р. Вміст галектину-3 визначали імуноферментним методом (ELISA) за набором «Human Galectin-3».

Результати. У ході дослідження нами виявлено високі показники галектину-3 при наявності міхурово-сечовідного рефлюксу у малюків ($8,36 \pm 1,03$) [95% ДІ, 6,53-10,19] нг/мл. Достовірно меншою була концентрація даного маркера у дітей групи порівняння ($2,97 \pm 0,94$) [95% ДІ, 1,77-4,17] нг/мл та у практично здорових обстежених ($1,5 \pm 0,16$) [95% ДІ, 0,85-2,19] нг/мл, $p < 0,01$. Найвищий показник галектину 3 реєструвався у дітей віком 2-3р. ($9,67 \pm 1,36$ нг/мл.) [95% ДІ, 7,81-10,94 нг/мл], що достовірно відрізнялось від показника у дітей віком 1-2р. ($6,92 \pm 0,75$ нг/мл), ($p < 0,05$) [95% ДІ, 6,15-9,34 нг/мл] та 1міс.-1р. ($5,0 \pm 0,76$ нг/мл), ($p < 0,05$) [95% ДІ, 3,29-6,85 нг/мл], відповідно. Встановлено, що достовірно значущим був показник галектину 3 у дітей основної групи, у яких РКІ був вище за 0,17 ($9,18 \pm 1,92$) [95% ДІ, 8,05-10,94 нг/мл], у порівнянні із дітьми групи порівняння у яких показник РКІ був в межах норми ($4,69 \pm 1,17$), [95% ДІ, 3,61-5,47] нг/мл ($p < 0,01$). Разом з тим, у 4 обстежених із ППН ми встановили, що із підвищенням РКІ також зростав рівень галектину 3 ($4,26 \pm 1,12$ нг/мл), однак він був достовірно нижчим ніж у дітей із вторинним генезом захворювання ($8,36 \pm 1,03$) [95% ДІ, 6,53-10,19], ($p < 0,01$). При аналізі рівня досліджуваного маркера залежно від тривалості перебігу ВПН встановлено, що достовірно вищим рівень галектину 3 ($11,36 \pm 4,21$ нг/мл) [95% ДІ, 4,37-15,92 нг/мл] був у дітей, які мали запальний процес в нирках 6 міс. та більше. Тоді як у обстежених через три місяці захворювання визначався вдвічі менший показник галектину 3 ($6,23 \pm 3,28$ нг/мл) [95% ДІ, 3,74-10,01 нг/мл], ($p < 0,05$). Натомість, найнижчим був рівень досліджуваного маркера на початку захворювання ($4,38 \pm 1,64$ нг/мл) [95% ДІ, 2,92-6,53 нг/мл], ($p < 0,01$).

Висновки. Плазмова концентрація галектину-3 достовірно вища у дітей із пієлонефритом на тлі міхурово-сечовідного рефлюксу ніж у малюків із первинним пієлонефритом, що вказує на можливе фіброзоутворення у нирках. При ВПН у більшості дітей (76,02%) встановлено підвищення показника галектину 3 при збільшенні ренально-кортикального індексу. Встановлено, що зі збільшенням тривалості пієлонефриту підвищувались рівні профібротичного показника, що вказує на необхідність визначення галектину 3 у дітей раннього віку, як маркера раннього фіброзоутворення.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ СЕРЕДЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ М. КИЄВА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ШКІЛЬНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Починок Т.В., Васюкова М.М, Казакова Л.М.

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

За останні роки збільшилась кількість навчальних закладів нового типу (гімназій, ліцеїв) у яких безперервно зростає обсяг інформації що отримують діти; це призводить до підвищеного розумового навантаження, яке відбувається на фоні недостатньої фізичної активності, недоліків в харчуванні, порушення режиму відпочинку, сну та інших аспектів умов життя і сприяє відхиленням у стані здоров'я і зменшенню функціональних можливостей організму дітей.

Тому, метою роботи було порівняти стан здоров'я у дітей гімназії та загальноосвітньої школи, який оцінювали за фізичним розвитком (75 гімназистів і 79 школярів) та адаптаційними можливостями серцево-судинної системи до фізичного навантаження (за індексом Руф'є) та рівнем захворюваності (107 гімназистів і 142 школяра) на підставі проведених комплексних клініко-інструментальних досліджень.

За даними обстеження дисгармонійний фізичний розвиток спостерігався частіше у гімназистів (21,3%) у порівнянні зі школярами (12,7%) здебільшого за рахунок низьких показників за центильними стандартами, в той час як у школярів дисгармонійний розвиток спостерігався за рахунок високих показників за центильними стандартами. Тобто, фізичний розвиток школярів був дещо кращим ніж у гімназистів, але не корелював з адаптаційними можливостями серцево-судинної системи на фізичне навантаження (за індексом Руф'є), які загалом були дуже низькими. Високий та вище середнього рівень фізичного здоров'я у обстежених які можуть відвідувати основну фізкультурну групу спостерігався у 10,6% гімназистів і 16,7% школярів. Гімназистів і школярів із середнім рівнем, що мають відвідувати підготовчу групу було більше (21,4% і 19,2% відповідно) і найбільшу групу склали діти з нижче середнього та низким рівнем фізичного здоров'я (68,0% і 64,1% відповідно), які мають займатися у спеціальній фізкультурній групі. Найчастішою системною патологією, що зустрічалась в учнів були захворювання кістково-м'язової системи (порушення постави, сколіоз, кіфоз, деформації грудної клітки, карієс, порушення росту зубів, аномалії прикусу, плоскостопість, клишоногість та ін.) які переважали у гімназистів (97,2%) у порівнянні зі школярами (72,0%). Соматична патологія у більшості випадків спостерігалась у вигляді функціональних порушень. У гімназистів переважали хвороби нервової системи (вегетативні дисфункції, дислалія) – 46,7% і 40,1% відповідно, захворювання органів зору (24,0% і 14,1% відповідно). Дещо частіше у школярів зустрічались захворювання травної системи (47,9% та 41,1%) переважно функціонального характеру (38,0% і 31,8%). Інша патологія зустрічалась приблизно в однаковій кількості: захворювання ЛОР-органів (33,7% і 30,3%), алергічні (6,7% і 5,6%), ендокринні захворювання (10,6% і 14,8%) переважно у вигляді ожиріння.

Таким чином, проведені дослідження свідчать що стан здоров'я учнів дітей середнього шкільного віку за більшістю критеріїв є незадовільним. Незалежно від шкільного навантаження спостерігається поєднана патологія з ураженням декількох систем і органів на

фоні зниження адаптаційних можливостей серцево-судинної системи. Але збільшення навчального навантаження в спеціалізованих навчальних закладах впливає на стан певних систем і органів (кістково-м'язова система, органи зору). Для поліпшення здоров'я дітей м. Києва необхідно звертати увагу лікарів, педагогів і батьків до проведення оздоровлюючих заходів для дітей з відхиленнями у стані здоров'я, до перегляду організації фізичної культури в школах, до просвітницької роботи серед дітей і батьків, щодо здорового способу життя.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ ЗМІН У ДІТЕЙ З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

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

Мета роботи: вивчити предиктори розвитку та профілактики атеросклеротичного процесу у дітей 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). За допомогою анкетувального методу досліджено дані сімейного анамнезу, які свідчать про значну поширеність патології серцево-судинної системи в родині дітей з НДСТ у порівнянні з дітьми без ДСТ. Показано, що у венозній крові дітей з НДСТ у порівнянні з дітьми без ДСТ показники ліпідного спектру крові (загальний холестерин, тригліцериди) не мають суттєвих відмінностей; проте ліпопротеїди високої щільності вірогідно знижені ($1,29 \pm 0,03$ ммоль/л проти $1,52 \pm 0,02$ ммоль/л, $P < 0,05$), а ліпопротеїди низької та дуже низької щільності підвищені ($2,61 \pm 0,01$ ммоль/л та $0,63 \pm 0,01$ ммоль/л проти $2,06 \pm 0,02$ ммоль/л та $0,34 \pm 0,01$ ммоль/л відповідно, $P < 0,05$). Уточнено порушення в імунній системі (клітинна та гуморальна ланки, імунітет слизових оболонок верхніх дихальних шляхів, активність та інтенсивність фагоцитозу, кисень-залежний метаболізм нейтрофілів; деякі цитокіни) дітей з НДСТ у порівнянні з дітьми без ДСТ. Визначено, що у дітей з НДСТ спостерігається підвищена активація систем зсідання крові та фібринолізу за даними концентрацій розчинного фібрину та D-димеру у порівнянні з дітьми без ДСТ, яка в 3,5 рази більша за таку у дітей без ДСТ ($3,595 \pm 0,565$ мкг/мл та $1,041 \pm 0,135$ мкг/мл відповідно, $P < 0,05$), та D-димеру, яка у 2 рази більша у порівнянні з контрольною групою ($51,9 \pm 4,13$ нг/мл та $23,76 \pm 3,76$ нг/мл відповідно, $P < 0,05$). Доведено, що у плазмі крові дітей з НДСТ у порівнянні з дітьми без ДСТ спостерігається зростання в 4 рази пулу нітрат – аніону – маркеру окисного стресу, який прямо корелює з концентраціями розчинного фібрину ($r = +0,645$) та D-димеру ($r = +0,659$), що, в певній мірі, підтверджує порушення в системі згортання крові та фібринолізу у дітей з НДСТ. Визначено також, що у дітей з НДСТ у порівнянні з дітьми без ДСТ спостерігається порушення в системі перекисного окислення ліпідів – антиоксидантної системи захисту (ПОЛ – АОСЗ) (підвищення в еритроцитах венозної крові рівня гідроперекисів ліпідів та малонового діальдегіду, а також зниження відновного глутатіону, глутатіонпероксидази та глюкозо-6-фосфатдегідрогенази). На підставі проведеного кореляційного аналізу доведено взаємозв'язок між показниками імунітету, системи ПОЛ – АОСЗ та факторами порушеного метаболізму колагену у дітей з НДСТ, що дозволяє говорити про наявність умов для раннього розвитку атеросклеротичного процесу у цієї категорії дітей. На підставі доведених змін в організмі дітей з НДСТ розроблено реабілітацію цієї категорії дітей шляхом застосування комплексу, спрямованого на нормалізацію стану імунітету та ПОЛ – АОСЗ показників зсідання крові та фібринолізу (БАД «Бурштинову кислоту»; Риб'ячий жир – 500) на фоні раціонального режиму доби, харчування, санації вогнищ хронічної інфекції, масажу, ЛФК, засобів, що загартовують організм.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ АПОПТОЗУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З АНЕМІЄЮ ЗАПАЛЕННЯ

Погрібна А.О.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Мета дослідження. Оцінити активність процесу апоптозу у дітей раннього віку з анемією запалення.

Матеріали і методи. До основної групи увійшли 57 дітей з гострими запальними бактеріальними захворюваннями органів дихання. В процесі роботи основна група була розділена на дві підгрупи в залежності від гематологічної картини. До першої увійшли 27 дітей, у яких на тлі гострого запального бактеріального захворювання розвинулася анемія запалення. Другу групу склали 30 дітей з гострими запальними бактеріальними захворюваннями органів дихання без ознак анемії. До контрольної групи увійшло 20 умовно здорових дітей. Усі пацієнти були репрезентативні за віком. Вміст каспази-7, каспази-9 і фосфоліпази А2 було визначено методом імуноферментного аналізу (ІФА) в сироватці крові з використанням комерційних наборів.

Отримані результати. За результатами проведеного дослідження встановлено статистично значущу активацію процесу апоптозу на тлі гострого запального бактеріального захворювання органів дихання у дітей раннього віку, що проявлялося достовірним зростанням у сироватці крові каспази-9. При чому найбільший вміст каспази-9 ми спостерігали в першій підгрупі. В другій підгрупі $9,88 \pm 0,87$ нг/мл проти $13,26 \pm 1,96$ нг/мл у першій ($p < 0,05$) та групи контролю $5,82 \pm 0,58$ нг/мл, $p < 0,01$. У той же час при дослідженні вмісту каспази-7 ми не встановили достовірної різниці показників, що досліджувалися у дітей основної групи від контрольної ($0,27 \pm 0,02$ нг/мл та $0,32 \pm 0,01$ нг/мл відповідно, $p < 0,05$). Тобто, ми спостерігали відсутність активації ефекторної ланки каспазного каскаду. Спираючись на знання про те, що каспазний каскад може реалізуватися за рахунок каспази-3 та асоційованою з нею фосфоліпази А2 (ФЛА2), ми дослідили вміст означеної ФЛА у дітей з груп спостереження. Встановлена наявність достовірного зростання вмісту ФЛА2 у дітей основної групи проти показників контролю. Нами відмічено, що найвищі рівні означеного ферменту спостерігалися у дітей першої підгрупи ($4,46 \pm 0,4$ нг/мл проти $2,28 \pm 0,4$ групи контролю, $p < 0,05$). Крім того, нами встановлено наявність прямого кореляційного зв'язку між вмістом ФЛА2 та рівнем каспази-9 ($r = 0,61$, $p < 0,01$).

Висновки. Таким чином, анемія запалення, що розвивається на тлі гострих запальних бактеріальних захворювань органів дихання у дітей раннього віку, супроводжується активацією апоптотичних процесів, в яких, однак, по різному реалізується активація різних ланок каспазного каскаду, що вочевидь зумовлено розвитком активних некротичних процесів, які відбуваються на тлі гострого запалення.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ

Прохорова М.П.

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

До найбільш поширених і тяжких за клінічним перебігом алергічних захворювань, що, як правило, розпочинаються в дитячому віці, традиційно відноситься atopічний дерматит (АД). У загальній структурі дерматологічної захворюваності питома вага цієї нозології становить 20%, а у структурі алергічних захворювань – від 50-75%. Так, за даними офіційної статистики, захворюваність на АД в Україні коливається в межах 3-10%. Дедалі частіше звучать підтвердження зростання ролі лактазної недостатності у виникненні та розвитку atopічного дерматиту у дітей.

Під нашим спостереженням було 20 дітей з atopічним дерматитом, малюкова форма (АДМФ), 35 обстежених з atopічним дерматитом, дитяча форма (АДДФ), у віці від 1 до 10 років. Контрольну групу склали 30 здорових дітей того ж віку. Загальноклінічні методи дослідження включали анамнез хвороби, алергологічний анамнез, дані клінічного огляду, стану мікробіоценозу кишечника, визначення вуглеводів у калі.

Кишковий дисбіоз спостерігався у більшості дітей з АДМФ 90,2% порівняно з обстеженими АДДФ 85,2% випадків відповідно. По даним мікробних карт визначались якісні та кількісні зміни кишкової палички у 54% дітей з АДДФ та 62% хворих з АДМФ, ріст умовно-патогенних ентеробактерій (клебсієла, ентеробактер, протей, цитробактер) у 55, 64% відповідно, кількість *St.aureus* – 51, 56,5% відповідно, дрожеподібних грибів роду *Candida* – 41, 47,3% відповідно, відсутність біфідобактерій виявлено у 75, 85% відповідно, лактобактерій у 67, 78% відповідно. Позитивним було визначення вуглеводів у калі 72,5% хворих з АДМФ і 65,4% дітей з АДДФ. Усі обстежені діти отримували безлактозне харчування, на грудному вигодовуванні лактазу (Мамалак) із розрахунку 750 Од лактази на 100 мл молока. Пацієнтам обох груп призначали пробіотик, який містить *Bifidobacterium bifidum*, *Lactococcus lactis*, *Bifidobacterium lactis* не менше $1,0 \times 10^9$ КОЕ/г по ½ саше 1 раз на добу під час їжі розчинити у 100 мл води до 2 років, після 2 років по 1 саше 1 раз на добу на протязі 4 тижнів. Після проведеного курсу лікування пробіотиком, який містить *Bifidobacterium bifidum*, *Lactococcus lactis*, *Bifidobacterium lactis* не менше $1,0 \times 10^9$ КОЕ/г дисбаланс між рівнем висіву індогенної мікрофлори та умовно-патогенних бактерій зменшився. Концентрація золотистого стафілококу зменшилася до рівня показників у здорових дітей ($p < 0,05$), ріст умовно-патогенних ентеробактерій (клебсієла, ентеробактер, протей, цитробактер) зменшився в 4-5 разів, гемолітичної кишкової палички в 4 рази, зниження частоти обсіменіння кишечника грибами роду *Candida*.

Після застосування пробіотика, який містить *Bifidobacterium bifidum*, *Lactococcus lactis*, *Bifidobacterium lactis* не менше $1,0 \times 10^9$ КОЕ/г у всіх дітей були виявлені біфідумбактерії і лактобактерії, що виражалось у кількісному зростанні показників контамінації кишечника цими видами нормальної мікрофлори – біфідумбактерії -lg 12,3 КУО/г, лактобацили – lg10,4 КУО/г. Після проведеного лікування спостерігалась позитивна динаміка клінічних проявів на шкірі (зникнення пухирцевих висипань, зуду).

До лікування ураження шкіри по шкалі SCORAD оцінювалось у 3 бала у 28,5% хворих з АДМФ і 26,9% з АДДФ, в 2 бала – у 58, 5% обстежених з АДМФ та 52,4% з АДДФ, в 1 бал – у 13% дітей з АДМФ і 20,7% з АДДФ. Після курсу лікування шкіряний симптом в 0 балів виявлено було у 78,6% дітей з АДМФ та 82,4% з АДДФ, 1 бал – у 21,4% хворих з АДМФ і 17,6% з АДДФ.

ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ПІДЛІТКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

^{1,2}Рак Л.І., ¹Введенська Т.С., ²Штрах К.В., ^{1,2}Бессонова І.М.,

¹Кашкалда Д.А., ^{1,2}Носова О.М., ¹Сухова Л.І.

¹ДУ "Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України"

²Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків

Судинна ендотеліальна дисфункція є незалежним чинником формування хронічної серцевої недостатності в людей з хронічними хворобами серця та обтяжує перебіг артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, ожиріння тощо. Враховуючи зростання захворюваності на артеріальну гіпертензію (АГ) в дітей і підлітків, доцільним стало визначення стану ендотеліальної функції як важливого прогностичного фактору та чинників, які впливають на формування ендотеліальної дисфункції.

Мета: оцінити стан ендотеліальної функції та визначити показники нейрогуморальних систем регуляції в дітей з АГ з урахуванням їхньої фізичної активності та толерантності до фізичного навантаження. Матеріали та методи. Обстежено 30 дітей 12-18 років (середній вік склав $15,23 \pm 1,74$ років) з АГ без ожиріння й 32 – з АГ та ожирінням. Групу порівняння склали 38 практично здорових однолітків з ознаками дисплазії сполучної тканини. Проводилися антропометрія з оцінкою індексу маси тіла (ІМТ), ЕКГ, доплер-ЕХОКГ, проба з реактивною гіперемією, визначення толерантності до фізичного навантаження за допомогою проби Руф'є, оцінка фізичної активності (за анкетой МАОФА); визначення добової екскреції катехоламінів із сечею, рівнів кортизолу, серотоніну, сечової кислоти й лактату в крові. Встановлено, що 58% дітей з АГ характеризувалися низькою фізичною активністю впродовж тижня. 51,2% хворих мали слабкі та нижче середнього результати проби Руф'є, що в 1,8 разів частіше, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$). У 63,6% дітей з АГ без ожиріння спостерігалась недостатня ендотелійзалежна вазодилатація. У цих пацієнтів визначалися достовірно вищі показники товщини міжшлуночкової перегородки та маси міокарда лівого шлуночка ($p < 0,05$) водночас з нижчими значеннями ударного й хвилинного об'ємів ($p < 0,01$) та підвищеними швидкісними показниками трансмітрального кровотоку ($p < 0,05$) зі зниженням у межах норми коефіцієнту Е/А ($p < 0,01$), а також вищий рівень лактату крові ($p < 0,05$) порівняно з дітьми з підвищеним артеріальним тиском (АТ) і нормальною ендотелійзалежною вазодилатацією. У цілому хворі з АГ мали вірогідно вищий рівень кортизолу ($577,7 \pm 68,6$ нмоль/л; $p < 0,05$), високі значення кортизолу крові спостерігалися у 30,0% підлітків з АГ. Ендотеліальна дисфункція частіше реєструвалася в підлітків з АГ і ожирінням (у 76,5%; $p < 0,05$), а також в пацієнтів з АГ і гіперурікемією ($p < 0,05$). Наявність ендотеліальної дисфункції в дітей без ознак ожиріння істотно не залежала від рівня підвищеного АТ, індексу маси тіла, індексу Руф'є та фізичної активності. Водночас, 61,5% підлітків з недостатньою ендотелійзалежною вазодилатацією демонстрували знижену толерантність до фізичного навантаження. Кореляційний аналіз показав, що на діаметр артерії в стані спокою та швидкісні характеристики кровотоку впливають катехоламіни, кортизол і серотонін, а ступінь ендотелійзалежної вазодилатації та систоло-діастолічне співвідношення залежать від рівня екскреції катехоламінів та серотоніну крові.

Отже, активація систем нейрогуморальної регуляції, наявність ожиріння й гіперурікемія сприяють формуванню ендотеліальної дисфункції. Ендотеліальна дисфункція може бути предиктором гіпертонічного ремоделювання серця в підлітків і ранньою ознакою порушення діастолічної функції серця.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ, ЩО МАЮТЬ МАЛІ АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ СЕРЦЯ

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

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

Малі аномалії розвитку серця (МАРС) – це гемодинамічно несуттєві анатомічні зміни структур серця і магістральних судин, що виникли в періоді ембріогенезу або в постнатальному періоді та не призводять до грубих порушень функцій серцево-судинної системи. Відповідно до класифікації, розробленої С.Ф. Гнусаєвим, вирізняють наступні типи МАРС: аномально розташовані трабекули в лівому шлуночку, аномально розташовані хорди мітрального клапана, пролапс мітрального, трикуспідального та аортального клапанів, дилатація стовбура легеневої артерії, гранично вузький і широкий корінь аорти, дилатація синусів Вальсальви, бікуспідальний аортальний клапан, збільшений євстахієв клапан, відкрите овальне вікно, невелика аневризма міжпередсердної перегородки та ін. Частота МАРС, що виявляється методом ехокардіоскопії (ЕХО-КС), за даними різних авторів, коливається від 39 до 68,9%. Відомо, що МАРС часто ускладнюються серцевими аритміями, порушеннями провідності, при них можливий розвиток тромбозів, інфекційного ендокардиту. Крім цього, у таких дітей може спостерігатися кальцифікація і фіброз стулок клапанів, розрив хорд, а також міксома. Деякі з МАРС роз-

глядаються як складова частина синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Часто MAPC виявляються у дітей, яких відносять до категорії «практично здорові», однак, іноді вони суттєво впливають на життя пацієнта.

Метою нашої роботи була оцінка якості життя дітей, які мають MAPC.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходились 102 дитини з різними MAPC віком 12-17 років, серед них дівчаток – 59 (57,8%), хлопчиків – 43 (42,2%). Діагностика MAPC ґрунтувалася на скаргах, результатах клінічного обстеження, даних ЕХО-КС. Якість життя дітей оцінювали за допомогою опитувальника 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) за 8 шкалами, які групуються у два загальні показники: фізичний компонент здоров'я – фізичне функціонування (PF), рольова діяльність (RP), тілесний біль (BP), загальне здоров'я (GH) і психологічний компонент здоров'я – життєздатність (VT), соціальне функціонування (SF), емоційний стан (RE) і психічне здоров'я (MH). Контрольну групу склали 86 здорових дітей, які за віком та статевим розподілом суттєво не відрізнялися від основної.

Результати. Якість життя дітей з MAPC була нижче, чим дітей контрольної групи в основному за показниками психологічного компонента здоров'я. Серед показників психологічного здоров'я найгіршим був SF ($64,7 \pm 4,4$), дещо кращими – RE ($67,8 \pm 5,9$), MH ($69,4 \pm 5,2$), найменше зниженим – показник VT ($74,2 \pm 6,2$). В контрольній групі результати були значно кращими: SF $94,1 \pm 9,1$, RE $97,4 \pm 8,9$, MH $92,5 \pm 5,8$, VT $97,3 \pm 7,4$. Загальний показник психологічного компонента здоров'я дорівнював в основній групі спостереження $69,1 \pm 5,9$, в контрольній – $95,3 \pm 8,1$ ($p < 0,05$). Фізичний компонент здоров'я у дітей з MAPC суттєво не страждав, за виключенням показника BP, який неочікувано виявився зниженим – $82,1 \pm 5,0$, в той час у здорових дітей він дорівнював $96,8 \pm 4,1$. Загальний показник фізичного компонента здоров'я склав $91,8 \pm 8,1$ в основній групі та $95,5 \pm 3,1$ в контрольній ($p > 0,05$).

Висновки. Оцінка якості життя – важливий компонент для визначення тактики ведення дітей та підлітків, що мають малі аномалії розвитку серця. Беручи до уваги результати дослідження, ми вважаємо, що всі діти з MAPC додатково потребують консультації психоневролога.

ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМОК ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Салтикова Г.В., Гнилоскуренко Г.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Кафедра педіатрії №4, м. Київ

Актуальність. В умовах активного впровадження реформ в різних ланках медичної допомоги населенню в Україні, значно зменшилась кількість показань для виїзду машин швидкої медичної допомоги, реорганізовані пункти невідкладної медичної допомоги, обмежені електронні черги до сімейного лікаря та вибірковий виїзд лікаря додому до хворого сприяє тому, що люди залишаються іноді сам на сам з поганим самопочуттям своїм або своєї дитини.

Найбільш вразливими в цій ситуації є дві верстви населення: це діти та самотні люди старечого віку. В першому випадку потрібне щоденне спостереження за перебігом захворювання у дитини та батьки не завжди можуть впоратися з певною симптоматикою, в другому – людина не може самостійно провести рутинні методи самообстеження (вимірювання артеріального тиску або температури) та зробити у разі потреби ін'єкцію. Тому в нашій, як і багатьох Європейських країнах, існує приватний сектор надання медичної допомоги, коли за власний кошт родичи або батьки дитини можуть викликати швидку медичну допомогу. Виклик бригади швидкої медичної допомоги коштовний як в нашій країні так і закордоном. Перспективними напрямками організації медичної допомоги стає телемедицина, з використанням дистанційних пристроїв та можливість вибору самим пацієнтом або його рідними кваліфікації надання медичної допомоги (медичної сестрою, лікарем онлайн або лікарем особисто в домашніх умовах).

Мета: ознайомитись та оцінити можливості одного із напрямків організації медичної допомоги населенню Польщі в сучасних умовах – мобільної аплікації «Лікар поруч», як відображення лікарської мобільності.

Ознайомлення з представленою мобільною аплікацією відбулося в рамках медичного стажування «Менеджмент охорони здоров'я», що проходило у м. Варшава, країни Польщі. Всі лікарі, та медсестри з освітою бакалавр, що мають приватну практику можуть підключитися до цієї мережі та прийняти участь в обслуговуванні населення. Адміністраторами є лікарі, що мають високий рівень акредитації, доктори філософії, які мають змогу контролювати якість надання медичної допомоги будь якій людині, що скористалася послугами, для цього ведуться електронні картки пацієнта, наявні аудіо та відеозаписи консультацій кожного лікаря або медичної сестри, що надають допомогу населенню через цей додаток. А також, є можливість оплатити послуги медичних працівників, залежно від наданого об'єму допомоги на підставі задокументованої консультації, та сплачувати податки відповідно до статей закону про приватну практику.

Кожний медичний працівник, що підключений до цього додатку має свій логін та може увійти в систему і бути доступним для надання медичної допомоги в той час коли йому зручно, але якщо він уже є в мережі додатку не може відмовити у наданні послуг. Кожний користувач через додаток у мобільному телефоні може бачити карту свого міста з локаціями в даний момент часу тих медичних працівників, що є поруч з місцем знаходження пацієнта та скористатися послугами приватного сектору надання медичної допомоги: виклик лікаря додому, виклик додому медсестри (бакалавр – вимірювання АТ, цукру крові, проведення загального огляду, аускультатії

та перкусії), що корегує призначення за допомогою аудіоконсультації по телефону з лікарем, консультація лікарем по скайпу. Вартість різних консультацій залежить від того який варіант огляду вибирає пацієнт та якого рівня медичний працівник його обслуговує, чим менше кваліфікація медичного працівника, тим дешевше консультація. Таким чином, впровадження в роботу такого варіанту організації медичної допомоги населенню дозволяє медичним працівникам бути мобільними, швидше надавати якісну медичну допомогу та проводити контроль лікування в домашніх умовах, особливо при дефіциті лікарів або великих відстаней до стаціонарних амбулаторій від помешкання пацієнта, а у пацієнта існує можливість вибору виду надання якісної медичної допомоги, що має різну вартість. При цьому обидві сторони лікувального процесу юридично та фінансово захищені.

Висновки: враховуючи досвід організації системи медичного обслуговування у Польщі, що уже більше десяти років працює в умовах проведених медичних реформ зрозуміло, що подібно приділяти активну увагу можливості співіснування різних форм надання медичної допомоги, як державного так і приватного секторів. Також, має бути вибір, що до медичного обслуговування для кожної людини, при стандартах надання базової медичної допомоги (яка може бути забезпечена за рахунок держави як на базі приватних так і на базі державних амбулаторій). Необхідно використовувати всі сучасні можливості комунікацій для надання медичної допомоги якісно та вчасно.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В ДИТЯЧОМУ САНАТОРІЇ “ДЖЕРЕЛО”

**Саранча С.М., Борисенко М.І., Кобаско Г.Р., Пелеп'юк Л.Р., Тучкова В.С.,
Копанько О.А., Шулак Г.М.
Санаторій “Джерело”, м. Трускавець, Україна.**

За даними літератури та власних спостережень у більшості дітей (до 98%) із захворюваннями органів травлення тривалістю 3 роки і більше діагностуються різні варіанти поєднаної патології. Проблема реабілітації дітей з поєднаною патологією органів травлення залишається актуальною в сучасній дитячій гастроентерології. Важливою її складовою є санаторно-курортне лікування.

У більшості пацієнтів (94,7%), що були направлені на санаторно-курортне лікування до дитячого санаторію “Джерело” за останні 10 років мали різні варіанти поєднаної патології органів травлення. Серед них найбільшу питому вагу займали діти із поєднаною патологією біліарної та гастродуоденальної систем. За необхідності пацієнтам в санаторії проводилося параклінічне дообстеження.

Реабілітаційні комплекси дітям з різними варіантами поєднаної патології призначалися диференційовано. Вони включали щадно-тренуючий режим з наступним переведенням на тренуючий, дієтотерапію, мінеральні води в залежності від варіанту поєднання патології органів травлення та фізіотерапевтичні методи. Хворим з патологією гепатобіліарної системи призначалася “Нафтуса” у вікових дозах, а при захворюваннях і гастродуоденальної зони – додатньо також і мінеральна вода джерела №1 або джерела №2 в залежності від стану кислотоутворюючої функції шлунка. Дітям при захворюваннях кишечника зі схильністю до проносів призначалася мінеральна вода джерела №1, а зі схильністю до закрепів – мінеральна вода джерела №2. Пацієнтам з дискінезією жовчовивідних шляхів за гіпотонічним типом і при відсутності патології підшлункової залози “Нафтуса” також призначалася і у вигляді тюбажів.

Фізіотерапевтичні методи лікування дітям включалися в реабілітаційний комплекс за індивідуальним підбором: методи апаратної фізіотерапії, озокеритні аплікації, ванни: (мінеральні, хвойні, кисневі, перлині та інші за показаннями). Ефективність магніто-лазеро-ультраулкової терапії при хронічному запаленні слизової оболонки гастродуоденальної зони та гепатобіліарної системи за результатами наших спостережень підвищується при застосуванні її на фоні наявності в шлунку дитини мінеральної води джерела №1.

Під впливом диференційованого комплексного санаторно-курортного лікування поєднаної патології органів травлення наступило покращення у 98,4% дітей, а у 1,6% – стан органів травлення залишився без суттєвої позитивної динаміки.

ЗАСТОСУВАННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ «НАФТУСЯ» В ЛІКУВАЛЬНОМУ КОМПЛЕКСІ ЛЯМБЛІОЗУ

**Саранча С.М., Борисенко М.І., Томашівська Л.М., Унжина Н.П., Левицька І.О.,
ДЗ ДСС сан. «Джерело», м. Трускавець, Україна**

Лямбліоз досить розповсюджений серед населення України, особливо дітей. Сприяють розвитку лямбліозу ряд чинників: хронічні захворювання травного каналу, дизбіоз кишечника, кишкові інфекції, хвороби із вторинними імунodefіцитами, дистрофія, гіповітамінози, перегрівання.

Мета дослідження: вивчити вплив мінеральної води «Нафтуса» на ефективність лікування лямбліозу. Під спостереженням перебувало 60 дітей різної статі віком від 5 до 15 років, в основному, з вперше виявленим лямбліозом, що оздоровлювалися в дитячому

санаторії «Джерело». Лямбліоз у дітей клінічно проявлявся диспепсичними проявами, болями в епігастрії та біля пупка, частим смердючими не інтенсивно забарвленими випорожненнями. У частини хворих періодично мала місце водяниста діарея.

В залежності від призначеного комплексу лікування, пацієнти були поділені на дві групи: №1 – основна (40 хворих), №2 – контрольна (20 хворих). У групах хворі були близькі за віком, статтю та клінічними ознаками захворювань. Усім дітям призначалась дієта № 5. Специфічне лікування лямбліозу проводилося вормілом. Діти першої групи отримували базову санаторно-курортну терапію, мінеральну воду «Нафтуса» підігріту до 37-40°C тричі на день за 60 хв. до їди в дозі 5 мл/1 кг маси тіла та по 400 мг вормілу один раз на день після їжі впродовж п'яти днів. Другій групі дітей призначалися лише базова санаторно-курортна терапія без мінеральної води «Нафтуса» та ворміл. Після проведеного лікування проводилось трьократне дослідження випорожнень. У основній групі воно виявило лямблії у 5%, а в контрольній групі – у 20% хворих.

Результати дослідження свідчать, що включення мінеральної води «Нафтуса» в лікувальний комплекс лямбліозу потенціє дію специфічної терапії.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ШКОЛЯРІВ В КІНЦІ НАВЧАЛЬНОГО РОКУ

Синоверська О.Б., Осадець Н.Б.

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

В останні роки спостерігається чітка негативна тенденція у стані здоров'я школярів: значно скоротилася чисельність здорових і зросла частка дітей з хронічною патологією, підвищується загальна захворюваність, спостерігається швидка хронізація ряду хвороб і їх помолодження. Беззаперечним є той факт, що діти більшу частину свого часу проводять у школі. Тому вплив шкільного навчання і всього, що його супроводжує, на стан здоров'я школярів є безумовним. Не секрет, що сучасна школа має багато складних проблем. Це інтеграція до нових програм і форм навчання, підтримання навчальної дисципліни, врегулювання різноспрямованих взаємовідносин у стінах школи, оптимізація шкільної адаптації. Пріоритетним є успішне, адекватне включення школяра в систему шкільного навчання. Втім, висока інтенсивність навчального процесу вимагає від учнів значних фізичних і психоемоційних затрат. А на практиці досить часто відбувається ігнорування індивідуальних фізіологічних особливостей школяра, що може викликати напруження або зрив основних функціональних систем організму дитини, стати фоном для розвитку чи загострень соматичних захворювань. Відомо, що кінець навчального року завжди супроводжується інтенсифікацією навчального процесу, підготовкою до підсумкової атестації, що для більшості школярів є як фізичною, так і емоційною стресовою ситуацією.

З метою оцінки фізичного і психічного стану школярів в кінці навчального року, нами було використано методику тестування САН, що включає в себе тридцять показників, на які діти давали позитивну або негативну відповідь, в міру своїх відчуттів в даний момент часу. Для анкетування було обрано 829 учні загальноосвітніх шкіл міста Івано-Франківська різної вікової категорії (10-17 років) та 238 студентів першого курсу медичного коледжу ДВНЗ «ІФНМУ», які мали різну інтенсивність навчального процесу. Нами для анкетування було вибрано 5-ті класи, оскільки діти змінили середовище навчання перейшовши на всіх вчителів, 8-мі класи загально-освітніх шкіл та 8-мі класи природничо-математичного ліцею, які вважаються першим курсом даного закладу, а також перший курс медичного коледжу, який по віку відповідає 10-му класу загальноосвітньої школи. Після опрацювання одержаного матеріалу, ми прийшли до висновку, що в кінці навчального року всі діти мають порушення і самопочуття, і активності, але по мірі зростання інтенсивності навчального процесу, рівень погіршення показників зростає. Так у студентів медичного коледжу та учнів 10-тих класів значно гірші показники активності та фізичної втоми у порівнянні з учнями молодших класів. Більш-менш позитивний настрій спостерігався у студентів медичного коледжу та учнів п'ятих класів, найгірший настрій був в учнів 10-тих класів. Щодо самопочуття, то найкраще себе почували студенти медичного коледжу, а найгірше – знову ж таки учні 10-тих класів. Слід також відзначити, що в ході анкетного опитування найвищі негативні бали отримали питання, які стосувалися порушень сну, втоми, бажання відпочити. Школярі 10-тих класів і студенти медичного коледжу першого курсу дуже часто вказували на незадоволеність і відчуття розчарованості.

Отже, в процесі оцінки анкетних даних найбільшу кількість негативних балів по анкетних запитаннях отримали школярі 10-х класів, що можливо зв'язано із збільшенням інтенсивності навчального процесу у даної групи дітей. В сучасному світі становлення особистості школяра потребує більш індивідуалізованого підходу до процесу навчання. Запорукою цього має стати плідна співпраця вчителів, психологів, медичних працівників та батьків школярів.

ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНА ДІАРЕЯ У ДІТЕЙ ТА ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ

¹Скрипникова Я.С., ¹Іванько О.Г., ²Кучеренко О.А., ²А.В. Сех

¹Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

²Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги, м. Запоріжжя

Профілактика та лікування внутрішньолікарняної діареї (ВЛД) залишається проблемою вітчизняної педіатрії, що недостатньо вивчена і організаційно не вирішена. Настанов по реєстрації ВЛД не існує. Діагноз ВЛД виставляється вкрай рідко, бо лікарі побоюються штрафних санкцій з боку СЕС. Під ВЛД слід розуміти гострий епізод діареї, яка була відсутня на момент надходження дитини

в стаціонар і виникла через 3 та більше днів перебування у лікарні. ВЛД погіршує перебіг основного захворювання, потребує додаткових витрат на лікування та подовжує час перебування в стаціонарі. Дані про розповсюдженість ВЛД майже відсутні, тому що цей діагноз дуже рідко реєструється в статистичній звітності. За даними літератури, тільки в 56% випадків було виявлено причинний збудник ВЛД. Головними збудниками нозокоміальної діареї виявилися *S.difficile* (32%), ротавіруси (31%) та аденовіруси (30%). Іншими причинами ВЛД може бути побічні дії ліків, цей побічний ефект виявлений більш ніж у 70 видів препаратів. Антибіотики по різним оцінкам є причиною 5-25% випадків усіх медикаментозних діарей. Деякі ліки містять сорбіт або інші вуглеводи, що можуть викликати осмотичну діарею. Преморбідний фон дитини (лактазна недостатність, запальні захворювання кишківника, синдром подразнені кишки та ін.) можуть сприяти розвитку ВЛД. Одною із значущих причин розвитку ВЛД, на наш погляд, є масові порушення харчування дітей в стаціонарах, що припускають батьки дитини, не зважаючи на пояснювальну роботу лікарів, середнього та молодшого персоналу. Дедалі більшу розповсюдженість має антибіотико-асоційована діарея (AAD – A04.7, МКХ 10), тому що у більшості випадків госпіталізація дитини супроводжується призначенням антибактеріальної терапії. AAD – це діарея, що розвилася на тлі прийому антибіотиків і не має інших інфекційних причин. Механізми розвитку AAD пов'язані з прямим впливом на слизову оболонку травного тракту, зміною мікробного пейзажу кишківника та зниження бактеріального метаболізму жовчних кислот. Крім того, зміни в мікрофлорі можуть привести до підвищення сприйнятливості до інфекції. Шляхами профілактики ВЛД крім дотримання санітарно-епідемічного режиму, є раціональне харчування, раціональна антибактеріальна терапія, а також призначення препаратів, що містять пробіотичні штами. Під нашим наглядом впродовж довгого часу (з 2006 р. до теперішнього часу) знаходяться діти з опіковими травмами, що отримують лікування в опіковому відділенні Міської лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя. Системну антибактеріальну терапію отримують приблизно 40,7% відсотків дітей середньою тривалістю 9,2 дні. Приблизно 12% отримували антибактеріальну терапію більш ніж 3 препаратами. За нашими даними AAD без одночасного прийому пробіотичних штамів розвивалась в 22% випадків антибактеріальної терапії та в 8,6% випадків у дітей, які отримували пробіотичні штами. Профілактичне призначення пробіотичних штамів не тільки знижує частоту виникнення AAD, але полегшує її перебіг. На тлі прийому пробіотиків AAD мала легкий перебіг і не потребувала призначення метронідазолу і ванкомицину. Полегшення стану спостерігалось вже при призначенні препаратів на основі *Saccharomyces boulardii* і не потребувало відміни антибактеріальної терапії, що часто не є можливим під час лікування дітей з опіковою травмою.

ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗАНЬ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ З ВИКОРИСТАННЯМ КЛІНІКО-МАТЕМАТИЧНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ

Товма А.В., Іванько О.Г., Пацера М.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Однією зі значущих медико-соціальних проблем сьогодення як в Україні, так і в цілому світі є артеріальна гіпертензія (АГ), яка є провідним фактором виникнення кардіоваскулярних подій. Початок АГ слід шукати в підлітковому та молодому віці, коли формуються нейрогенні і гуморальні механізми регуляції серцево-судинної системи. Проблема діагностування АГ полягає у відсутності специфічних скарг або асимптомному перебіг, тому і діагностується це захворювання несвоєчасно. Частіше на АГ страждають підлітки з надмірною масою тіла та ожирінням, що є наслідком гіподинамії. У дітей після встановлення факту підвищення артеріального тиску (АТ) протягом наступних 3-7 років хвороба має прогресуючий характер з розвитком у підлітків. Доведено, що нормалізація маси тіла, систематичні аеробні динамічні вправи, дієтичні модифікації можуть суттєво знижувати АТ у дітей. Тому фахівці провідних асоціацій дитячих лікарів стверджують, що лікування АГ у дітей і підлітків слід починати з немедикаментозної терапії. Саме тому актуальним напрямком сучасної педіатрії є вивчення предикторів розвитку ускладнень первинної АГ на ранніх етапах її розвитку, яке дозволяє запобігти хронізації гіпертензії з ураженням органів-мішеней і формуванню гіпертонічної хвороби в дорослому віці.

Мета роботи – визначити показання до фізичної реабілітації підлітків з первинною АГ за допомогою клініко-математичного прогнозування віддалених результатів перебігу захворювання.

Матеріали і методи. До дослідження було залучено 166 (86 юнаків і 80 дівчат) підлітків основної групи з діагнозом АГ. Контрольну групу склали 34 особи з нормотензією. Середній їх вік склав $17,1 \pm 0,05$ років. Фізична реабілітація у вигляді тривалих занять на велотренажері (ВТ) призначена 44 підліткам основної групи, інші 122 склали контрольну групу, які не проходили курс тренувань на ВТ і дотримувались рекомендацій щодо здорового способу життя. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного пакету «Statistica 6.0». У розробці прогностичних рівнянь використовували кореляційно-регресійний аналіз з побудовою ROC-кривих та логістичної регресії.

Результати. За даними кореляційно-регресійного аналізу виявлені предиктори несприятливого результату проведення фізичної реабілітації, якими стали систолічний АТ вище 131 мм рт. ст., показник варіабельності серцевого ритму pNN50 більше 16,6% та індекс

маси тіла (ІМТ) більше 25 кг/м². Для розвитку стабільної АГ несприятливими були: середня ЧСС вночі більше 62 за хв. за методом Холтер-ЕКГ моніторингу, середньодобовий пульсовий АТ за добовим моніторингом більше ніж 57 мм рт. ст. та ІМТ вище 25 кг/м². Перевищення товщини задньої стінки лівого шлуночка на момент встановлення діагнозу АГ більше 8,0 мм, ІМТ більш ніж 25 кг/м² та середньодобовий пульсовий АТ більш ніж 57 мм рт. ст. за добовим моніторингом містять ризик швидкої гіпертрофії лівого шлуночка серця.

Висновки: підліткам із первинною АГ слід призначати тренування на ВТ в аеробному режимі та дотримання рекомендацій щодо модифікації способу життя для відстрочення проявів кардіоваскулярних ускладнень АГ. Якщо на підставі прогнозування передбачається несприятливий перебіг хвороби, то фізична реабілітація поєднується з медикаментозними засобами лікування.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД У ФОРМУВАННІ ПРАВИЛЬНИХ ЗВИЧОК І ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ПРОЕКТІ «ЗДОРОВИМ БУТИ МОДНО!»

Токарчук А.Ю., Король Г.М.

Актуальність. Сьогодні за даними ВООЗ проблема зайвої ваги та малорухомого способу життя є однією з актуальних і названа неінфекційною епідемією. За даними досліджень Єнського університету імені Фрідріха Шимера Україна очолила список країн із високою смертністю внаслідок неправильного харчування. За результатами одного з досліджень ВООЗ, де вчені проаналізували дані 51 країни європейського регіону (разом із Туреччиною, Ізраїлем, а також пострадянськими державами, які географічно розташовані в Азії) за період з 1990 по 2016 роки, встановили, що рівень смертності в Україні через неправильне харчування складає 38,2% від усіх смертей. Це найвищий показник серед країн Східної Європи та четвертий – серед усіх досліджених країн.

Дослідження. Організаторами було відібрано 60 студентів, 50% з яких мали зайву вагу. Програма проекту складалася з повної лабораторної діагностики та обстеження; консультації лікарів (гастроентеролога, дієтолога, ендокринолога та психолога); призначення коригуючого лікування та безкоштовне надання лікарських препаратів європейської якості; модифікація фізичної активності та оздоровлення. Тривалість проекту склала 3 місяці (старт відбувся 01 лютого 2019 року).

Головними завданнями проекту стали:

- 1) Здобуття студентами-дієтологами навичок практичної роботи під безпосереднім керівництвом практикуючих лікарів-клініцистів.
- 2) Оздоровлення власне самих учасників проекту.

Медико-соціальна мета проекту «Здоровим бути модно!» була популяризація здорового способу життя та раціонального харчування серед студентської молоді. На первинному етапі було проведено комплексне психодіагностичне обстеження на виявлення наявності депресії, агресії (прихованої, вербальної або фізичної, та деяких форм ауто агресії), а також визначення особливостей характеру та темпераменту, рівня самооцінки, соціофобії та впевненості у собі.

Результати. На первинному етапі проекту у більшості студентів діагностуються нестабільність та лабільність усіх психічних процесів (різкі перепади настрою від сміху до істеричного плачу; високі показники «застрягання» у проблемі та постійне повернення до неї, без вирішення власне ситуації та збудження). Отриманні результати пояснюються, як елемент компоненту «дорослішання», адже у групі беруть участь студенти всіх курсів віком від 18 до 24 років.

У методиці визначення моделей та стилів поведінки у конфліктних ситуаціях за К. Томасом домінують невисокі показники впевненості та вміння відстоювати свою власну думку чи пропозицію, а також діагностуються порівняно високі показники «Пристосування» та «Співпраця», що може свідчити про невисокі мотиваційні тенденції до лідерства або наполегливості.

За результатами методики визначення рівня агресії за А. Басса та Е. Дарки отримані данні свідчать про домінування заниженого рівня агресії та підвищеного рівня ворожості. Це говорить про те, що більшість опитаних студентів мають схильність до аутоагресії (внутрішньої агресії до самого себе), підвищений рівень підозрливості до оточуючих та постійної присутності почуття провини. Все це спричинює появи різноманітних механізмів захисту себе, такі як вербальний або фізичний. Так само результати підтверджують проблеми комунікації з суспільством, уникнення «соціального життя» (наприклад, відвідування масових заходів, виступи на семінарах, знайомство з людьми) та невміння/небажання бути авторитетом, невміння говорити «Ні».

Методика диференціальної діагностики депресивних станів за В. Зунгом виявила, що більшість не мають ознак чи власне будь-якого прояву депресії чи її станів, проте 12,5% (5 осіб) опитаних мають легку форму депресії.

Результати методики вимірювання рівнів самооцінки реактивної та особистісної тривожності за Ч.Д. Спілбергом та Ю.Л. Ханіна свідчать, що більшість мають середній та високий (іноді надвисокий) рівні тривожності, як у показнику реактивної тривожності (тобто зараз, на момент заповнення тесту), так і у показнику особистісної (у повсякденному житті, зазвичай). З анамнезу багато хто відмічає поганий сон, неможливість вчасно і швидко заснути, багаторазове просинання за ніч. Підвищена тривожність впливає на більшість процесів, як психічних, так і соматичних, у житті людини.

Загальна картина описує занижене ставлення до себе, відсутність мотивації та бажання, відсутність прагнення до змін, невіра у себе та власні здібності.

По закінченню проекту було проведене повторне (порівняльне) психодіагностичне дослідження. Позитивними змінами стали зменшення рівнів тривожності майже у 40%, підвищення рівня впевненості у собі особисто – 93%. З даних анамнезу багато хто відмітив покращення у самому засинанні, власне тривалості та якості сну. У більшості з'являється більш позитивне ставлення до себе, оточення та в загалом до життя, знижуються або зникають зовсім деякі некомфортні моменти, що раніше викликали занепокоєння (обід у колі друзів, заняття спортом, висловлювання власної точки зору або «бути на очах»).

Також паралельно протягом усього часу надавалася підтримка та постійний психологічний супровід. З кожним учасником були проведені як індивідуальні, так і групові зустрічі у форматі особистих консультацій та тренінгів у малих групах (5-7 чоловік). На таких консультаціях розглядалися індивідуальні випадки, обговорювались питання щодо формування нових моделей поведінки, реакцій на сприйняття інформації та закривалися довго існуючі проблеми, що створювали негативний образ майбутнього з багажем минулого.

Висновки. Консультативна робота лікарів-психологів була спрямована на те, щоб за допомогою спеціально організованого процесу спілкування з учасником проекту актуалізувати додаткові психологічні ресурси і здібності, що можуть забезпечити знаходження виходу з важкої життєвої ситуації. Увага при цьому типі надання допомоги приділяється не стільки наявним проблемам і порушенням, скільки ресурсам особистості пацієнта та його можливостям

ГІПОАНДРОГЕНІЯ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХЛОПЦІВ ІЗ ЗАТРИМКОЮ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ

Турчина С.І., Косовцова Г.В., Костенко Т.П., Левчук Л.П., Юдченко О.І.
Державна Установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної Академії медичних наук України», м. Харків

Висока расповсюдженість затримки статевого розвитку (ЗСР) серед підлітків, яка супроводжується андрогенною недостатністю та гіпоандрогенією (ГА) при інших захворюваннях обумовлюють актуальність вивчення впливу ГА на формування соматичної патології у період статевого дозрівання.

Мета дослідження – визначити вплив гіпоандрогенії на функціональний стан серцево-судинної системи у хлопців із ЗСР.

Матеріали і методи. У хлопців 14-17 років із (ЗСР) визначили вміст загального тестостерону у сироватці крові. В залежності від рівню тестостерону (Т) виділено групи: 1 група – 12,0-8,0 нмоль/л; 2 група – 7,0-4,0 нмоль/л; 3 група – < 4,0 нмоль/л. Вивчали функціональний стан серцево-судинної системи. Визначали показники частоти серцевих скорочень та артеріального тиску. Обчислювали функціональні індекси: коефіцієнт витривалості (КВ); коефіцієнт економичності кровообігу (КЕК); коефіцієнт Робінсона (КР); індекс Аллговера (ІА); вегетативний індекс Кердо (ВІК).

Результати дослідження. 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 третини обстежених мали нормальні значення систолічного АТ (САТ) та діастолічного АТ (ДАТ). Майже у половини (47,8%) хлопців ЧСС була уповільнена, а у 26,9% прискорена. У третини пацієнтів із ЗСР порушення АТ відбувалось за рахунок зниження САТ та ДАТ. На тлі зменшення рівня андрогену відбувалось прискорення ЧСС та зниженням рівня САТ, що може вказувати про напруження у функціональному стані ССС.

Аналіз показників розрахованих функціональних індексів дозволив встановити, що у підлітків із ЗСР збільшення ступеню ГА супроводжується помірним збільшенням середніх по групах значень КВ та відсотку хворих, у яких КВ був більшим за 20 ум.од. (13,3%, 43,8%, 33,3% відповідно по групах). Також на тлі прогресування ГА відбувалось збільшення відсотку хворих із рівнем коефіцієнту КЕК понад 2600 ум. од. (53,3%, 62,5% та 70,0% відповідно по групах). Підвищення КЕК понад 2600 ум.од., особливо у хлопців 3 групи ($p < 0,05$), свідчить про тенденцію до економії витрат резервів ССС. У хлопців усіх груп КР був знижений та відповідав поганому стану ССС. Значення ІА були помірно збільшеними, особливо у пацієнтів 2 та 3 груп ($p < 0,05$), що вказувало на зменшення систолічного викиду у хлопців із ЗСР. Під час індивідуального аналізу значень ВІК встановлено, що серед хлопців 1 групи було вдвічі більше підлітків із ознаками ваготонії (26,7%), ніж серед підлітків 2 групи (12,5%). Серед хворих 3 групи пацієнтів (із мінімальними показниками Т) ознак ваготонії не виявлено. Проте поглиблення ГА супроводжується збільшенням відсотку підлітків із симпатикотонією (46,7%, 68,8% та 70,0% відповідно по групах).

Висновки. Таким чином, проведене дослідження дозволило встановити негативний вплив гіпоандрогенії на функціональний стан ССС. Визначено наявність тісного взаємозв'язку між ступенем дефіциту андрогенів, метаболічними порушеннями та відхиленнями у вегетативній нервовій системі. Доведено, що у хлопців із низьким рівнем тестостерону відбувається посилення симпатикотонії та процесів катаболізму з витратами резервів організму, прогресування метаболічних порушень та ослаблення функціональних можливостей ССС із зменшенням систолічного викиду серця.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕДНЕЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПАТОЛОГИИ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ Г. КИЕВА И МЕТОДОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Хайтович Н.В., Митюрєва И.А., Афанасьєва И.А.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

В вертебрально-оздоровительный центр В.В. Евминова за период 2018-2019г. обратилось 952 ребёнка, жителей г. Киева в возрасте 5-18 лет с различными видами нарушения осанки. Всем детям проводился запатентованный компьютерный скрининговый фото-геометрический диагностический метод «Осанка» с индивидуальной консультацией вертебролога.

В результате обследования установлено, что 251 (26,4%) ребёнок имел нарушение осанки, из них: сколиотическая осанка отмечалась у 169 (67,3%) человек, кифотическая осанка – у 74 (29,5%), а 3,2% (8 человек) имели другие виды функционального нарушения осанки. Следует отметить, что нарушение осанки были свойственны детям в дошкольного и младшего школьного возраста.

Большинство детей имели стойкие органические нарушения осанки -73,6% (701 ребёнок). При этом, анализ данных по компьютеризированному фото-геометрическому методу «Осанка» показал, что угол максимального отклонения сколиотической дуги от срединной линии составляет более 4-5° у 70,1% (497 детей) и соответствует II-й и более степени тяжести сколиоза. Сколиоз III-IV степени был подтверждён у 7,1% (68 человек).

При повторном осмотре 563 детей, которые проходили курс лечения в течение 3-6-10 месяцев с выполнением индивидуальной физической нагрузки на профилакторе Евминова в комплексе с диетотерапией, отмечалась выраженная положительная динамика. Все признаки сколиоза удалось стабилизировать у 57,5% (324) и уменьшить – у 42,5% (239 детей). Отмечено стойкое уменьшение деформации сколиотической дуги у детей с I-ой и II-ой степенью сколиоза соответственно у 84,3% и 57% детей. У 43 детей при грудно-поясничном сколиозе III-IV степени через 10 месяцев зафиксировано уменьшение рёберного горба и перекоса таза.

Функциональные нарушения осанки у большинства обследованных детей 5-8 лет после занятий на профилакторе Евминова с коррекцией питания через 10 месяцев ликвидировались и установлена физиологическая осанка у 85,7%.

Таким образом, проведенная клинико-научная экспертиза показала значительное увеличение в последние годы количества детей с патологией осанки не только школьного, но и дошкольного возраста, которые нуждаются в эффективной своевременной диагностике и дифференцированной коррекции с помощью запатентованной комплексной методики В.В. Евминова.

АНАЛІЗ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

Хільчевська В.С., Андрійчук Т.Р.

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

Серед функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту протягом багатьох років першу позицію по поширеності зберігає синдром подразненого кишечника (СПК). Вітчизняні та зарубіжні епідеміологічні дослідження свідчать, що характерні для нього скарги пред'являє більше половини дітей з рецидивуючим абдомінальним синдромом.

Метою дослідження було вивчення супутньої патології при верифікації синдрому подразненого кишечника (СПК) у дітей.

У гастроентерологічному відділенні обстежено 35 пацієнтів віком від 3 до 16 років з СПК. Серед них з однаковою частотою були діти обох статей (дівчатка – 45,7%, хлопчики – 54,3%). Верифікація діагнозу СПК проводилася клінічним методом з використанням Римських критеріїв IV та оцінкою симптомів «тривоги». Для виключення органічної патології проведені загальноклінічні, біохімічні дослідження крові, реакція Грегерсена, бактеріологічний аналіз випорожнень, ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, ректороманоскопія та іригографія за показаннями. Усі діти консультовані неврологом. Використано дискриптивний та кореляційний методи статистичної обробки даних із застосуванням програми «Statistica 8.0».

СПК з закрепом виявлявся у 32 дітей (91,4%), з болем і метеоризмом – у 2 дітей (5,7%), варіант з діареєю спостерігався тільки в 1 пацієнта (2,9%). Основними клінічними проявами були біль в животі (97,0%), закреп (91,4%), метеоризм (54,4%), у одного пацієнта спостерігалась тенденція до діареї (2,8%). У переважній більшості дітей (80,0%) біль в животі був пов'язаний і зменшувався після дефекації. Для всіх обстежених характерним була відсутність клінічних проявів у нічний час. Виявлено, що у 22,8% дітей загострення хвороби найчастіше пов'язано з дією стресових факторів переважно в сім'ї, у 34,3% випадків – з перевтомою в школі.

У структурі супутньої патології домінували функціональний розлад жовчного міхура (65,7%), вегето-судинна дисфункція (ВСД) (54,3%), глистяні інвазії, переважно аскаридоз (20,0%), енкопрез (8,6%). Прояви ВСД спостерігалися у вигляді головного болю напруги

(28,0%), похолодання кінцівок (41,5%), дизуричних явищ (12,5%), білого дермографізму (46,5%). З усіх супутніх патологій виразність симптомів СПК вірогідно ($p < 0,05$) корелювала з ВСД ($r = 0,45$), а також збільшенням у розмірах жовчного міхура ($r = 0,42$) і помірновиразною перибілярною інфільтрацією ($r = 0,38$), виявленими при УЗД.

Таким чином, діти з функціональною патологією кишечника потребують консультації невролога з наступною корекцією ВСД, а також верифікації супутньої гепато-білярної патології, у т.ч. синдрому холестазу.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОГО СТАТУСУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ПРОЯВАМИ СПОЛУЧНОТКАНИННОГО ДИСМОРФОГЕНЕЗУ

Чумак О.Ю.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

За даними літератури, останнім часом спостерігається тенденція до зростання частоти виявлення синдрому сполучнотканинного дисморфогенезу (СТД) серед новонароджених дітей (Лук'яненко Н.С., 2015). Його наявність спричинює розвиток у новонароджених різноманітних морфологічних порушень, зокрема дисбалансу імунного статусу. Відомо, що наявність СТД призводить до порушення морфогенезу і трофіки тимуса. Внаслідок цього порушується диференціювання лімфоцитів тимуса та знижується імунологічна резистентність організму новонародженої дитини. Прогресування імунологічних порушень на тлі СТД в процесі постнатального розвитку зумовлює схильність пацієнтів до обтяженого перебігу диспластикозалежних захворювань, а також розвитку аутоімунного та алергічного синдромів (Назаренко Л.Г., 2013). Слід зазначити, що дотепер не проводилось комплексне дослідження імунного статусу у новонароджених дітей на тлі проявів СТД.

Мета дослідження. З'ясування взаємозв'язку між фенотипічними проявами СТД та показниками імунограми у новонароджених дітей.

Дослідження проведені у пологовому відділенні центральної міської лікарні (м. Рубіжне) протягом 2017-2019 років. Групу спостереження склали 77 новонароджених дітей (40 хлопчиків та 37 дівчаток) з гестаційним віком 30-42 тижні упродовж раннього неонатального періоду. У них проведено розрахунок антропометричних індексів, що є маркерами доліхостеномелії, ультразвукове дослідження серця та імунологічне дослідження сироватки крові. У групі спостереження діагностувались наступні нозологічні форми: перинатальне ураження центральної нервової системи (29 (37,67%)), неонатальна жовтяниця (15 (19,49%)), респіраторний дистрес-синдром (16 (20,77%)), вроджена пневмонія (7 (9,09%)), вроджені вади розвитку (7 (9,09%)), інтранатальна асфіксія (3 (3,89%)). У 60 (77,92%) дітей зареєстровані ознаки доліхостеномелії різного ступеня вираженості (збільшення значень індекса Вервека, співвідношення довжини кисті до довжини тіла, довжини стопи до довжини тіла, розмаху рук до довжини тіла, верхнього і нижнього сегментів тіла). У 48 (62,34%) новонароджених виявлені також кардіальні ультразвукові ознаки СТД (аномально розташовані хорди в лівому шлуночку, відкритий овальний отвір, дилатація легеневої артерії, пролапс мітрального та трикуспідального клапанів). Серед досліджених показників імунограми були враховані абсолютна кількість Т-лімфоцитів та імунорегуляторний індекс (ІРІ). За допомогою коефіцієнта взаємної спряженості Чупрова виявлено значну кореляцію між ступенем вираженості доліхостеномелії та кількістю виявлених кардіальних ультразвукових ознак СТД ($K = 0,51$; $p < 0,01$). Крім того, зареєстровано вірогідний зв'язок між кількістю фенотипічних ознак СТД з одного боку та кількістю Т-лімфоцитів ($K = 0,43$; $p < 0,05$) й значенням ІРІ ($K = 0,39$; $p < 0,05$), з іншого боку. Водночас, не встановлено вірогідної кореляції між діагностованими у обстежених дітей нозологічними формами та зазначеними вище показниками імунограми. Це дає підстави не враховувати вплив діагностованих патологічних порушень на досліджені імунологічні детермінанти.

Отже, вивчені фенотипічні ознаки СТД перебувають у вираженій кореляції з дослідженими показниками імунітету у новонароджених дітей.

СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК ПІД МАСКОЮ СИНДРОМА РЕЙНО

Чуриліна А.В.

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

Системний червоний вовчак (СЧВ) – це аутоімунне, ревматичне захворювання. За останні десятиліття спостерігається зростання частоти СЧВ. Поширеність СЧВ складає приблизно 50 хворих на 100 000 населення. Захворювання "хамелеон" або великий імітатор хвороб, тому що початок захворювання не має чітких клінічних ознак, перебігає під маскою інших захворювань (гломерулонефрит, геморагічний васкуліт, суглобовий синдром, дерматит, синдром Рейно, гострий живіт, поліміозит, гострий панкреатит, алопеція). Системне запальне захворювання, патогенетично пов'язане з продукцією аутоантитіл і імунних комплексів, що викликає імунозапальні ураження тканин і порушення функції внутрішніх органів. Захворювання в 6-10 разів частіше розвивається у дівчаток і жінок репродуктивного віку, ніж у чоловіків. Патоморфологія СЧВ відрізняється великою різноманітністю, поразкою багатьох тканин і органів,

мікроциркуляторного русла. В цілому захворювання носить генералізований характер, це пояснює клінічний і морфологічний поліморфізм СЧВ, що створює труднощі в діагностиці.

Приводимо клінічний випадок СЧВ, який почався з синдрому Рейно.

Дівчинка 15 років поступила в клініку зі скаргами на слабкість, артралгії, міалгії, головну біль. Напади зміни кольору шкірних покривів кистей і стоп, їх набряклість, біль, пов'язані з холодом.

З анамнезу відомо, що скарги з'явилися 4 роки тому. Протягом двох років спостерігалась з приводу синдрому вегетативних розладів, синдрому Рейно. У стаціонарі не обстежувалась.

З анамнезу життя: народилася недоношеною шляхом кесаревого розтину, спостерігалась з приводу постгіпоксичної енцефалопатії з синдромом рухових порушень. На першому році життя спостерігалися прояви atopічного дерматиту. Туб інфікована, перебувала під спостереженням фтизіатра.

У стаціонарі при огляді тяжкість стану була обумовлена вираженими артралгіями, артритом колінних суглобів, нападами зміни кольору шкірних покривів кистей і стоп з наступним набряком. Шкірні покриви сухі, на гомілках поодинокі телеангіоектазії, непостійна еритема на обличчі, еритематозні висипання над суглобами.

Колінні суглоби дещо збільшені в обсязі, обмеження рухів. Мигдалики гіпертрофовані першого ступеня. Зернистість задньої стінки глотки. Периферичні лімфатичні вузли по типу мікрополіаденії. Органи дихання без патологічних змін. При аускультатії серця – тони приглушені, ЧСС до 115 за хвилину. Артеріальний тиск – 130/80 та 120/70. З боку органів черевної порожнини без особливостей. Параклінічні дослідження – в клінічному та біохімічному аналізах крові без змін. В аналізі крові на LE клітини виявлені LE клітини. При серологічному дослідженні виявлено антинуклеарні антитіла, підвищення титру до двоспіральної ДНК. Антитіла до Scl-70 – результат від'ємний. Аналіз сечі без патологічних змін. При ЕКГ дослідженні – обмінні зміни в міокарді. ЕхоКГ – фракція викиду 68%, пролапс мітрального клапана першого ступеня, АРХ лівого шлуночка. При УЗД колінних суглобів визначається синовіт. В нашому клінічному випадку у хворої є загальні симптоми (слабкість, втомлюваність), зміни на шкірі (еритематозний дерматит), зміни васкулярні (синдром Рейно), зміни опорно рухового апарату (артрит колінних суглобів), імунні порушення (присутність антинуклеарних антитіл).

Таким чином, в дебюті захворювання спостерігається синдром Рейно, еритематозний дерматит, артрит колінних суглобів. Однак, підвищення титру антитіл до двоспіральної ДНК та наявність LE клітин є специфічними для СЧВ.

Отже, початок СЧВ характеризується атипичним перебігом під маскою синдрому Рейно, це необхідно враховувати при проведенні диференційного діагнозу з іншими системними захворюваннями сполучної тканини.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АЛГОРИТМУ ЩЕПЛЕНЬ У ДІТЕЙ В МЕТОДОЛОГІЇ ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ

Чуриліна А.В., Качалова О.С.

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

Попередження хвороб є головною метою системи охорони здоров'я. Завдяки вакцинації вдалося значно знизити частоту виникнення багатьох інфекційних захворювань таких як поліомієліт, дифтерія, кір, епідемічний паротит, правець. В Україні передбачена обов'язкова вакцинація проти 10 інфекцій, а саме проти гепатиту В, туберкульозу, дифтерії, правця, коклюшу, поліомієліту, гемофільної інфекції, кору, епідемічного паротиту, краснухи. Графік щеплень затверджений МОЗ України (накази МОЗ № 595 від 16.09.2011, № 551 від 11.08.2014, № 996 від 26.09.2016, № 947 від 18.05.2018).

Але за останні 10 років в Україні посилюються антивакцинальні настрої, а кількість вакцинованих дітей постійно зменшувалась. Так, якщо у 2009 році близько 80% дітей до року були щеплені від поліомієліту і дифтерії, а 80% однорічних – від кору, то впродовж наступних років їхня кількість зменшилась кардинально – у 2014 вже 40% дітей мали щеплення від поліомієліту, у 2016 - 20% від дифтерії і 45% від кору (Центр громадського здоров'я МОЗ України). Прямим наслідком низького рівня вакцинації явився спалах кору, який триває зараз в Україні, а саме з осені 2017 року вже понад 100 тисяч українців захворіли на кір.

Формування прихильності до вакцинації у населення можливе за умови, якщо у необхідності імунопрофілактики переконаний передусім лікар. Адже відомо, що лікар є найголовнішим, найоб'єктивнішим і найавторитетнішим джерелом інформації з цих питань, і саме він може донести до пацієнта думку про значущість, необхідність та користь від проведення профілактичних щеплень.

Для кращого вирішення цієї проблеми був розроблений алгоритм вакцинації згідно з чинним законодавством України. Даний алгоритм застосовується на заняттях зі студентами старших курсів. Також, він буде корисним у роботі медичних сестер, фельдшерів та лікарів зі своїми пацієнтами та особливо з їх батьками у вирішенні складних організаційних питань вакцинації кожної конкретної дитини.

Алгоритм поділений на 5 послідовних етапів.

Step 1. На першому етапі важливо уточнити вік дитини, визначити стан її здоров'я, оцінити наявність протипоказань.

Step 2. На другому етапі визначаємо кількість щеплень, які треба зробити. При цьому орієнтуємося на загальний графік вакцинації,

якщо вона робиться за віком дитини, або на індивідуальний, за принципом мінімальних інтервалів, якщо вакцинація відбувається з порушенням календаря щеплень.

Step 3. На третьому етапі проводимо підбір вакцини з урахуванням віку дитини. Призначаємо обов'язкові та рекомендовані вакцини. Важливим є заповнення батьками або опікунами інформованої згоди за формою 063/2.

Step 4. Четвертий етап включає оцінку можливості комбінованого введення вакцин за 1 візит.

Step 5. Останній етап передбачає заповнення довідки 063 про щеплення з відміткою про назву вакцини, дату проведення, дозу, серію, виробника та відмітку температури тіла дитини через 30 хвилин після вакцинації.

Таким чином:

1. Проведення профілактичних щеплень з метою захисту від інфекційних захворювань – це пріоритетне та стратегічне завдання держави задля збереження здоров'я населення нашої країни.

2. Головна мета проведення масового щеплення – створити колективний імунітет (не менше 95% щеплених дітей) з метою захисту не лише однієї конкретної людини, а всього населення, аби повністю встановити контроль над інфекцією.

3. Для покращення вирішення питань вакцинації дітей розроблений спеціальний алгоритм. Сподіваємось, що даний алгоритм допоможе студентам вивчення підходів до вакцинації дітей, а також буде корисним медичним сестрам, фельдшерам та лікарям у роботі зі своїми пацієнтами та особливо з батьками у вирішенні складних організаційних питань вакцинації кожної конкретної дитини.

СТАН НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З МАЛОЮ МАСОЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГЕНОТИПУ ПОЛІМОРФІЗМУ С/Т ГЕНА FADS2 (RS174583)

Шумна Т.Є., Боярська Л.М., Левчук Т.О., Камишний О.М.
Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета. Визначити стан нервової системи в залежності від генотипу поліморфізму С/Т гена FADS2 (rs174583) у новонароджених дітей з малою масою тіла при народженні.

Матеріали та методи дослідження. Діти були поділені на 3 групи в залежності від генотипу: I група – 36 дітей (генотип СС), II група – 111 дітей (генотип СТ), III група – 12 дітей (генотип ТТ). Генотипування проводилося методом полімеразної ланцюгової реакції.

Результати. Серед дітей першої групи було діагностовано синдром підвищеної нервово-психічної збудливості у 36,11%, синдром пригнічення ЦНС – 44,4%. Судоми в анамнезі мало 5,6% дітей першої групи. Відхилень з боку нервової системи не мало 5,6% дітей. Серед дітей другої групи було діагностовано синдром підвищеної нервово-психічної збудливості у 32,43%, синдром пригнічення ЦНС – 43,34%. Інші відхилення у стані нервової системи (синдром вегето-вісцеральних порушень, рухових порушень тощо) було виявлено у 6,3% дітей. Судоми в анамнезі мало 14,41% дітей цієї групи. Відхилень з боку нервової системи не мало 1,8% дітей. Відхилення у стані нервової системи мали всі діти третьої групи. У 58,3% дітей було діагностовано синдром підвищеної нервово-психічної збудливості, з них судоми в анамнезі мали 28,6%. Синдром пригнічення ЦНС було виявлено у 41,7%. Судоми в анамнезі мало 16,45% дітей цієї групи.

Висновки. Серед дітей, що мали генотип СС рідше зустрічаються порушення з боку нервової системи у вигляді судом. Найчастіше судоми виникли у дітей, що мали генотип ТТ. Виходячи з цього можна припустити, що алель С, та генотипи СС та СТ мають протективний вплив при ураженні ЦНС у перинатальному періоді.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ОБМІННО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

Шутова О.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Вступ. Патологія гепатобіліарної системи у дітей – одна з найбільш поширених проблем дитячої гастроентерології та педіатрії. У структурі біліарної патології переважають функціональні розлади (ФР), в той же час, збільшилася частота обмінних захворювань біліарного тракту (БТ), що супроводжуються утворенням «біліарного сладжу», жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) та холестерозом жовчного міхура (ЖМ). Метою дослідження було вивчити характер фізичного розвитку дітей та підлітків з обмінно-запальними захворюваннями біліарного тракту.

Матеріали та методи. Під час дослідження проведено комплексне обстеження 198 дітей та підлітків 2-17 років (97 хлопців і 101 дівчинка) з обмінно-запальними захворюваннями біліарного тракту (ОЗБТ). Критеріями включення пацієнтів в дослідження були: наявність ЖКХ, хронічного холециститу з «біліарним сладжем», холестерозу жовчного міхура. У всіх хворих оцінювали фізичний розвиток (ФР) шляхом порівняння основних антропометричних показників (росту і маси тіла) з віковими нормативами відповідно до Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія».

Результати обстеження об'єднано в електронний банк даних, їх математична обробка була проведена за допомогою пакетів програм «SPSS Statistics 17,0», «Microsoft Excel 2007».

Результати. Індивідуальний аналіз антропометричних показників хворих з ОЗБТ дозволив діагностувати дисгармонійний ФР (ДФР) у 42,4% обстежених. Найчастіше визначали дефіцит маси тіла (МТ) (18,2%), надмірну МТ (6,5%) та ожиріння (8,1%), низький зріст (7,1%). Високий зріст мали 2,5% дітей. Також встановлено, що ДФР майже вдвічі частіше діагностували у хлопців, ніж у дівчат (62,6% проти 32,7%, $p < 0,05$), що було зумовлено більшою частотою хворих з низьким зростом (12,4% проти 2,0% у дівчат, $p < 0,05$) та надмірною МТ (10,5% проти 3,0% у дівчат, $p < 0,05$). Встановлена залежність між характером ФР та віком маніфестації захворювання, яка мала гендерні особливості. Доведено, що відсоток хворих із ДФР серед дітей різного віку коливався від 41,3% до 46,0%. Незалежно від віку маніфестації значна кількість дітей мали дефіцит МТ. Однак, найбільший їх відсоток був серед підлітків старшого віку (33,3%). Надмірну МТ діагностували приблизно з однаковою частотою. Слід зазначити, що серед хлопців молодшої групи (1-7 років) та підлітків старше 12 років достовірно частіше діагностували порушення МТ та затримку темпів зросту. Встановлено, що серед хворих із ДФР, незалежно від статі, переважали діти із ЖКХ (81,8% дівчат та 62,7% хлопців), які мали рецидивуючий перебіг хвороби. Динамічне спостереження за хворими дозволило визначити гендерні особливості характеру ФР у дітей із різною тривалістю захворювання.

Висновки: Обмінно-запальні захворювання гепатобіліарної системи є актуальною проблемою педіатрії, що впливає на формування здоров'я та розвиток дитини. Індивідуальний аналіз антропометричних показників хворих з обмінно-запальними захворюваннями біліарного тракту дозволив діагностувати дисгармонійний фізичний розвиток (ДФР) у 42,4% обстежених. Встановлено, що серед хворих із ДФР, незалежно від статі, переважали діти із ЖКХ (81,8% дівчат та 62,7% хлопців), які мали рецидивуючий перебіг хвороби.

Ключові слова: фізичний розвиток, біліарна патологія, жовчнокам'яна хвороба, діти.