

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«ІПІП-2023: ІНТЕРНАЦІОНАЛЬНА ПЛАТФОРМА ІНТЕГРАТИВНОЇ
ПЕДІАТРІЇ» ПРИСВЯЧЕНОЇ ПАМ'ЯТІ ВИДАТНОГО УКРАЇНСЬКОГО
ВЧЕНОГО-ПЕДІАТРА НАМН УКРАЇНИ ВІТАЛІЯ ГРИГОРОВИЧА
МАЙДАННИКА**

19.04-20.04.2023 ОНЛАЙН

**THE SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE WITH INTERNATIONAL
PARTICIPATION "IPIP-2023: INTERNATIONAL PLATFORM OF
INTEGRATIVE PEDIATRICS" IS DEDICATED TO THE MEMORY OF THE
UKRAINIAN SCIENTIST-PEDIATRICIAN OF THE NATIONAL ACADEMY
OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE VITALY MAIDANNYK.**

19.04-20.04.2023 ONLINE



 19-20 квітня
2023 року, ONLINE

 Міністерство охорони
здоров'я України

 Національна академія
медичних наук України

 Національний медичний
університет
ім. О.О. Богомольця

Вступне слово.

19.04.2023 року - 420 - й день війни в Україні...

Незважаючи ні на що, більшість медиків, які піклуються про майбутнє країни, зібрались, нажалі поки в онлайн-форматі на справжню Всеукраїнську конференцію, присвячену пам'яті нашого Вчителя - видатного педіатра, академіка В.Г.Майданника, який 2,5 роки пішов з життя...

Найвідоміші та наймолодші вчені та лікарі-практики об'єднались для того, щоб відчуті тепло, єдність та підтримку один одного у складні часи, усвідомити, що життя продовжується, наука та медицина рухаються вперед, що можна обмінятися своїм досвідом, думками, послухати поради міжнародних колег, отримати відповіді на питання, які ще не описані в підручниках чи статтях.

- Які найперспективніші питання організації медичної допомоги дітям під час воєнного стану в Україні?
- Які виникли проблеми розвитку і виховання дітей, психічно травмованих воєнними обставинами в Україні?
- З якими питаннями по вигодовуванню та харчуванню дітей різного віку стикнулись педіатри?
- Як необхідно розвивати на сьогодні головний напрямок охорони здоров'я України – реабілітацію дитячого населення?
- Що складає основу сучасного тренінгового симуляційного навчання медиків в педіатрії?
- Які проблеми неонатології вийшли на перший план під час війни?
- Як оптимізувати психологічну та фізичну адаптацію постраждалих майже всіх дітей України?

Такому ж занепокоєнню за здоров'я та процвітання дитинства незалежної України було присвячено життя нашого Вчителя – академіка В.Г.Майданника.

Він реально рятував життя дітей, не тільки розвиваючи різноманітні наукові напрямки, а й завдяки створенню необхідних ланок практичної педіатрії (а саме, відділень гемодіалізу, дитячої ендокринології, вегетології), введенню новітніх діагностично - лікувальних заходів у освітні програми навчання майбутніх лікарів. В.Г.Майданник завжди був ініціатором форумів для об'єднання медиків різних спеціальностей, вважав, що тільки під час безпосереднього спілкування формується цілісний професійний погляд на здоров'я та розвиток дитини.

В пам'ять про нього, з метою продовження закладених традицій, ми, його учні, в минулому році вирішили започаткувати проведення Всеукраїнської конференції з міжнародною участю: «Інтернаціональна платформа інтегративної педіатрії» й готували її проведення на 2-3 березня 2022 року.

Але... 24 лютого почалось бомбардування Києва та майже всієї території України..., почалася війна...

Незважаючи на те, що наші думки та дії були направлені на те, як захистити людей, дітей, близьких, ми все ж таки зібрались з силами, й запізненням тільки на одну добу 3-4 березня, в онлайн-режимі провели конференцію.

Під канонади та виття сирен до нас мужньо підключалися українські та міжнародні спікери, а слухали їх більше 3000 лікарів та медичних сестер зі всієї України. Всіх об'єднувало відчуття незламності, стійкості, єдності та віри у Перемогу. Дійсно, запис минулорічної конференції увійде в історію української медицини та педіатрії як знакова громадська подія.

І тоді, на 8-й, й сьогодні, на 420-й день війни, нас продовжує єднати ім'я Людини з великої літери: мужньої, сміливої, мудрої та доброзичливої особистості, який дуже мало говорив, навіть мало знімався на відео, але так багато встиг зробити для створення цілісної української Школи педіатричної науки та практики.

Ми пам'ятаємо слова В.Г.Майданника, які зараз вибиті на його Меморіальній дошці, про те, що: «Коли дитина падає, янгол, втілений в педіатра, підставляє руки»...

Дійсно, цю «янгольську» його підтримку ми відчували завжди та вона постійно допомагає нам в такий складний воєнний період життя, надає силу й надію на саме краще майбутнє в Україні!

*Завідувач кафедри педіатрії №4
НМУ ім. О.О.Богомольця,
доктор медичних наук, професор
Мітюряєва- Корнійко І.О.*

СЕКЦІЯ ЛІКАРІВ, ВИКЛАДАЧІВ, НАУКОВЦІВ

MIS-C, АСОЦІЙОВАНИЙ ІЗ SARS-COV-2 У ДІТЕЙ. КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА МОЖЛИВІ ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ

ЗА ДАНИМИ КНП “КИЇВСЬКА МІСЬКА ДИТЯЧА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №2”

Буц О.Р., Корбут О.В., Юхименко Г.Г., Дмитрієва О.А., Серякова І.Ю., Бойченко Л.І.

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Крамарев С.О.

Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця,

КНП “Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2”

м.Київ, Україна

Вступ: за час пандемії Covid-19 з'явилась нова нозологічна форма - синдром мультисистемної запальної відповіді (MIS-C). Визначення цьому захворюванню дав Американський CDC. Починаючи з осені 2020 року випадки MIS-C реєструються в Україні, зростання їх частоти пов'язано з поширеністю захворюваності на коронавірусну інфекцію.

Мета: вивчення особливостей перебігу синдрому мультисистемної запальної відповіді, асоційованого із Covid-19 у дітей на підставі аналізу клінічної картини та лабораторно-інструментальних даних в розпалі захворювання та виявити можливий вплив MIS-C на стан здоров'я дітей, які перенесли згадану хворобу, протягом 12 місяців після виписки з КНП “КМДКЛ №2”.

Матеріали і методи: історії хвороби пацієнтів та зібраний катамнез у батьків 20 дітей, які перебували на лікуванні у відділеннях КНП “КМДКЛ №2” з листопада 2020 року по лютий 2021 року. Вік дітей від 2,5 до 16 років. Проведено аналіз клінічної симптоматики, змін в лабораторних та інструментальних показниках на етапі стаціонарного лікування та впродовж 1 року після виписки. Збір даних катамнезу здійснювався методом анкетування при телефонному опитуванні.

Результати: за даними аналізу клінічної картини ми розподілили хворих дітей на 2 групи відповідно до описаних в літературі критеріїв фенотипів мультисистемного запального синдрому. 8 дітей, у яких реєструвались симптоми, притаманні хворобі Кавасакі, ввійшли до I групи - з Кавасакіподібним фенотипом MIS-C. До II групи - MIS-C з фенотипом шоку - ми віднесли 12 пацієнтів, у яких були зареєстровані ураження більше, ніж 2 систем (серцево-судинної, дихальної, травної), а також був діагностований синдром поліорганної недостатності. Усі пацієнти мали в анамнезі перенесену коронавірусну інфекцію, що підтверджувалось результатами ІФА: в сироватці крові було виявлено IgG та/або IgM до коронавірусу SARS-CoV-2. Результати обстеження на наявність антигенів вірусу у всіх пацієнтів були негативними. У всіх дітей в обох групах реєструвались: гіпертермія тривалістю більше, ніж 72 години, порушення апетиту, млявість, міалгії, головний біль. У 80% хворих були ураження слизових оболонок. Ін'єкція кон'юнктиви очей мала місце у всіх 8 (100%) дітей I групи та лише у 9 (75%) дітей II групи. Збільшення шийних лімфовузлів було зареєстровано у 6 (75%) дітей I групи та у 5 (41,7%) - II групи. Екзантема також спостерігалась частіше в I групі - у 6 (75%) пацієнтів проти 6 (50%) - в II групі. Кількість уражених органів і систем була вищою в II групі: у переважній більшості пацієнтів (11 (91,7%)), у яких було діагностовано MIS-C з фенотипом шоку, реєструвалось ураження 4 і більше систем, а серед дітей з Кавасакіподібним фенотипом MIS-C така кількість уражених органів і систем мала місце лише у 6 (75%) пацієнтів. Ураження шлунково-кишкового тракту реєструвались переважно у пацієнтів II групи: скарги на біль у животі були у 10 (83,3%) дітей II групи та у 4 (50%) - I групи. Нудота та діарея були лише у пацієнтів II групи - у 4 (33,3%) дітей - нудота, у 2 (16,7%) - діарея. Також полісерозит зустрічався частіше у пацієнтів II групи, а саме: у 5 (41,7%) пацієнтів II групи та у 2 (25%) - I групи було зареєстровано плеврит, у 4 (33,3%) та 3 (37,5%) відповідно - перикардит, а перитоніт було діагностовано лише у 2 (16,7%) дітей II групи. Шок зареєстровано лише у 3 (25%) хворих II групи. Ураження коронарних артерій (коронарит, аневризми) розвинулись лише у 3 (37,5%) дітей I групи. У всіх пацієнтів з MIS-C спостерігалось підвищення C-реактивного білка, феритину, ШОЕ, у 90% - лейкоцитоз. На підставі статистичних розрахунків було встановлено, що середня кількість лейкоцитів ($\times 10^9/\text{л}$) у II групі була достовірно вищою ($15,3 \pm 3,01$), ніж у I групі ($10,6 \pm 3,1$) ($p < 0,05$). У 19 (95%) усіх хворих реєструвався нейтрофіліоз. Середня кількість нейтрофілів ($\times 10^9/\text{л}$) також була достовірно вищою у хворих II ($3,41 \pm 1,39$), ніж I групи - ($1,56 \pm 1,03$) ($p < 0,05$). У 17 (85%) пацієнтів мала місце лімфопенія. Середній рівень лімфоцитів ($\times 10^9/\text{л}$) виявився нижчим у хворих II групи і склав $1,37 \pm 0,59$, а у хворих I групи - $1,98 \pm 1,18$. Була виявлена тенденція до вищих показників у дітей I групи ($p < 0,1$). На момент госпіталізації у 4 (20%) хворих спостерігався тромбоцитоз, у 13 (65%) - тромбоцитопенія. Остання частіше реєструвалась у пацієнтів II групи - знижений рівень тромбоцитів мав місце у 9 (75%) хворих цієї групи, тоді як в першій - у 4 (50%) хворих. Після виписки зі стаціонару всі діти перебували під наглядом педіатра та кардіолога. Симптоми астенії: підвищена втомлюваність, кволість, поганий сон спостерігались у 25% дітей і тривали від 2 тижнів до 6 місяців після виписки зі стаціонару. Інша клінічна симптоматика відмічена у пацієнтів після виписки з такою частотою: випадіння волосся - у 10%, міалгії, артралгії - у 10%, тривалий субфебрилітет - у 5%, гепатоспленомегалія - у 5%, синкопальний стан зі змінами на ЕЕГ - у 5%, біль в серці - у 5%, маніфест епізодів гострої кропив'янки - у 5%, вегетативна дисфункція - у 5%, помітно почастішали випадки ГРВІ - у 5%. За даними ЕхоКГ на момент виписки зі стаціонару у 2-х хворих спостерігалось розширення коронарних судин; через 6 місяців, за катамнестичними даними, змін на ЕхоКГ виявлено не було. 10% дітей мали високий рівень тромбоцитів протягом 1 року спостереження. У 35% хворих, що перенесли MIS-C, після виписки не спостерігалось ніяких відхилень клініко-лабораторних показників. Нами проведений аналіз наслідків MIS-C у дітей в залежності від тяжкості клінічної картини: у 85% пацієнтів з тяжкими проявами MIS-C спостерігались різної тривалості симптоми після виписки зі стаціонару - астеничні прояви, випадіння волосся, міалгії, артралгії, гепатоспленомегалія, субфебрилітет, епізоди кропив'янки, вегетативна дисфункція; відхилення в лабораторних показниках (тромбоцитоз) та зміни на ЕхоКГ (розширення коронарних артерій).

Висновки: таким чином, клінічна симптоматика у пацієнтів із мультисистемним запальним синдромом у дітей (MIS-C), асоційованим з SARS-CoV-2, дала змогу виділити 2 варіанти перебігу: Кавасакіподібний фенотип і фенотип із шоком. У дітей з фенотипом шоку спостерігався більш тяжкий перебіг MIS-C та мав місце суттєво вищий рівень лейкоцитозу із нейтрофі-

льозом порівняно з хворими з Кавасакіподібним фенотипом. Патологічні зміни в стані здоров'я дітей, що перенесли MIS-C, асоційовані з Covid-19, зустрічаються в більшості випадків. Виявлено пряму залежність між тяжкістю MIS-C і частотою та тривалістю патологічних змін в стані здоров'я дітей. Динаміка цих змін в більшості випадків мала сприятливий характер впродовж усього терміну спостережень. Ключові слова: діти, коронавірусна інфекція, мультисистемний запальний синдром, фенотип синдрому, наслідки.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ TYTOCARE ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Голук К.О., Васильєва О.Г., Січненко П.І., Сміян К.О., Манько Ю.А., Романюк О.К.

Кафедра педіатрії

Завідувач кафедри: Заслужений лікар України, д.мед.н., професор Сміян О.І.

Навчально-науковий медичний інститут Сумського державного університету
м. Суми, Україна

Вступ: основним аспектом навчання в закладах вищої медичної освіти є практична спрямованість. Нажаль, підготовка студентів-медиків в умовах пандемії COVID-19 та військових дій мають певні складнощі. Надзвичайні умови нашої держави, в яких ми зараз живемо, потребують вдосконалення системи медичної освіти, розробки та впровадження дистанційних методів навчання.

Мета: проаналізувати досвід використання системи дистанційної діагностики TytoCare як один із методів навчання практичних навичок під час занять зі студентами-медиками.

Матеріали і методи: для демонстрації практичних навичок ми використовували систему дистанційної діагностики Tyto Home. Цей пристрій має наступні можливості для діагностики: безконтактне вимірювання температури, огляд ротової порожнини та задньої стінки глотки, огляд вушного каналу та барабанної перетинки, аускультация легень та серця, вимір пульсу, прослуховування перистальтики шлунка та кишківника, зображення шкіри. Цей метод сертифікований в Україні. Співробітники кафедри педіатрії СумДУ пройшли навчання щодо використання пристрою TytoHome.

Огляд: для повноцінного засвоєння матеріалу заняття, окрім теоретичної частини, обов'язково потрібна практична складова. Враховуючи різні причини (карантинні обмеження, військовий стан, фінансові та організаційні, етико-деонтологічні) оволодіння студентами практичних навичок ускладнюється. В деяких випадках викладачі не мають змоги забезпечити кожного студента тематичними хворими. Щоб наочно продемонструвати хворого для групи студентів ми використовували пристрій TytoHome. Для огляду ротової порожнини та задньої стінки глотки використовується спеціальна насадка зі шпательом, що приєднується до пристрою з камерою і дає змогу зробити фотографію та відеозапис задньої стінки глотки. При використанні спеціальних насадок та отоскопа масмо можливість запису відео та зображення зовнішнього слухового проходу та барабанної перетинки пацієнта. За допомогою камери Tyto можна провести огляд шкіри та висипи на шкірних покривах з чітким зображенням високої якості. Обстеження легень та серця виконується за допомогою стетоскопа Tyto і проводиться шляхом аудіо запису аускультатії, що в майбутньому дає змогу порівнювати отримані результати.

Висновки. Наші реалії вносять корективи щодо підготовки студентів медичних вузів. Різні методи дистанційного навчання активно впроваджуються у навчальний процес, поліпшуються та розвиваються, що сприяє підвищенню кваліфікаційного рівня майбутніх лікарів. Переваги методу дистанційної діагностики TytoCare це простота та зручність використання, демонстрація та розбір хворого під час групового практичного заняття в режимі реального часу за допомогою відеоконференції та запис он-лайн консультації, що підвищує шанси вивчення студентами різних нозологій.

Ключові слова: вища медична освіта, дистанційні методи, професійна підготовка.

КОРТИЗОЛ І МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ: ЧИ ІСНУЄ ЗВ'ЯЗОК ТА ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ

Громнацька Н.М.¹, Пасічник І.П.².

¹Кафедра сімейної медицини

Завідувач кафедри: д.м.н., професор Надашкевич О.Н.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

²Кафедра педіатрії №1

Завідувач кафедри д.м.н., проф. Няньковський С.Л.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
м. Львів, Україна

Вступ: обговорюється питання патогенетичного впливу кортизолу (КТ) на розвиток метаболічного синдрому (МС) як у дітей, так і у дорослих. Відомо, що МС складається з сукупності метаболічних та соматичних порушень, таких як абдомінальне ожиріння, гіперглікемія, дисліпідемія IV типу за Fredrickson, підвищені значення артеріального тиску (IDF, 2017). Відзначають схожість цього дисметаболічного стану і синдрому Кушинга, а надпорогові значення КТ пропонують вважати маркером МС.

Мета: визначити зв'язок між КТ крові та складовими компонентами МС у дітей.

Матеріали і методи: досліджено 44 дитини з МС на тлі абдомінального ожиріння (група дослідження; обвід талії > 90 перцентилів розподілу згідно віку і статі) та 14 дітей без ознак МС (група контролю). Вік дітей з МС становив $11,0 \pm 2,8$ років; хлопців - 23, ІМТ $28,2 \pm 5,4$ кг/м². Діти досліджуваних груп не відрізнялись за віком та статтю. Визначили антропометричні

показники (обвід шиї, талії та стегон, зріст, ІМТ, співвідношення обвід талії/обвід стегон), КТ та лептин крові, ліпідний спектр крові (загальний холестерин, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ, тригліцериди крові, індекс атерогенності), глюкозу та інсулін крові, підрахували індекс НОМА-ІR та індекс глюкоза/інсулін. Проводили трьохразове вимірювання артеріального тиску з визначенням середнього показника. Рівень КТ крові визначали твердофазним хемолюмінісцентним імуноферментним методом. Порогове значення КТ крові становило 550 мкг/л. Діагноз МС у дітей встановлювали за рекомендаціями International Diabetes Federation (IDF, 2017).

Результати: визначено, що у дітей з МС достовірно вищі маса тіла ($p < 0,001$), ІМТ ($p < 0,01$), обвід шиї ($p < 0,001$), талії ($p < 0,001$) та стегон ($p < 0,001$), співвідношення обвід талії/обвід стегон ($p < 0,001$), інсулін крові ($p < 0,01$), тригліцериди крові ($p < 0,05$), лептин крові ($p < 0,001$), артеріальний тиск ($p < 0,01$). Встановлено, що рівень КТ крові у дітей з МС [362,9 (255,5-634,1) мкг/л] на 37,9% був нижчим, ніж у групі контролю ($p > 0,05$). Частота виявлення надпорогових значень КТ крові у дітей двох груп становила 31,8% та 50,0%, відповідно ($p > 0,05$). Вивчення кореляційної залежності за коефіцієнтом кореляції рангу Спірмена між рівнем КТ крові та антропометричними показниками дітей з МС достовірності не виявило ($r \text{ max } 0,16; p > 0,05$). Аналогічна відсутність достовірної залежності встановлена між КТ крові та показниками ліпідного ($r \text{ max } 0,4; p > 0,05$) та вуглеводного обмінів ($r \text{ max } 0,26; p > 0,05$), лептином крові ($r \text{ max } 0,19; p > 0,05$).

Висновки: у дітей з МС не встановлено достовірної різниці у рівні КТ крові порівняно з дітьми без критеріїв МС. Не виявлено кореляційного зв'язку КТ крові з критеріями МС. Не доведена можливість використання КТ крові в якості маркера МС у дітей.

Ключові слова: абдомінальне ожиріння, діти, кортизол, патогенез.

КЛІНІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ПІДЛІТКІВ З АНОМАЛЬНО ПРИКРІПЛЕНИМИ ХОРДАМИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ

Кулешов О.В., Медражевська Я.А., Лайко Л.І., Фік Л.О., Олійник В.С.

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Кулешов О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Вступ: малі аномалії розвитку серця (МАРС) – це велика гетерогенна група аномалій розвитку серцево-судинної системи, яка характеризується наявністю різноманітних анатомічних і морфологічних відхилень від норми структур серця та магістральних судин. Одним з найбільш поширених видів МАРС є аномальне прикріплення хорди (АПХ) шлуночків серця. Існують дослідження, які вказують на те, що АПХ здатні на порушення вегетативного гомеостазу, провокувати електричну нестабільність міокарда, яка призводить до пароксизмальних розладів серцевого ритму і порушень пейсмейкерної активності; натягування хорд може спричинити шлуночкові тахікардії та фібриляції шлуночків.

Мета: провести клінічне обстеження дітей з наявними АПХ у лівому шлуночку для виявлення симптомів, які дозволять прогнозувати можливі захворювання та запобігати їх виникненню.

Матеріали і методи: проведено клінічне обстеження 89 дітей віком від 13 до 17 років. Серед них виявлено 59 дітей, у яких за даними доплер-ехокардіографічного дослідження зареєстрували додаткову АПХ з поперечним її розташуванням. До основної групи ввійшли 32 (54,2%) хлопчика та 27 (45,7%) дівчаток, а в групу контролю – 17 (56,7%) хлопчиків та 13 (43,3%) дівчаток.

Обстеження включало ретельний збір анамнезу (обов'язкове спілкування з батьками), скарг, контроль артеріального тиску (АТ) та пульсу, статистичні методи.

Результати: аналіз отриманих даних анамнезу показав, що матері дітей з АПХ до та під час вагітності мали різні екстрагенітальні патології. Найчастіше в анамнезі дітей основної групи були дані за серцево-судинні захворювання матері з достовірною різницею відносно групи здорових дітей (59,3%, $p < 0,05$). Були дані про наявність різних видів МАРС у членів родини обстежуваних дітей. При огляді патологія постави, а саме сколіотичне викривлення хребта зустрічалася у 20,3% дітей, деформація жовчного міхура – у 20,3%, плоскостопість – у 18,6%, ангіопатія судин сітківки складала 16,9%, дискінезія жовчного міхура – у 11,8%. Дещо рідше виявляли деформацію грудної клітки – 8,4%, нефроптоз – 8,4%, *міопію слабого ступеня* – 3,3% та дифузний нетоксичний зоб – 1,6%. Серед найпоширеніших скарг у дітей з АПХ переважно були скарги на підвищену втомлюваність та періодичний біль в ділянці серця (по 42,3%). Часто діти відмічали відчуття посиленого серцебиття та головний біль (35,5%). Рідше серед скарг було запаморочення (20,3%) та періодичний біль у животі (15,2%). Про синкопе згадали 4 (6,7%) з обстежуваних дітей, а 3(5%) поскаржились на захитування у транспорті. Лише одна дитина скаржилась на болі в ногах (1,7%). При оцінці АТ у 45,7% дітей було виявлено стійке зниження як систолічного, так і діастолічного АТ відносно вікових норм. У 33,8% обстежуваних показники АТ перевищували вікову норму. У 20,3% дітей спостерігалась лабільність систолічного та діастолічного тиску. На його зміни найчастіше впливали метеорологічні фактори, а також емоційна напруга та інші чинники. 16,9% дітей основної групи в анамнезі мали місце «панічні атаки». Спостерігалися два основні типи вегетативних кризів. Причому, кількість симпато-адреналових кризів переважала над ваго-інсулярними (13,5% проти 3,3%).

Симпато-адреналові вегетативні кризи проявлялись відчуттям страху, прискореним серцебиттям (інколи відчуттям перебоїв у роботі серця), похолоданням кінцівок, ознобом, підвищенням АТ, відчуттям нестачі повітря, головним болем та важкістю в ділянці серця. З початком ваго-інсулярного кризу діти відмічали раптову слабкість, запаморочення та потемніння в очах; шкірні покриви ставали блідими, підвищувалось потовиділення, з'являлась нудота та біль в животі, знижувався АТ та сповільнювалась ЧСС. Найчастіше у дітей з наявними АПХ зустрічались вегетативні дисфункції: вегето-судинна дисфункція

з дизрегуляцією за васкулярним типом з гіпотензією – у 57,6%, вегето-судинна дисфункція з дизрегуляцією за васкулярним типом з гіпертензією – у 42,3%.

Висновки:

- 1) У дітей з АПХ у лівому шлуночку серця є фенотипові ознаки дисплазії сполучної тканини в інших органах та системах.
- 2) У дітей з АПХ у лівому шлуночку серця **мають місце** порушення з боку ВНС, які проявляються у вигляді вегетативних дисфункцій переважно за васкулярним типом та характеризуються патологічними змінами АТ.
- 3) Надмірна та недостатня реакції симпатико-адреналової системи у дітей, що мають АПХ у лівому шлуночку серця, свідчать про порушення у них механізмів адаптації.
- 4) Стан вегетативного гомеостазу в даній групі дітей потребує більш детального і глибокого вивчення з метою подальшої корекції і запобігання виникненню серцево-судинних захворювань.

Ключові слова: діти, кліно-ортостатична проба, вегетативне забезпечення

СТАН ЕКЗОКРИННОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ ІЗ ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМ ПАНКРЕАТИЧНИМ РОЗЛАДОМ

Лембрик І.С., Цицюра О.О., Жил'як О.В.

Кафедра педіатрії

Завідувач кафедри педіатрії: д.м.н., професор Волосянко А.Б.

Івано-Франківський національний медичний університет

м.Івано-Франківськ, Україна

Вступ: На сьогодні постковідний синдром залишається актуальною проблемою в педіатричній практиці, з огляду на мультисистемність ураження, тяжкість перебігу та втягнення у патологічний процес суміжних органів та систем. Як відомо, панкреатит розглядається в якості одного з клінічних критеріїв мультисистемного запального синдрому в дітей і підлітків. Водночас, в новітній літературі наводяться подекуди суперечливі дані, які вимагають підтвердження або спростовування гіпотези про розвиток власне запального процесу в органі при коронавірусній хворобі. Вище наведене настановує на думку про подальші дослідження у цьому напрямку.

Мета: вивчити порушення екзокринної функції у дітей шкільного віку із коронавірусною хворобою в анамнезі.

Матеріал і методи: обстежено 40 дітей віком від 6 до 17-ти років, які перебували на стаціонарному лікуванні в КНП «Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня» протягом 2020-першої половини 2023-го років. Усі пацієнти підлягали комплексному обстеженню відповідно до сучасних протоколів діагностики та лікування (Наказ МОЗ України «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення» № 5929 від 29.01.2013 (із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 233 від 02.04.2014). Дослідження вмісту амілази сироватки крові та діастази сечі проводили за колориметричним методом W. T. Caraway (нормальний вміст амілази крові – 13-53 од/л, сечі – 0-450 од/л). Активність ліпази сироватки крові в обстежених пацієнтів дослідили за ферментативно-колориметричним методом (набір реактивів Cobas 6000/Roche Diagnostics (Швейцарія), норма – 13-60 од/л). Активність органоспецифічного ензиму фекальної еластази-1 (ФЕ-1) встановили методом ELISA (Schebo-Tech, Gissen, Germany). Відповідно до міжнародних стандартизованих показників, нормальний рівень еластази-1 в калі становить 200 та більше мкг/г калу. Сонографічні параметри підшлункової залози оцінювали за допомогою оптимізованого методу в модифікації Тарасюка Б.М., який передбачав порівняння ехоструктури органу та привушної залози з використанням датчиків різної частоти (від 3,5 до 7,7-10 МГц). Взято інформовану згоду від обох батьків на участь дитини у дослідженні, дотримано основних принципів Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації з біомедичних досліджень (2008)

Результати: у всіх обстежених нами дітей виявлено антитіла до коронавірусної хвороби (SARS-COV-2 Ig G до нуклеокапсидного антигену – більше 9,909 (при нормі <0,9)). Переважання больового абдомінального синдрому констатовано в більшості пацієнтів, що перебували під нашим спостереженням (90,0%). Біль у животі при цьому мав приступоподібний оперізувальний характер, інколи з іррадіацією в підлопаткову ділянку та плече (у 15,0% випадків), $x_2=112,7$, $p<0.0001$. Серед диспепсичних симптомів найбільш часто в обстежених нами дітей зустрічалися нудота (93,4%), періодичне блювання з домішками жовчі та залишками їжі (70% і 20%, $x_2=50,5051$, $p<0.0001$). 3-поміж симптомів загальної інтоксикації в дітей приблизно з однаковою частотою зустрічалися: слабкість (75,0%), головний біль (65,0%) та тривалий субфебрилітет (30,0%). За нашими даними, рівень амілази сироватки крові підвищувався приблизно у 8 разів від норми у порівнянні з контрольними даними ($663,5\pm 0,2$ од/л і $75,0\pm 0,1$ од/л, $p<0,05$), в той час, як рівень амілази сечі перебував у межах норми і склав $130\pm 0,1$ од/л. Рівень ліпази сироватки крові був вищим у 80,0% пацієнтів, і становив $463,68$ од/л, що у 8,4 рази перевищувало нормальні показники, а вміст ФЕ-1 становив $100\pm 0,1$ мкг/г калу в 65% обстежених.

Висновки: у більшості дітей, які перебували під нашим спостереженням, переважали прояви больового абдомінального синдрому з іррадіацією в підлопаткову ділянку та плече, $x_2=112,7$, $p<0.0001$, нудота (93,5%), періодичне блювання з домішками жовчі та залишками їжі (70% і 20%, $x_2=50,5051$, $p<0.0001$) та ознаки інтоксикаційного синдрому. Серед показників зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози у дітей із постковідним синдромом частіше відмічаються зміни з боку амілолітичної, протеолітичної та ліполітичної функцій, що вказують на зовнішньо-секреторну недостатність підшлункової залози легкого ступеню.

Ключові слова: дитина, коронавірусна інфекція, підшлункова залоза.

ЕЛЕКТРОННА ДЕТЕКЦІЯ СЕРЦЕВИХ ШУМІВ У РАНЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Мавропуло Т.К.¹, Шелевицька В.А.²

¹Кафедра педіатрії та неонатології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Мавропуло Т.К.

²Кафедра педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики факультету післядипломної освіти
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Шейко С.О.
Дніпровський державний медичний університет,
м.Дніпро, Україна

Вступ: серцевий шум у новонароджених може супроводжувати серйозну ваду серця, перехідний кровообіг новонародженого, деякі малі аномалії розвитку серця. Розповсюдженість серцевих шумів у здорових новонароджених складає від 0,8%, до 10,3%, серед яких вроджені вади серця діагностуються з частотою від 22% до 86%. В умовах військового стану для спрямування дітей із серцевими шумами на доплерокардіографію (ДЕХОКГ) необхідно застосовувати прості скринуючі методи діагностики.

Мета: оцінка серцевих шумів у здорових новонароджених дітей з гестаційним віком 35 0/7 - 41 6/7 тижнів за допомогою електронної фонокардіографії (ЕФКГ).

Матеріали і методи: досліджувалися три групи новонароджених дітей з гестаційним віком 35 0/7 - 41 6/7 тижнів: 114 дітей з ДЕХОКГ - ознаками гемодинамічно незначущої відкритої артеріальної протоки (грВАП), 42 дитини - з ДЕХОКГ - ознаками вроджених вад серця (грВВС), 167 дітей - група контролю (грК) без ДЕХОКГ - ознак ВАП і ВВС. У всіх новонароджених пренатально не були виявлені вади серця, всі мали нормальні показники пульсоксиметрії, період ранньої адаптації всіх новонароджених перебігав без ускладнень. Традиційна аускультация серця проводилась у 5 точках вислуховування, із записом фонокардіограми стетоскопом Thinklabs Model ds32a+ та Thinklabs one та диктофоном Sony-ICD-UX71, Recorder ZOOM-N 1. Записи зберігалися MP3 форматі, та WAV форматі. Аналіз фонокардіограм проводився за допомогою комп'ютерної програми «Hearttone-D». Проводили аналіз I та II тонів (усього 9 параметрів) та проміжків між тонами (усього 6 параметрів).

Результати: серцеві шуми вислуховувалися у 50 (15,5%) дітей (95,0% ДІ 12,13-18,87). В частоті виявлення шумів на 1 добу життя не вдалося встановити достовірні відмінності у дітей різних груп (грВАП, грПВС, грК), (12,5%, 50,0% та 20,0% відповідно; $p > 0,05$), у дітей грВАП та грВВС на 2 добу життя (23,7% і 50,0% відповідно; $p > 0,05$), 3 добу (14,7% і 33,3% відповідно; $p > 0,05$), 4 добу життя (45,5% і 70,0% відповідно; $p > 0,05$). Оцінка серцевих шумів у новонароджених дітей з гестаційним віком 35 0/7 - 41 6/7 тижнів за допомогою ЕФКГ показала, що вони мають різні акустичні характеристики в залежності від того, в якій групі спостереження вони знаходяться. На першу добу життя серцеві шуми у дітей з ВАП мають відмінності у параметрах проміжків між тонами (61,4%), тоді як у новонароджених із грВВС (39,7%), у новонароджених із грК (5,7%) ($p < 0,001$). Шуми у новонароджених із в групі грК взагалі не супроводжувались відмінностями в параметрах, які відповідають за характеристики проміжків між першим та другим тоном. На другу добу життя у дітей грК серцеві шуми також достовірно частіше супроводжуються відмінностями у параметрах, що характеризують перший тон серця (54,3%), порівняно з грВВС (36,2%) та грВАП (21,4%) ($p < 0,01$).

Висновки:

1. У 15,5% новонароджених вислуховуються серцеві шуми.
2. В частоті виявлення шумів на 1 добу життя не встановлено достовірних відмінностей у дітей різних груп (грВАП, грПВС, грК).
3. За результатами ЕФКГ серцеві шуми у новонароджених різних груп спостереження мають різні акустичні характеристики.
4. ЕФКГ дозволяє виділити серед дітей із серцевими шумами у ранньому неонатальному періоді саме тих, які потребують подальшого спрямування на ДЕХОКГ, що є особливо актуальним в умовах воєнного стану.

Ключові слова: серцеві шуми, відкрита артеріальна протока, вроджені вади серця, електронна фонокардіографія

СКЛАДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ В ДЕБЮТІ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА У ДІТЕЙ

Починок Т.В., Лутай Т.І., Горобець Н.І.

Кафедра педіатрії №1,
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Березенко В.С.
Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця,
м.Київ, Україна

Вступ: системний червоний вовчак (СЧВ) є автоімунним мультисистемним захворюванням. Рівень смертності дітей з СЧВ без лікування сягає 95,3% у продовж перших 5-ти років від початку хвороби. Частіше СЧВ розвивається у осіб жіночої статі (ж:ч) - препубертат (4,5:1 - 5:1); - пубертат (9-10:1). У більшості випадків захворювання починається у віці 12 та більше років.

Мета: на підставі клінічного спостереження показати складнощі діагностики та лікування в дебюті СЧВ у дітей.

Опис клінічного випадку: наводимо клінічний випадок дитини 16-літнього віку, що знаходилася на лікуванні в дитячому відділенні Дорожньої лікарні №1 з діагнозом «Гострий гломерулонефрит з провідним неповним нефротичним синдромом, гематурією, гіпертензією, тубулоінтерстиціальним компонентом, період розгорнутих клінічних проявів, з порушенням функції нирок. Постгавотемічна анемія. Вторинна мієлосупресія». Дитина поступила зі скаргами на набряки ніг, обличчя, зміни аналізів сечі: (протеїнурія 1,65 г/доба, лейкоцитурія 45-50 у полі зору, еритроцитурія 35-40-50 у полі зору). Вважала себе хворою, коли помітила набряклість в області гомілковостопних суглобів. За три тижні до поступлення у стаціонар дівчина перенесла гострий фарингіт. Алергологічний анамнез не обтяжений. Перенесла вітряну віспу в 6 років. Дитині була призначена кортикостероїдна терапія (КС) (преднізолон 50мг/доба), на фоні якої через 4-му тижні від початку лікування рівень креатинину прийшов до норми, але зберігалася гіпопротеїнемія, підвищений холестерин та протеїнурія, що свідчило про відсутність ефекту від КС в терапії. Курс лікування максимальними дозами преднізолону був обмежений 6 тижнями і на фоні зниження дози та переходу на цикло-

ве лікування КС була підключена цитостатична терапія (лейкеран- 8 мг/доба). На 3-му тижні комплексної терапії розвинулась мієлосупресія (лейкеран на тиждень був відмінений, а після нормалізації лейкоцитів продовжено в дозі 4 мг/доба). До 6 тижня лікування лейкераном 4мг/кг на фоні циклічного прийому преднізолону в дозі 17,5 мг/доба була досягнута часткова клініко-лабораторна ремісія неповного нефротичного синдрому. Дитина була виписана під нагляд сімейного лікаря та нефролога. Через півроку на фоні підтримуючої терапії КС та цитостатиками розвинулися анасарка, гіпоальбумінемія < 25 г/л; гіперліпідемія, гіпертензія -150/110 мм.рт.ст., креатинінемія - 0,323 ммоль/л. Під час динамічного обстеження пацієнтки виявлені антинуклеарні антитіла в титрі > 80, що дало підставу для підрахунку балів додаткових критеріїв (17 балів) відповідно до діагностичних критеріїв СЧВ запропонованих Європейською антиревматичною лігою (EULAR) і американською колегією ревматологів (ACR), 2019. Пацієнтці був виставлений діагноз: СЧВ. Люпус нефрит, нефротичний синдром, період розгорнутих клінічних проявів. Артеріальна гіпертензія; анемія І ст. тяжкості; азотемія; 2 – 3 ступінь активності патологічного процесу.

Висновки: СЧВ у дітей має складнощі встановлення діагнозу, особливо при хронічному перебігу патологічного процесу. Доцільно використовувати у діагностиці критерії запропоновані EULAR і ACR, 2019, які є найбільш чутливими та специфічними. Лікування пацієнтів з ЛН є індивідуалізованим; застосування різних схем лікування залежить від тяжкості патологічного процесу. Рання діагностика ураження нирок при СЧВ з використанням критеріїв запропонованих EULAR та ACR, 2019, та біопсії сприятиме своєчасному визначенню тактики та стратегії ведення дитини, та покращенню прогнозу Люпус нефриту.

Ключові слова: діти 1, люпус нефрит 2, ниркова недостатність 3, системний червоний вовчак.

КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ЧИННИК ТРИВАЛОГО СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА COVID-19

Сажина А.С., Сажин С.І.

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри: доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна*

Вступ: пандемія, викликана новим штамом коронавірусу SARS-CoV-2, характеризується вражаючими темпами поширення, рівнем захворюваності, госпіталізацій та смертності. Літературні дані свідчать також про відмінності в частоті, тяжкості та тривалості клінічних симптомів захворювання, що залежить від вікових особливостей дітей та непоодиноких мутацій вірусу SARS-CoV-2.

Мета: проаналізувати частоту типових симптомів перебігу інфекції, викликаной коронавірусом SARS-CoV-2, у дітей дошкільного віку для удосконалення прогнозування тяжкості та тривалості хвороби, оптимізації тактики ведення пацієнтів на догоспітальному та госпітальному етапах.

Матеріали і методи: проаналізовані лабораторно підтверджені 54 клінічних випадки COVID-19 у пацієнтів віком від 3 років до 5 років 11 місяців та 30 днів, госпіталізованих до обласного комунального некомерційного підприємства «Чернівецька обласна клінічна лікарня». Середній вік пацієнтів становив 4,84±0,19 років, відсоток хлопчиків та дівчат сягав 51,8% та 48,2% відповідно, більшість госпіталізованих дітей проживали в сільській місцевості (72,2%). Залежно від тривалості госпіталізацій проведений поділ на дві клінічні групи. До першої (I) – увійшли 25 пацієнтів, які перебували в стаціонарі менше 10 ліжкоднів, другу (II) – сформувавши 29 дітей дошкільного віку з тривалістю госпіталізації 10 та більше ліжкоднів. Групи порівняння вірогідно не відрізнялися за віком, статтю, місцем проживання. Ризики реалізації події проводилася з позиції біостатистики та клінічної епідеміології з обчисленням абсолютного та відносного ризиків, співвідношенням шансів.

Результати дослідження: в середньому пацієнти I та II клінічних груп поступали в стаціонар на 3,4±0,8 та 4,0±0,7 день захворювання (P> 0,05), проте, госпіталізація дітей після п'ятого дня хвороби частіше відбувалася серед пацієнтів II клінічної групи (24,1±11,5% проти 12,0±9,8%, Pφ> 0,05) при цьому атрибутивний ризик більш тривалого стаціонарного лікування становив 12,1%, відносний ризик – 2,0 при співвідношенні шансів – 2,3. Серед клінічних симптомів достовірно більш тривалими у дітей другої клінічної групи відмічалися біль у горлі, кашель та явища фарингіту. Ознаки запалення глотки та кашель були чинниками ризику більш тривалого перебування у стаціонарі.

Висновки: таким чином, більш пізня госпіталізація, наявність клінічних ознак фарингіту, кашель є чинниками ризику більш тривалого стаціонарного лікування. Наявність даних симптомів у пацієнтів дозволяє рекомендувати більш активну лікувальну тактику COVID-19.

Ключові слова: COVID-19, дитина, чинники ризику.

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТА ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ. КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ

Серякова І.Ю., Крамарьов С.О., Палатна Л.О., Шпак І.В.

*Кафедра дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри: д.мед.н, професор Крамарьов С.О.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м.Київ, Україна*

Вступ: часто при інфекційних захворюваннях спостерігаються запальні зміни на слизових оболонках, що супроводжуються підвищенням температури тіла, больовими відчуттями в ротогорлі та появою висипань у вигляді плям, афт, ерозій, везикул, які нерідко мають важливе діагностичне значення.

Мета: на прикладі представлених клінічних випадків нагадати лікарям практичної медицини про важливість диференційної діагностики інфекційних захворювань, що супроводжуються ураженням слизової оболонки ротової порожнини.

Матеріали і методи: ми провели огляд клінічних випадків при інфекційних захворюваннях, що супроводжувались ураженням слизової оболонки ротової порожнини пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування в Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні (КНП «КМДКІЛ») міста Києва в 2022-2023 роках.

Опис клінічного випадку №1

Дитина 5 років надійшла до КНП «КМДКІЛ» зі скаргами на задишку, біль за грудиною, лихоманку 39,9 °С, висипання на губах та слизовій ротоглотки, слабкість, біль в роті. Діагноз при направленні: Гострий тонзиліт.

З анамнезу відомо, що хворіє протягом тижня. Спостерігався підйом температури до 38,5°С, через 5 днів на губах і у роті з'явився висип та біль при ковтанні, різко утруднене дихання, задишка. В анамнезі перенесений афтозний стоматит 5 місяців тому. Діагноз при надходженні: Афтозний стоматит? Гіпертермічний синдром.

За час госпіталізації тяжкість зумовлена вираженою дихальною недостатністю, та больовим синдромом. Слизова ротоглотки яскраво гіперемована. На мигдаликах нашарування грибкового характеру. На яснах, язичі афти. Периферичні лімфовузли збільшені.

За результатами проведених досліджень, була виявлена *Candida albicans* та швидким тестом на ВІЛ в крові виявлені анти-тіла до ВІЛ1/2 типу.

Заключний діагноз: ВІЛ інфекція, кандидозний стоматит.

Опис клінічного випадку №2

Звернулась мама дитини 4 років зі скаргами на температуру 39,9°С протягом 2 днів, біль в горлі, дитина не може їсти. Зі слів мами спостерігались червоні плями у горлі, білі нашарування в роті на піднебінні, дужках, крововиливи на піднебінні. На 4-й день з'явився червоний висип по тілу. Були госпіталізовані з попереднім діагнозом краснуха.

Під час об'єктивного обстеження стан тяжкий, обумовлений загальноінтоксикаційним синдромом та синдромом екзантеми. Слизова ротоглотки яскраво гіперемована, на внутрішній поверхні щік, губ, язика наявні сіро-білі пухирці. На обличчі, грудній клітці, а також на шкірі долонь та стоп виражені везикулярні елементи. За результатами проведених досліджень, особливостей виявлено не було. Клінічно встановлено заключний діагноз: Ентеровірусний везикулярний стоматит- синдром «рука-нога-рот».

Опис клінічного випадку №3

Дитина 8,5 місяців, захворіла гостро, коли з'явилися млявість, відсутність апетиту, температура до 38,0°С та блювання. На 4-й день на обличчя всьому тілі з'явився дрібноточковий та плямисто-папульозний висип яскраво-червоного кольору з тенденцією до злиття, набряклість і яскрава гіперемія долонь; розвинувся двосторонній кон'юнктивіт; слизова ротоглотки яскраво гіперемована, набряклість передніх піднебінних дужок, піднебінних мигдалин. Язик сосочковий «малиновий».

З діагнозом скарлатина доставлений в КНП «КМДКІЛ».

При об'єктивному обстеженні: Стан середньої важкості. На обличчі, грудях, животі, спині, верхніх і нижніх кінцівках яскравий дрібнокрапковий висип плямисто-папульозного характеру з тенденцією до злиття. Долоні набрякли, яскраво гіперемовані. Двосторонній катаральний кон'юнктивіт, склерит. Слизова ротоглотки гіперемована, набряклість передніх піднебінних дужок і піднебінних мигдалин. Язик «малиновий», сосочковий. Нижньощелепні, передні - і задньошийні лімфовузли діаметром до 0,5 см, рухомі, безболісні, не спаяні між собою і з оточуючими тканинами. Печінка +3 см. На 13-й день у дитини на ЕКГ зафіксований епізод пароксизмальної тахікардії.

За результатами проведених досліджень в зіві виявлене зростання гемолітичного стрептокока, *St. Aureus* та грибів роду *Candida*. *ЕХО КГ* – має місце аневризматичне випинання лівої коронарної артерії до 1,5 мм за даними сканування в області *bulbus aortae*.

На підставі клініки захворювання, динаміки на тлі проведеної терапії, даних лабораторних аналізів хворому поставлений діагноз: Хвороба Кавасаки.

Висновки: ураження шкіри та слизових оболонок супроводжують більшість інфекційних захворювань і відіграють провідну роль під час встановлення діагнозу. Тому, відповідальність за хвору дитину вимагає від лікаря негайного прийняття рішення, особливо це стосується інфекційних захворювань, які супроводжуються висипкою на шкірі та енантемою на слизовій оболонці порожнини рота.

Ключові слова: енантема, висип, слизові оболонки, ротова порожнина, інфекційні захворювання, діти.

ЧИ ВАРТО ЗАСТОСОВУВАТИ МЕТОД ДИХАННЯ ЗА БУТЕЙКОМ У ДІТЕЙ З АСТМОЮ?

Слюзар З.Л.

Кафедра педіатрії №2

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Беш Л.В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
м.Львів, Україна*

Вступ: бронхіальна астма – це хронічне захворювання, на яке страждає понад 300 млн людей у всьому світі згідно з даними ВООЗ. Доведено, що бронхіальна астма може бути діагностована в будь-якому віці, однак найчастіше вона дебютує в дитинстві. Серед дитячого населення частота складає 5-10%, у деяких країнах досягає 37,6%. Найбільша поширеність астми реєструється в шкільному віці, причому частіше хворіють мешканці міста (відповідно 7,1 та 5,7 %). Бронхіальна астма – хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, належить до гетерогенних захворювань. Астма суттєво знижує якість життя пацієнтів, оскільки вона не лише впливає на фізичні, психічні та соціальні аспекти життя хворого, але й морально і фінансово виснажує всіх членів його сім'ї.

Метою лікування бронхіальної астми є контроль над захворюванням. Медикаментозне лікування є необхідне для контролю прогресування захворювання, до патогенетичного лікування астми належить алерген-специфічна імунотерапія. Поряд

з тим, існують ще рекомендовані немедикаментозні методи лікування бронхіальної астми, одним з яких є метод дихання за Бутейком і він може бути використаний додатково. Однак, попри наявність рекомендацій у наукових джерелах, використання даного методу у пацієнтів з астмою на сьогодні залишається дуже обмеженим.

Огляд: в результаті проведеного огляду літератури можна стверджувати, що деякі дослідження демонструють, що метод дихання за Бутейком дозволяє покращити якість життя у пацієнтів з бронхіальною астмою, а також, зменшити застосування інгаляційних бронхолітиків та інгаляційних кортикостероїдів. Водночас не знайдено досліджень, які б доводили зміну реакції бронхів при використанні методу дихання за Бутейком у пацієнтів з астмою. На даний час ще проводиться великий систематичний огляд та метааналіз для оцінки ефективності дихання за Бутейком у дітей та дорослих з астмою, що аналізує методіку дихання за Бутейком за такими показниками результатів: якість життя, симптоми астми, побічні ефекти і явища, фізіологічні показники, запалення дихальних шляхів, симптоми гіпервентиляції та показники психічного здоров'я. Метод дихання за Бутейком це культура дихання при якій контроль дихання рекомендується внести у своє повсякденне життя. Застосовують тренування дихання і техніки затримки дихання. Акцентується увага на важливості носового дихання, зменшення глибини та частоти дихання, ритму та швидкості дихання, контроль дихання під час розмови та фізичних навантажень. По суті, даний метод наголошує на важливості носового дихання та усунення хронічної гіпервентиляції легень.

Висновки: отже, отримані на сьогодні дані доводять ефективність застосування методу дихання за Бутейком у пацієнтів з астмою і може використовуватись додатково поряд з фармакотерапією.

Ключові слова: бронхіальна астма, огляд, дихання за Бутейком, лікування, діти

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ

Тарнавська О. В.

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

*Директор інституту: д.псих.наук, професор, дійсний член-академік НАПН України Максименко С. Д.
м.Київ, Україна*

Мета: головною метою психологічної підтримки дітей є допомога в подоланні травматичного досвіду, спричиненого війною.

Матеріали і методи: війна - це страшне випробування, як для дітей, так і для дорослих. Фізичні рани отримали не всі, але психологічні рани торкнулися кожного українця. Відомо, що тілесний біль триває лише в теперішньому часі, а душевний біль розповсюджується на минуле (почуття провини) та майбутнє (страх). На щастя, ми створені природою так, що рани загоюються, але це не означає, що пережите можна забути, а означає, що можна пам'ятати і жити далі, відраджувавшись і ставати сильнішими.

У дітей через стрес, спричинений війною, похитнулася базова потреба в безпеці, в захищеності, базова ілюзія про те, що «ми живемо у справедливому світі, де кожен отримує те, на що заслуговує». В таких умовах у дітей формуються психологічні «новоутворення»: віктимність (відчуття себе жертвою); формування «образу ворога» (нетерпимість до іншого погляду, іншої людини). Війна стала каталізатором таких емоцій та почуттів, як страх, гнів, сум, тривога, безпорадність, розпач...

У цьому контексті актуальними є напрямки психологічної підтримки дітей, які спрямовані на подолання неконструктивних стереотипів поведінки, формування поведінки, орієнтованої на співробітництво; відреагування особистісного травматичного досвіду; зрозуміння власних емоцій; розвитку блокованих травматичним досвідом пізнавальних функцій (концентрації уваги, пам'яті, творчого мислення); корекції уявлень про світ та своє місце в ньому; на надання можливості дітям усвідомити такі загальнолюдські цінності, як любов, дружба, прощення, толерантність; на створення безпечної атмосфери, яка сприятиме розвитку самосвідомості, самоповаги та адекватної самооцінки дитини. Це потребує, з одного боку, мобілізації внутрішніх ресурсів дітей, з іншого боку, мобілізацію внутрішніх ресурсів батьків. Адже, емоційна підтримка, спокій та стійкість батьків може бути буфером проти реальних проблем.

Як відомо, однією з сучасних тенденцій надання психологічної допомоги є взаємозбагачення, синергетична взаємодія різних напрямів, підходів. Ми бачимо доречним такий підхід у поєднанні позитивної психотерапії Пезешкіана, яка наголошує на цілісному баченні життя людини (холістичний підхід), оптимістичному сприйнятті її природи (позитивна концепція ресурсів, здібностей і потенціалу особистості) та єдності і різноманітні проявів тіла, душі і духа (Пезешкіан, 2006) з іншими методами, зокрема, з арт-терапії, враховуючи те, що сам по-собі оптимізм невзможливо позбавити від депресії, невдач, поганого самопочуття. При цьому ми орієнтувалися на шестифакторну модель BASIK Ph Мулі Лаада, яка включає залучення ресурсів (уяви, фантазії, творчості, віри, почуттів, фізичних відчуттів, раціонального осмислення подій, спілкування і підтримки оточення дитини) для подолання стресових ситуацій. Програма побудована за принципами, запропонованими Удо Баером: вирішальним фактором у виборі методик та прийомів роботи є не рамки тієї чи іншої теорії, а самі клієнти та терапевтичні відносини та фази їхнього розвитку; спілкування, обміну думками з іншими, живий контакт та підтримуючий супровід; перетворення неусвідомлюваних регідних патернів поведінки, почуттів, думок у зовнішній образ за допомогою ізотерапії. Саме під час війни ми вважаємо доцільним використання творчих психотерапевтичних методик У. Баєра. Наприклад, «Картина у рамці», ідея якої полягає в тому, що негативні почуття (страх, сум, гнів, відчай...), яких занадто багато, потребують обмеження, тобто, їх можна помістити у «рамку» надійності та безпеки, довіри та захисту; «Зірка почуттів», метою якої є привернути увагу клієнта до власних почуттів, складаючи пари протилежних саме для нього почуттів, що дозволяє віднайти автентичний шлях до розуміння та прийняття себе.

Результати: нами створена в мирний час та адаптована в реаліях сьогодення програма психологічної допомоги «Наші ліки музика, сміх, творчість» з елементами музикотерапії, ізотерапії, гелотології, в якій ми використали ідею Мартина Селігмана про навчання гнучкому оптимізму, як інструменту, який допомагає особистості досягнути цілей, які вони поставили перед собою, враховуючи те, що сам по-собі оптимізм невзможливо позбавити від депресії, невдач, поганого самопочуття. При цьому ми орієнтувалися на шестифакторну модель BASIK Ph Мулі Лаада, яка включає залучення ресурсів (уяви, фантазії, творчості, віри, почуттів, фізичних відчуттів, раціонального осмислення подій, спілкування і підтримки оточення дитини) для подолання стресових ситуацій. Програма побудована за принципами, запропонованими Удо Баером: вирішальним фактором у виборі методик та прийомів роботи є не рамки тієї чи іншої теорії, а самі клієнти та терапевтичні відносини та фази їхнього розвитку; спілкування, обміну думками з іншими, живий контакт та підтримуючий супровід; перетворення неусвідомлюваних регідних патернів поведінки, почуттів, думок у зовнішній образ за допомогою ізотерапії. Саме під час війни ми вважаємо доцільним використання творчих психотерапевтичних методик У. Баєра. Наприклад, «Картина у рамці», ідея якої полягає в тому, що негативні почуття (страх, сум, гнів, відчай...), яких занадто багато, потребують обмеження, тобто, їх можна помістити у «рамку» надійності та безпеки, довіри та захисту; «Зірка почуттів», метою якої є привернути увагу клієнта до власних почуттів, складаючи пари протилежних саме для нього почуттів, що дозволяє віднайти автентичний шлях до розуміння та прийняття себе.

В успішній психологічній підтримці дітей важливе місце займає робота з батьками, яка направлена як на знаходження їх власних внутрішніх ресурсів, переробку власного травматичного досвіду та розвитку стресостійкості, так і на розвиток навичок та умінь ефективної комунікації з дитиною, кращого розуміння її внутрішнього світу. У контексті нашої програми психологічна допомога батькам надавалася у формі консультацій та семінару з елементами тренінгу. Мова йшла, зокрема, про важливість налагодження довірливих стосунків, нормалізації режиму сну, харчової поведінки, про зменшення до мінімуму контакту з гаджетами, так як вони нав'язують свої небезпечні образи та підсилюють тривогу.

Висновки: у контексті психологічної підтримки дітей в умовах війни, яка потребує мобілізації внутрішніх ресурсів як дітей так і їх батьків, використання позитивної психотерапії у поєднанні з терапією творчістю є корисною для подолання травматичного досвіду.

Ключові слова: психологічна допомога, діти, батьки, внутрішні ресурси, почуття, творчість.

ГЕНЕТИКА ЗАТРИМКИ ПСИХО-НЕВРОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

Турова Л.О.

Кафедра клінічної імунології, алергології з секцією медичної генетики

Завідувач кафедрою д.мнд.н., професор Курченко А.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м.Київ, Україна

Вступ: генетичні розлади із затримкою психо-неврологічного розвитку є основною причиною дитячої інвалідності як у світі, так і в Україні. Проте, комплексне дослідження генетичних причин цієї патології ніколи не проводилося в нашій країні, оскільки діагностичні тести на основі NGS стали доступними в країні лише нещодавно, хоча сучасна медицина активно розвивається у напрямку персоналізованої діагностики та лікування на основі комплексного генетичного та метаболічного скринінгу. Для кращого розуміння патогенезу будь-якої патології, особливо психо-неврологічної, необхідні особливості молекулярно-генетичної складової.

Мета: саме тому на основі сучасних молекулярно-генетичних досліджень ДНК панелей WES та NGS у 417 дітей із затримкою психо-неврологічного розвитку комплексно проаналізована діагностична ефективність методу та описані характеристики мутацій, виявлених у цій когорті, і порівняна їх частота у здоровій когорті Української популяції.

Матеріали і методи: в роботі були використані клініко-генеалогічний, синдромологічний молекулярно-цитогенетичний аналіз та секвенування геному.

Проведений аналіз генетичного портрету WES або панель розладів нервової системи (Invitae corporation, 1400, 16th street, San Francisco, USA). Панель нейророзвитку NGS і секвенування Exome. Панель розладів нервової системи (NDD) включала 1813 генів. Згідно з протоколом Invitae, усі зразки крові та слини пройшли подвійну перевірку за візуальними ідентифікаторами (ID, стаття) та статтю, визначеною шляхом секвенування. Для панелі нейророзвитку геномна ДНК із поданих зразків була вилучена та збагачена для цільових регіонів за допомогою протоколу на основі гібридизації. Усі цільові регіони були секвенувані з більш ніж 50-кратним покриттям або доповнені секвенуванням Сенгера або додатковим аналізом у деяких випадках.

Секвенування екзома включало близько 18000 генів (<https://www.invitae.com/en/providers/test-catalog/test-80001>). Для WES ДНК-бібліотеки готували методом без ПЛР. Протокол секвенування стверджує, що точність виявлення становить 99%, використовуючи охоплення > 35x у звітному діапазоні з 99,5% регіонів вище 20x. Зчитування картування було виконано для еталонного геному людини GRCh37. Для інтерпретації зміни послідовності у форматі позиції гена використовували єдиний клінічно значущий транскрипт. Збагачені області включали кодуєчу послідовність, сусідню інтронну послідовність із 20 пар основ та інші геномні області, які, як повідомляється, є причиною захворювань (<https://www.invitae.com/en/provider-faqs/tech-and-quality>).

Аналіз геномних даних. Була складена таблиця зареєстрованих варіантів для кожної особи та перехресно перевірені їхні геномні позиції для еталонного геному людини GRCh38 за допомогою запису варіантів ENSEMBL (<https://useast.ensembl.org/info/docs/tools/vep/recoder/index.html>). Проведений детальний пошук зареєстрованих патогенних (P) або ймовірно патогенних (LP) мутацій за допомогою баз даних Clinvar (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/clinvar/>) і Omim (<https://omim.org>). Клінічну картину оцінювали разом із генетичними даними, щоб визначити передбачувані причинні варіанти. Якщо в індивідуума були присутні відомі варіанти, узгоджені з клінічною картиною, то молекулярний діагноз вважався остаточним: зокрема, варіант P/LP, присутній у гені, пов'язаному з аутосомно-домінантним або X-зчепленим успадкуванням; два варіанти P/LP в одному гені або один гомозиготний варіант, пов'язаний з аутосомно-рецесивним станом.

Була проведена додаткова анотація прогнозування ефекту для варіантів невизначеного значення (VUS) за допомогою оцінки CADD, PolyPhen та оцінили їх частоту в даній когорті та когорті здорових людей з України: у 97 опублікованих даних WGS (7) та 150 неопублікованих цілих геномах із транскрипційної співпраці проект «Партнерство для геномних досліджень в Україні та Румунії» (<https://genomes.uzhnu.edu.ua>).

Результати: нам вдалося визначити остаточний молекулярний діагноз у 70 (16,8%) осіб. Більшість відомих діагностованих станів успадковувалися за типом AD (75,5%). Великі варіації кількості копій (CNV), що охоплюють кілька генів, спостерігалися у 9 осіб (13,04%). Хромосома 15 найбільше постраждала від цих типів мутацій. Найбільш часто діагностованим станом одного гена був синдром Ретта (5 випадків викликали однонуклеотидні варіанти (SNV) або малі інделі). Серед інших діагнозів у 2 осіб спостерігалося 15 різних станів, всі інші захворювання були поодинокими. Переважаючою групою захворювань, зумовлених різними мутациями генами, були енцефалопатії розвитку та епілептичні енцефалопатії (тип 2, 4, 7, 11, 14, 32), які характеризуються тяжкою епілепсією та затримкою розвитку (загалом 11 випадків).. Середній вік \pm SD на момент молекулярної діагностики становив $6,23 \pm 2,4$ року. Недіагностичні (VUS та носійство) та негативні результати (без P/LP/VUS) були виявлені у 73,4 (75,1%) та 13 (3,1%) осіб відповідно, що потребують більш глибокої генетико-діагностичної інтерпретації з порівнянням проявів генотип-фенотип з урахуванням проявів коморбідної патології на яку впливало носійство VUS з клінічною маніфестацією.

Висновок: кожна патологія має свій генетичний та метаболічний портрет. У пацієнтів із затримкою психо-неврологічного розвитку, зростає тяжкість основного захворювання та погіршується прогноз, що необхідно враховувати при діагностиці та лікуванні. Важливо розробити оптимальну стратегію менеджменту та мультидисциплінарний підхід стосовно коморбідної патології у даної когорти пацієнтів.

Ключові слова: генетичні розлади, психо-неврологічний розвиток, метаболічний портрет

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМИ ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Хоменко Л.О., Остапко О.І., Голубєва І.М., Сороченко Г.В.

Кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Савичук О.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Вступ: хвороби пародонту характеризуються високою розповсюдженістю як серед дорослого, так і серед дитячого населення багатьох країн світу, тому на сьогодні вони становлять надзвичайно актуальну проблему сучасної стоматології. Ураження тканин пародонту розпочинається в дитячому віці. Найбільш розповсюдженим серед дітей і підлітків є хронічний катаральний гінгівіт, поширеність якого серед дітей і підлітків дорівнює 60-80%, сягаючи в окремих регіонах 90-100% (Хоменко Л.О. і співав., 2022). Розвитку хронічного запального процесу в яснах сприяє наявність супутніх хронічних захворювань внутрішніх органів і систем у дитини. Змінюючи імунний статус організму, вони послаблюють захисний бар'єр зубоясенної борозни і ротової рідини, що призводить до більш інтенсивного ураження тканин пародонту патологічним процесом.

Мета: дослідити стан тканин пародонту і провести його порівняльну оцінку у дітей із різними супутніми хронічними захворюваннями.

Матеріали і методи: проведено стоматологічне обстеження 45 дітей віком 15-16 років, які знаходилися на лікуванні і перебували під наглядом у ДКЛ № 8 м. Києва. Діти були розподілені на 2 групи: I група – 25 дітей із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ХЗ ШКТ) (хронічний гастрит, хронічний гастродуоденіт з підвищеним типом секреції); II група – 20 дітей з патологією ЛОР-органів (хронічний тонзиліт, хронічний фарингіт). Контрольну (III групу) було сформовано з 15 практично здорових дітей без хронічних супутніх захворювань. Діагноз основного захворювання ставили лікарі-педіатр на підставі даних анамнезу, клінічної картини захворювання, результатів лабораторних та інструментальних методів досліджень. Тривалість основного захворювання становила від 3 до 5 років.

Стан тканин пародонту оцінювали візуально, звертаючи увагу на колір, рельєф і консистенцію слизової оболонки ясен, а також за допомогою пародонтальних індексів –РМА та СРІ. Індекс РМА вираховували з метою оцінки ступеню тяжкості хронічного катарального гінгівіту. Для визначення індексу СРІ, рекомендованого ВООЗ, проводили пародонтальне зондування в ділянці індексних 16, 11, 26, 36, 31, 46 зубів, при цьому оцінювали наявність кровоточивості ясен, зубного каменю і глибини зондування. Реєстрували кількість уражених секстантів у однієї дитини. Статистичну обробку результатів за допомогою комп'ютера та програми EXCEL.

Результати: встановлено високі показники розповсюдженості захворювань тканин пародонту у 15-16 річних дітей як з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (I група, 98%), так і ЛОР-органів (II група, 96%). У практично здорових обстежених цей показник був достовірно нижчим (III група, 83%). У дітей всіх груп найчастіше діагностували хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ), в окремих випадках – в стадії загострення. У частини дітей було виявлено генералізований пародонтит (ГП). Привертає увагу достовірно вища поширеність ГП у дітей із хронічними супутніми захворюваннями: ХЗ ШКТ – 15% та захворюваннями ЛОР-органів (12%), що достовірно перевищує аналогічний показник у практично здорових дітей – 5%, ($p \leq 0,05$).

У дітей із хронічними супутніми захворюваннями ХКГ характеризувався більш тяжким перебігом порівняно з практично здоровими дітьми. У дітей як з ХЗ ШКТ, так і патологією ЛОР-органів переважав середній ступінь тяжкості ХКГ – 64% і 55% відповідно. Водночас серед практично здорових обстежених питома вага середнього ступеня тяжкості запального процесу в яснах була достовірно нижчою – 31% ($p \leq 0,05$). Значення індексу РМА у дітей з ХЗ ШКТ при середньому ступеню тяжкості ХКГ дорівнювало $43,2 \pm 0,9\%$, а з патологією ЛОР-органів – $38,4 \pm 0,7\%$, що свідчить про генералізований характер запального процесу в яснах.

Розповсюдженість легкого ступеню ХКГ виявилася достовірно нижчою як серед дітей із ХЗ ШКТ – 36% ($p \leq 0,05$), так і серед обстежених із патологією ЛОР-органів – 45% ($p \leq 0,05$). Середнє значення індексу РМА при легкому ступеню тяжкості ХКГ в I групі становило $28 \pm 0,7\%$, а в II групі – $23 \pm 0,5\%$, що достовірно нижче, ніж при середньому ступеню тяжкості ХКГ ($p \leq 0,05$). Серед практично здорових дітей переважав легкий ступінь тяжкості ХКГ (69%), при цьому середнє значення індексу РМА не перевищувало $17 \pm 0,6\%$, ($p \leq 0,05$).

При визначенні комунального пародонтального індексу (СРІ) було встановлено, що кількість уражених секстантів на одного обстеженого в I групі складала $5,5 \pm 0,3$, а в II групі – $4,8 \pm 0,4$, що відповідно до оцінювальних критеріїв ВООЗ розцінюється як «високий» показник. В контрольній групі серед практично здорових дітей цей показник виявився достовірно нижчим – $3,2 \pm 0,2$ ($p \leq 0,05$). У дітей всіх груп під час визначення індексу СРІ було виявлено зубний камінь: у пацієнтів із ХЗ ШКТ середня кількість секстантів з зубним каменем дорівнювала $3,9 \pm 0,4$, у осіб із патологією ЛОР-органів – $3,6 \pm 0,3$, в групі практично здорових обстежених – $2,5 \pm 0,6$. Несприятливим в прогностичному плані є наявність у дітей 15-16 річного віку пародонтальних кишень – однієї з провідних ознак пародонтиту – запально-деструктивного процесу, що супроводжується руйнуванням всіх тканин пародонта. В групі дітей із ХЗ ШКТ середня кількість секстантів з пародонтальними кишнями

становила $1,6 \pm 0,2$, у дітей із ЛОР-патологією – $1,4 \pm 0,6$. Серед практично здорових дітей цей показник виявився достовірно нижчим – $0,5 \pm 0,1$ ($p \leq 0,05$).

Висновки: у дітей із хронічними захворюваннями внутрішніх органів встановлено високі показники розповсюдженості (96 – 98%) та інтенсивності (в середньому 4,8 – 5,5 уражених секстантів) хвороб тканин пародонту порівняно з практично здоровими дітьми без хронічної супутньої патології. У дітей з ХЗ ШКТ показники ураження тканин пародонту виявилися дещо вищими, ніж у дітей з ЛОР-патологією, хоча достовірних відмінностей для більшості показників встановлено не було.

Хронічні супутні захворювання у дітей обтяжують перебіг захворювань тканин пародонту та сприяють більш швидкому їх прогресуванню, про що свідчить переважання середнього ступеню тяжкості ХКГ (55 – 64%) в обох групах обстежених та достовірно вищі показники поширеності генералізованого пародонтиту (12 – 15%) порівняно з практично здоровими дітьми.

Діти з хронічними захворюваннями внутрішніх органів становлять групу ризику щодо раннього розвитку генералізованого пародонтиту, тому вони повинні перебувати під постійним наглядом лікаря-стоматолога. Моніторинг стоматологічного статусу має проводитися щонайменше двічі на рік із проведенням необхідних лікувально-профілактичних заходів для попередження прогресування запальних та запально-деструктивних змін у тканинах пародонта.

Ключові слова: гінгівіт, діти, пародонтит, соматичні захворювання.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ ТЕРАПІЇ МИСТЕЦТВОМ У ДІТЕЙ ПРИ АСТЕНІЧНОМУ СИНДРОМІ У ВІЙСЬКОВИЙ ЧАС

Владимиров О.А., Чумак Ю.Ю., Волгіна Л.М., Владимірова Н. І., Куртян Т.В.

*Кафедра фізичної та реабілітаційної медицини і спортивної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Владиміров О.А.*

*Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика.
м. Київ, Україна,*

Вступ: особливості життя в умовах військового часу змушує дорослих та дітей перебувати в стані постійного емоційного напруження, викликаючи паніку, агресію, страх, тривогу, почуття відчаю та приреченості. Навантаження, що покладаються на людський організм, часто перевищує її резервні можливості та сприяє зростанню випадків звернення пацієнтів з астеничним синдромом. В Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) цей синдром описаний в різних рубриках класів, що свідчить про різну етіологію захворювання (F; G; R; T; Z) та вказує на поширеність в різних сферах охорони здоров'я.

Мета: розробка методів терапії мистецтвом для психологічного відновлення пацієнтів з психо-астеничним синдромом.

Матеріали і методи: автори цього дослідження спостерігали випадки психогенної астенії у дорослих та дітей, які звернулись до лікаря зі скаргами, що відповідали клініко-етіологічному визначенню «психоастенія». Методом шкалування оцінювали вираженість симптомів та динаміку їх змін після реабілітації. Напрямок мистецтва для реабілітації проводили по ведучим репрезентативним модальностям пацієнта (Р. Бендлер) з урахування компенсації наблизення до цілісного сприйняття (Апанесенко Г.Л., Попова Л.О). Додатково оцінювали стан учасників інтерв'юванням та спостереженням за поставою і виразом обличчя.

Результати: за 6 місяців в дослідженні приймали участь всього 49 осіб, розподіл нерівномірний за статтю та віком. За 10 бальною шкалою оцінювали початковий стан відчуттям тону, радості від життя та бажанням прагнути вдосконалення: 32 особи (58%) - на 2 бали, 11 осіб (35%) - на 1 бал, та 5 осіб (7%) - на 3 бали. Крім того пацієнтам пропонувалось вказати бажаний, тобто очікуваний, рівень тону і позитивного настрою після реабілітації: 30 пацієнтів (88%) бажали досягнути рівня тону на 8 балів, 11 особи (4%) очікували рівень на 7 балів, і 8 пацієнтів (8%) прагнули почувати себе на виході терапії на 9 балів. На підготовчому діагностичному етапі експертним методом було встановлена провідна та одна доповнююча перцептивні субмодальності пацієнтів. Найчастіше в групі була комбінація: провідна зорова з аудіальною модальностями - 67%. Наступна за частотою комбінація 27% - зорова з сенсорною, у решти учасників комбінації розподілились між аудіально сенсорною та сенсорно-аудіальною. Терапевтичний вплив мистецтвом підбирався до провідних перцептивних модальностей пацієнтів, як моно-модальний, так і бімодальний. Для пацієнтів категорії зорова-аудіальної модальності спостереження витворів мистецтва супроводжувалось прослуховуванням спеціально підібраних музичних творів, казкотерапія. Для пацієнтів з провідними аудіо-сенсорною і сенсорно-аудіальною модальностями пропонувалась танцювально-рухова терапія під відповідно підібрані музичні фрагменти та драматерапія. Пацієнти із переважанням зорової модальності занурювались в милування витворами мистецтва, процесом малювання різними техніками, піскової терапії, кольоротерапії та мандалотерапії. В середньому кожен пацієнт, будь то дорослий чи дитина, отримав від 5 до 7 занять. Протягом реабілітації у пацієнтів серйозних порушень соматичного здоров'я та психологічних потрясінь не спостерігалось. Всі пацієнти досягли або перевершили свої очікування (відповідно 80% і 20%). Найбільш суб'єктивними ознаками відмічалась група пацієнтів з аудіосенсорними і сенсорно-аудіальними модальностями сприйняття незалежно від віку. Результати оцінювання пацієнтів по шкалам підтверджувались спостереженням за виразом обличчя та поставою та позитивними змінами поведінки.

Висновки:

- 1) Інтегрування методів терапії мистецтва у повсякденне життя людини допомагає самостійно збалансувати власний тонус, покращити якість життя та сприяє усуненню симптоматики астенії в умовах військового часу незалежно від віку та статі.
- 2) З урахуванням провідних перцептивних модальностей посилюється реабілітаційний терапевтичний вплив терапії мистецтв.
- 3) Терапевтична дія мистецтва допомагає пацієнтам покращити самооцінку стану та інтегрувати їх в подальше життя.
- 4) Терапія мистецтвом може бути рекомендована, як самостійний так і доповнюючий метод реабілітації та оздоровлення дітей та дорослих.

Ключові слова: реабілітація, оздоровлення, терапія мистецтвом.

ЧАСТОТА ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Руденко С.М., Промська Н.В., Кравцова О.М.

*Державна установа «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України»,
Завідуюча відділенням дитячої пульмонології та алергології, дмед. наук, старший науковий співробітник Речкіна О.О
м.Київ, Україна*

Вступ: В 2019 році вперше було ідентифіковано новий штам коронавірусу людини SARS-CoV-2, а вже на початку 2020 року міжнародні організації оголосили COVID-19 пандемією глобального масштабу. За даними статистики до 5 % від всіх ідентифікованих випадків захворювання на COVID-19 становили діти.

Перебіг захворювання COVID-19 у дітей зазвичай мав легкий перебіг чи взагалі протікав безсимптомно. Після перенесеної інфекції COVID-19 у частини пацієнтів зберігалися симптоми, пов'язані з хворобою, через декілька місяців по закінченню гострого епізоду. Даний стан почали називати «синдром тривалого COVID-19» чи так званий «постковідний синдром». Дані прояви характеризуються стійкими симптомами, що виникають під час хвороби та тривають більше 12 тижнів. Розвиток постковідного синдрому пов'язують із залишковим запальним процесом, пошкодженням органів, неспецифічними наслідками госпіталізації та соціальної ізоляції. Хоча основна частина дітей, хворих на COVID-19, видужує за короткий період часу, у частини дітей може відмічатися збереження тривалих симптомів. Дані щодо довгострокового впливу COVID-19 та частоти розвитку постковідного синдрому у дітей ще потребують уточнення, особливо у пацієнтів із супутніми захворюваннями органів дихання.

Мета: визначити частоту розвитку постковідного синдрому у дітей, хворих на бронхіальну астму.

Матеріали та методи: для встановлення частоти постковідного синдрому у дітей з бронхіальною астмою було проведено анкетування 30 пацієнтів, що перенесли легкий чи безсимптомний COVID-19. Обов'язковою умовою включення в дослідження було підтвердження діагнозу COVID-19 одним із доступних тестів. Середній вік обстежених дітей був $10,3 \pm 0,7$ роки. Дослідження проведено за кошти держбюджету.

Результати: згідно отриманих даних у 23,0 % обстежених дітей COVID-19 протікав безсимптомно. Кашель був основним проявом в гострий період COVID-19 та проявився у 67,0 % хворих дітей. Катаральні явища зафіксовано у 60,0 % обстежених, лихоманка відмічалася у 57,0 % пацієнтів, головний біль відмічали 27,0 % дітей в гострому періоді COVID-19. Враження шлунково-кишкового тракту, що включали нудоту, блювання, біль в животі та діарею, відмічалися у 17,0 % пацієнтів. При аналізі симптомів, що зберігалися більше 12 тижнів, виявлено збереження загальної слабкості у 10,0 % обстежених дітей, збереження тривалого кашлю відмічалася у 7,0 % пацієнтів, скарги на періодичний головний біль зафіксовано у 3,0 % дітей. Загалом симптоми, що тривали більше 12 тижнів та були ідентифіковані як постковідний синдром, виявлено у 13,0 % обстежених дітей. При цьому не відмічено у жодної дитини втрати контролю за перебігом основного захворювання.

Висновки: отримані дані свідчать, що COVID-19 значно не впливав на короточасний контроль бронхіальної астми та не був фактором ризику важкого перебігу COVID-19 у дітей. Незважаючи на легкий перебіг COVID-19 у дітей може мати довгострокові прояви у вигляді постковідного синдрому у 13,0 % пацієнтів з бронхіальною астмою. Отримані попередні дані потребують подальшого дослідження.

Ключові слова: астма, візінг, захворювання органів дихання, тривалі симптоми, наслідки COVID-19.

ОСОБЛИВОСТІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З КОАРКТАЦІЄЮ АОРТИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Хапченкова Д.С., Сенаторова Г.С.

*Кафедра педіатрії №1 та неонатології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гончарь М.О.
Харківський національний медичний університет
м.Харків, Україна*

Вступ: коарктація аорти - вроджена аномалія серця, яка в сучасній кардіохірургії розглядається як складова загальної системної васкулопатії. Тому хірургічна корекція є тільки першою ланкою лікування дітей з даною патологією. Зазначена група пацієнтів пожиттєво потребує кваліфікованого мультидисциплінарного спостереження та індивідуального підходу для кожного пацієнта.

Мета: удосконалення післяопераційного спостереження дітей з коарктацією аорти. Матеріали і методи: клініко-інструментальні, лабораторні, гістологічні, статистичні. Результати: на основі даних катамнезу 87 дітей з коарктацією аорти (КоА) до операційного втручання (супутні серцево-судинні та соматичні захворювання, особливості перебігу та клінічних проявів вади у різних вікових групах, вихідні показники систолічного і діастолічного артеріального тиску, гіпертрофія лівого шлуночка) розроблена та впроваджена індивідуальна карта спостереження пацієнта, яка включає основні положення для динамічного спостереження даної категорії пацієнтів та яку доцільно заповнювати під час відвідування у лікаря. У 70,8 % випадків дітей з КоА цифри артеріального тиску (АТ) діастолічного відповідали гіпотензії, цифри систолічного артеріального тиску у 15 пацієнтів (62,5 %) були характерні для гіпертензії, нормальні показники констатовано у 9 пацієнтів (37,5 %). Індекси «навантаження тиском» систолічного і діастолічного АТ характерні для стабільної артеріальної гіпертензії (СтаАГ) отримані у 6 дітей (25,0 %), для лабільної гіпертензії (ЛАГ) - у 10 підлітків (41,6 %), нормальні показники індексу «навантаження тиском» були діагностовані у 8 пацієнтів (33,0 %). При оцінці та аналізі циркадної організації добового профілю АТ у пацієнтів основної та контрольної групи виявлена розбіжність ступеня нічного зниження АТ. У дітей основної групи показники добового індек-

су систолічного АТ в 66,7 % випадків відповідали показникам «dipper», у 33,3 % пацієнтів - « non-dipper». Добовий індекс діастолічного АТ у осіб основної групи у 50,0 % дітей коливався в межах 10-20 %, 33,3 % - склали групу «non-dipper», а 16,7 % - групу «over-dipper». 90,0 % пацієнтів контрольної групи за показниками добового індексу систолічного АТ та 85,0 % за показниками діастолічного АТ склали групу «dipper». При оцінці варіабельності АТ констатована достовірна розбіжність стандартного відхилення таких показників як: середньодобовий рівень діастолічного АТ (62,5 (55; 75)), денний діастолічний АТ (72,5 (57; 78,5)), збільшення циркадного індексу систолічного АТ (16 (11,5; 17)). Зазначені дані доводять значущість добового моніторингу АТ в доклінічній діагностиці артеріальної гіпертензії в післяопераційному періоді. У 61 пацієнта (основну групу склали 46 дітей з підвищеним АТ: 17 дітей зі СтАГ, 29 - з ЛАГ і контрольну - 15 практично здорових дітей віком від 12 до 17 років) вивчено рівень нітриту (NO), як маркер ендотеліальної дисфункції. Встановлено, що в групі дітей зі СтАГ показники NO констатовано на рівні $3,74 \pm 0,79$ мкмоль / л, а з лабільною $4,44 \pm 0,80$ мкмоль/л, тобто підгрупи за вмістом NO достовірно відрізнялися між собою ($t = 2,91$; $p < 0,01$) та від значень контрольної групи: зі СтАГ ($t = -6,72$; $p < 0,001$) і ЛАГ ($t = -4,41$; $p < 0,001$). Для оцінки зв'язку між рівнем NO і післяопераційним періодом (ПОП) проведений кореляційний аналіз. У загальній групі АГ зв'язок між тривалістю післяопераційного періоду та показником NO був достовірно сильним і негативним ($r = -0,74$; $p < 0,001$); в групі СтАГ зв'язок був ще вищий ($r = -0,84$; $p < 0,001$), в групі ЛАГ кореляція була середньою, але також негативною і достовірною ($r = -0,76$; $p < 0,001$). Щоб оцінити характер залежності NO в крові дітей з АГ від тривалості ПОП було проведено регресійний аналіз та побудована лінійна регресійна модель: $NO = -0,01 * ПОП + 4,99$ Рівень значущості моделі показав високі значення ($p < 0,001$), що говорить про її працездатність та дає можливість визначати індивідуальний план медикаментозного лікування зазначеної когорти пацієнтів. При гістологічному дослідженні 15 коарктаційних ділянок аорти, що були вилучені під час операції, була констатована змінена архітектоніка у всіх шарах, погана візуалізація шарів аорти та слабка виразність ендотелію у всіх препаратах. Суттєві зміни було винайдено в середньому шарі стінки аорти: еластичні волокна виражені слабо, фрагментовані, з хаотичним їх розташуванням, у вигляді «пасм волосся», діагностовані великі за розміром фокуси некрозу гладком'язових клітин, колагенових та еластичних волокон. Виявлено явища ангіоматозу середнього та зовнішнього шару стінки аорти з утворенням тонкостінних дрібних судин за капілярним типом. У всіх біоптатах відзначено ділянки спустошення клітин та волокон середнього шару з утворенням кистоподібних структур, діагностовано набряк, витончення всіх шарів аорти, у п'яти біоптатах виявлено гіпоеластоз та фокуси анеластиозу. Отримані дані доцільно розглядати як маркери прогнозування пізніх післяопераційних ускладнень. У 56 пацієнтів в післяопераційному періоді проведена оцінка якості життя опитувальником Pediatric Quality of Life Inventory™ 3.0 Cardiac Module (PedsQL Cardiac Module). Встановлено фактори зниження якості життя пацієнтів після оперативного лікування коарктації у вигляді підвищеного артеріального тиску, обмеження фізичної активності, необхідності тривалого контролю за станом здоров'я, зниження когнітивних та комунікативних здібностей.

Висновки: створена індивідуальна карта пацієнта з коарктацією аорти, показники добового моніторингу артеріального тиску та рівень оксиду азоту в післяопераційному періоді, особливості гістологічної будови стінки аорти, показники якості життя після оперативного лікування допоможуть індивідуалізувати тактику ведення дітей з коарктацією аорти на всіх етапах пожиттєвого спостереження.

Ключові слова: васкулопатія, гіпертензія, ендотеліальна дисфункція, якість життя.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВАЗОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ГІПОТАЛАМІЧНИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ

Шлімкевич І.В., Іванишин Л.Я., Волосянко А.Б., Жиляк О.В., Дутчук О.В.

Кафедра педіатрії

Завідувач кафедри: д.м.н., професор Волосянко А.Б.

Івано-Франківський національний медичний університет

м.Івано-Франківськ, Україна

Вступ: Гіпоталамічний синдром пубертатного періоду (ГСПП) – це нейроендокринний синдром, який виникає в пубертатному або постпубертатному періоді внаслідок функціональних ендокринних порушень. У більшості випадків складно з'ясувати його головну причину, оскільки маніфестація часто настає через роки після дії причинного фактора. Останнім часом в Україні поширеність ГСПП зростає удвічі. Враховуючи високу поширеність ГСПП у дитячій популяції, схильність до прогресування, виникнення ускладнень, розвитку мозкових судинних змін, слід надавати великого значення ранній діагностиці початкових порушень та встановленню основних клінічних критеріїв у дітей та підлітків. Гіпоталамічний синдром це комплекс: ендокринних, обмінних, вегетативних розладів, обумовлених патологією гіпоталамуса. Характеризується зміною (частіше збільшенням) маси тіла, головним болем, мінливим настроєм, артеріальною гіпертензією (АГ), порушенням менструального циклу, підвищенням апетиту і спрагою, посиленням або зниженням лібідо. Прогноз залежить від тяжкості ураження гіпоталамуса: від можливості повного одужання до прогресування захворювання.

Мета роботи: визначення ефективності ноотропного препарату вінпоцетин у комплексному лікуванні дітей із ГСПП. Матеріал і методи: обстежено 40 дітей віком 14 – 18 років із ГСПП. Всі обстежені із ГСПП були розподілені наступним чином: 20 дітей отримували стандартну терапію, 20 дітей – окрім стандартної терапії приймали ноотропний препарат метаболічної дії вінпоцетин. Обстеження пацієнтів проводили до та після проведення курсу комплексної терапії. Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакета програм Statistica 5.5A (StatSoft, USA).

Результати: клінічна картина у дітей із ГСПП характеризувалася проявами кардіального, вегетативного, астеноневротичного, судинного синдромів та їх поєднанням. Найбільш частими були скарги на головний біль 75,0%, із переважною локалізацією у висковій та потиличній зоні, що посилювався при нахилах голови, напружуванні, мав ниючий, тиснучий, інколи розпираючий характер із ірадіацією в очні яблука, частіше виникав у другій половині дня. Головокружіння спостерігалось у 20,0%, біль в ділянці серця – у 45,0% пацієнтів із ГСПП. Частіше всього кардіалгії індукувались психоемоційними та фізич-

ними навантаженнями. Шум у вухах мав місце у 72,5%, швидка втомлюваність – у 67,5%, задишка у 37,5% дітей із ГСПП. Метеочутливість виявлена у 75,0% обстежених, практично у всіх пацієнтів відмічалась емоційна лабільність, подразливість, втомлюваність. Погіршення пам'яті мало місце у 70,0%, надмірне почуття відповідальності – у 62,5% пацієнтів. Призначення терапії супроводжувалося синдромами кардіалгічним та цефалгічним у 40,0% дітей із ГСПП ($P=0,99$), відчуття серцебиття – у 25,0% пацієнтів ($P=0,99$). На 30,0% зменшилася частота виникнення задишки ($P=0,99$), на 20,0% – відчуття незадоволення вдихом ($P=0,95$). В результаті призначення зменшилось головокружіння у 25,0%, стабілізувався АТ у 35,0% пацієнтів, хоча ці зміни і не були вірогідними ($P=0,87$; $P=0,89$). Ефективно регресували і прояви психопатичного синдрому: зменшення психо-емоційної лабільності у 35,0% та підвищеної тривожності у 40,0% обстежених ($P=0,93$). Позитивна динаміка відмічалась на тлі покращення самопочуття у 40,0% ($P=0,99$), зниження втомлюваності – у 60,0% пацієнтів ($P=0,99$), які приймали базову терапію. Терапія базова у поєднанні із вінпоцетином супроводжувалося зменшенням тривалості цефалгій у 65,0% ($P=0,99$), нівелюванням кардіалгічного синдрому у 70,0% пацієнтів, відповідно ($P=0,99$). Задишка на емоційне навантаження регресувала – у 50,0% ($P=0,99$), головокружіння – у 60,0% ($P=0,99$), шум і пульсація у вухах – у 60,0% ($P=0,96$), відчуття парестезій – у 65,0% дітей ($P=0,96$), що приймали вінпоцетин. Призначення такого лікування призвело до нормалізації АТ у 60,0% обстежених ($P=0,96$). Так, 55,0% дітей спостерігали зменшення надмірної тривожності ($P=0,98$), 65,0% – нестійкий емоційний стан ($P=0,99$).

Висновки: таким чином, застосування комбінованого медикаментозного підходу із включенням ноотропного препарату вінпоцетин у дітей із ГСПП індукує ефективну корекцію клініко-функціональних зрушень (зменшення цефалгій, головокружіння, шуму і пульсації в голові, лабільності АТ, покращення кровопостачання, нормалізація вегетативної нервової системи, формування стійкості до метеорологічних умов) та оптимізацію церебральної гемодинаміки, що дозволяє рекомендувати його до складу комплексної терапії пацієнтів із ГСПП.

Ключові слова: діти, гіпертензія, кардіалгії, тривожність, артеріальний тиск.

СЕКЦІЯ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

IL-4 IN BLOOD SERUM OF CHILDREN WITH TRANSIENT WHEEZING AND ASTHMA

Andrushchenko V.V.

Scientific supervisor: DMedSc, Professor Makieieva N. I.

Department of Pediatrics No. 2

Head of the department: DMedSc, Professor Makieieva N. I.

Kharkiv National Medical University,

Kharkiv, Ukraine.

Introduction: asthma is one of the global catastrophes of our time. The roots of this problem are ancient and begin in early childhood. The prevalence of asthma is increasing from year to year. Modern medicine remains powerless in the face of this disease. Asthma occupies a leading position among chronic diseases. Recently, one of the leading roles in the regulation of the immune response in the chronic inflammatory process has been assigned to specific mediators — cytokines (interleukins). Interleukin-4 (IL-4) is a key cytokine in the development of allergic inflammation. It causes the proliferation of B-lymphocytes and promotes the increase of IgE secretion, eosinophil transmigration through the endothelium, directs the differentiation of T-lymphocytes into T-helpers of the 2nd type (Th2-helpers).

The aim of the study was to evaluate the levels of IL-4 in the blood serum of children with transient wheezing and patients with asthma.

Materials and methods: 121 children participated in the study. Patients were divided into groups: group 1 — children with transient wheezing (TW) (n = 81), group 2 — children with asthma (n = 15), group 3 — practically healthy children (n = 25).

The examination was carried out in the midst of clinical manifestations (cough, wheezing).

IL-4 levels in blood serum were analyzed by the ELISA method using the commercial Human IL-4 kit «Vector Best-Ukraine». Data analysis was performed using Statsoft Statistica version 8 (Tulsa, OK) and the statistical program MedCalc version 17.2.

Results: kruskal-Wallis test found that the H criterion for the IL-4 level was (H=55.4226; p=0.0000) and it was reliable.

It was established that in children of the first and second groups, at the height of clinical manifestations of wheezing, levels of IL-4 in blood serum increased statistically. It was found that in children of both groups, IL-4 levels in blood serum were increased compared to the control group, and the highest levels were observed in children with asthma (p1-2 =0.0001; p1-control =0.0010; p2-c =0.0000). The ROC analysis established that the IL-4 criterion >15.33 pg/ml has prognostic significance in the formation of asthma in children with recurrent wheezing. It can be considered as a possible predictor of the asthma formation.

Conclusions:

1. IL-4 in blood serum was significantly increased in children with wheezing, and the highest values were found in children who developed asthma.
2. A statistically significant increase in the IL-4 level, involved in the regulation of allergic inflammatory processes in the body, in the blood serum of patients with asthma, probably indicates the formation of a chronic form of inflammation.
3. Levels of IL-4 higher than 15.33 pg/ml in blood serum in children with recurrent wheezing can be considered as a possible predictor of asthma formation.

Key words: asthma, wheezing, Interleukin-4, child.

DOES WAR TIME INFLUENCE ON STUDENTS TEST ANXIETY?

Bhalani H.R.

Scientific supervisor: PhD, Associate professor Bogutska N.K.

Department of Pediatrics and Children's Infectious Diseases

Head of the department: DMedSc, Professor Koloskova O.K.

Bukovinian State Medical University

Chernivtsi, Ukraine

Introduction: a substantial percentage of medical students deal with problematic test anxiety TA at different grades of education. Test anxiety (TA) is a psychological condition in which a person experiences distress before, during, or after a test or other assessment to such an extent that TA causes poor performance or interferes with learning process and normal well-being. The current study may help to reveal the risk group of students who could benefit from the help of psychological support due to test and war-related anxiety.

The aim: the prevalence and dynamics of test anxiety before COVID-19 pandemic and within wartime in Ukraine, as well as hypothetical anxiety contributing wartime factors in foreign graduate medical students were investigated.

Material and methods: after receiving informed consent 6 year foreign students anonymously filled in the short test anxiety questionnaire which included some sociodemographic data (Sarason I.G., 1980) The total number of answers at 10-11 points tells about doubtful results and equal or above 12 points signifies presence of test anxiety. 234 6-year students filled in a paper questionnaire on the eve of COVID-19 pandemic and 74 students answered the same questions in a google form variant of questionnaire and some additional questions about their academic performance in wartime in spring 2023 (with significant male predominance in both groups).

Results: in 2023 33,8% of examined students demonstrated borderline or present TA as compared to only 14,5% before wartime (p<0,02). The average level of TA before wartime was 6,3±2,8 points (6,2±2,9 in males and 6,6±2,6 points in females), while in 2023 it increased significantly both on males and females to average 8,0±3,8 points (7,8±3,7 in males and 8,2±3,9 points in females), p<0,01. TA

consists of two components, mental (all the thoughts and worries about tests) and physical (feelings, sensations, and tension). In 2023 around 74,3% of students answered that they “feel very panicky when they have to take a surprise exam”, 48,6% - “they find themselves thinking of how much brighter the other students are”, 67,6% - “frequently get so nervous that they forget facts that they really know” and 48,6% - “find themselves thinking of things unrelated to the course material”. More than 30% of graduates when taking tests, find that “their emotional feelings interfere with their performance”. More than 60% of students answered, that they “find themselves thinking of the consequences of failing during test”. Somatic manifestations of TA included positive answer for the question “I sometimes feel my heart beating very fast during important examinations” in 74,3% of students and in 37,8% of cases students struggle with excessive perspiration. Fortunately only around 30% of students “usually get depressed” or deal with any gastrointestinal problems after important tests.

Fear might have negative effects at the brain architecture of memory and learning. Students who confront persistent fearful experiences may worsen their learning capacities due to which they demonstrate either poorer academic achievements or lower learning performance. After assessing test anxiety further questions in questionnaire were aimed at identifying the relationship between fear and students' coping strategies to improve academic achievements in wartime. 29,8% of students considered that they have had test anxiety (while giving exams like KROK-1) before war time and 52,6% of students answered, that they have test anxiety (while giving exams like KROK-2) currently in war time. Only 15,8% of students answered that they are completely ready to KROK-2 exam this year and 19,3% are not ready at all. The thoughts of the possibility of cancellation of KROK-2 affected students' training behavior: 7% stopped to prepare, 22,8% of students were preparing less and only 22,8% were preparing as usual. 49,1% of students considered that living and studying in wartime might influence at their test anxiety and 38,6% don't consider any such influence. 71,9% of students consider if not the wartime their academic score would be better and only 8,8% don't consider any possible influence.

Students consider, that the worst issues contributing to their effectiveness to prepare for KROK-2 tests are general fears of war time (57,1%), problems with concentration or lack of habit of daily schedule and planning activities (51,8%), fear of possible worsening of war situation (48,2%), sleeping issues or lack of good quality internet and/or electricity (46,4%) or their mental health issues (42,9%). In 80% of cases own students' efforts help them most to adapt to the war situation and to prepare better to exams and KROK-2 tests as well as family (57,9%) and friends support (59,6%). 33,3% of students have changed their priorities and were studying harder in wartime.

These findings revealed that wartime hazards badly influenced students' mental preparedness to achieve learning objectives and the wartime psychotraumatic experience may influence at students' mental health and cause poorer academic scores.

Conclusions: thus, TA causing somatic and/or psychological distress is rather prevalent in foreign medical students and has significantly increased within wartime in Ukraine, that's why it deserves more attention as it might contribute to lower academic performance and impaired psychological well-being.

Key words: test anxiety, armed conflicts

SINGLE NUCLEOTIDE VARIANTS OF *HYPOXIA-INDUCIBLE FACTOR-1* ASSOCIATED WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME IN OBESITY

Nikulin D.

Scientific adviser: DMedSc, Professor Abaturov O.Ye., PhD, Associate Professor Nikulina A.O.

Department of Pediatrics 1 and Medical Genetics

Head of the Department: DMedSc, Professor Abaturov O.Ye

Dnipro State Medical University

Dnipro, Ukraine

Introduction: obesity is reaching epidemic proportions across all age groups, including children, and increases the risk for Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) with an odds ratio of 4.5. Diet-induced obesity leads to a depressed hypercapnic ventilatory response and a restrictive ventilatory pattern. Persistent OSAS is identified in 33–76% of obese children compared to 15–37% of non-obese children. Multiple studies have identified OSAS as a critical risk factor for the development of obesity, diabetes, and cardiovascular diseases. Transcription factor HIF-1 α (Hypoxia-Inducible Factor-1) - plays an important role in the association of oxygen desaturation caused by hypoxia and lipolysis and/or insulin resistance. American Academy of Pediatrics (AAP) recommends screening for OSAS at routine medical visits.

The aim: of the study is to predict the risk of obstructive apnea syndrome in children with obesity, associated with single nucleotide variants (SNV) of the *HIF-1 α* gene.

Materials and methods: design of our study: case control. The study included children aged 6-18 years with a body mass index over the 97th percentile. Exclusion criteria: 1). Hypertrophy of the palatine and pharyngeal tonsils according to Brodsky; 2). Acute respiratory disease; 3). Craniofacial anomalies; 4). Neurological disorders occurring with impaired muscle tone; 5). Monogenic and syndromic obesity; 6). Central apnea. The main group (n=27) was represented by children with OSAS according to AASM International Classification of sleep disorders, 3rd ed. The control group (n=25) consisted of children without OSAS. Research methods: clinical examination of obese children according to the protocol (including neurological, otorhinolaryngological, psychiatric consultation), molecular genetic (NGS); instrumental (pulse oximetry; ECG; Echocardiography; Ultrasound examination); psychological (STOP-BANG-Apple questionnaire); statistical and bioinformatic analysis.

Results: analysis of the clinical and anamnestic characteristics of children who had various forms of obesity allowed us to separate the risk factors for insulin-resistant obesity at an early diagnostic stage. To determine the specific weight of each of the 240 analyzed clinical and biological factors, the prognostic factor (PC) was calculated.

Ranking according to the informative Kullback coefficient (I) showed that the first places among the factors predicting OSAS in obesity in children at the stage of early diagnosis are occupied by the *HIF-1 α* gene genotype (I=3.49), BMI greater than 99 percentile (I=3.02), Neck circumference>90th (I=2.71); SAP>99th (I=2.51); Insulin>22.4 U/ml (I=2.42); Follow-up COVID-19 1 year (I=2.33); Subclinical hypothyroidism (I=2.19); Syndrome of hyperactivity and attention deficit (I=1.74); Male gender (I=1.64); Prematurity (I=1.51); Family history of OSAS (I=1.16); Enuresis (I=1.05); Daytime sleepiness (I=1.01); Polycystic ovary syndrome (I=0.96).

Conclusions: highly significant risk factors for the formation of OSAS in obese children are: TT genotype SNV rs61755645 *HIF-1 α* ; extreme obesity, arterial hypertension, basal hyperinsulinemia. Children with extreme obesity are the main risk group for OSAS, subject to mandatory polysomnography. A decrease in BMI is associated with improved metabolic outcomes in obese children and should be routinely encouraged notwithstanding its potential benefits regarding OSAS.

Key words: nucleotides, hypoxia-inducible factor-1, obstructive sleep apnea, obesity

A CASE STUDY: COMPLICATION OF ACUTE OTITIS MEDIA WITH COVID-19 INFECTION IN A CHILD

Roohi Kolte

Scientific supervisor: PhD, Associate professor Gnyloskurenko G.V.

Department of pediatrics No.4

Head of the department: DMedSc, Professor Mityuryaeva I.O.

Bogomolets National Medical University

Kyiv, Ukraine

Introduction: acute otitis media, generally known as an ear infection, affects many children. One-fourth of infants have had at least one ear infection by the age of one. Ear infections can cause ear pain, fever, and temporary hearing loss, in addition to the usual symptoms of loss of appetite and irritability. A viral respiratory tract illness, such as the flu or a cold, is the most common cause of ear infections. Viral respiratory tract infections can impair Eustachian tube function. Bacterial and viral pathogens are the most common.

The aim: to present a clinical case of acute otitis in a child with Covid -19.

Case report: For three days, a 1-year-old girl child has had a fever (39,5-40,0°C). The girl appeared nervous and uneasy. The girl had a fever, but there was no discharge or congestion from her nose. Her breathing was normal. She didn't drink any water and only drank formula. After the fourth day, a yellow watery discharge (pus) from the ear was noted.

Anamnesis: The girl had the MMR immunisation 8 days ago. A few months ago, the girl was diagnosed with rhinitis. Her mother had a cold the week before. Mother was suffering with a sore throat and a fever (37,2°C). At the time, the girl was in contact with her mother.

They went to the hospital for treatment after seeing watery discharge (pus) from the ear on the fourth day. Both the mother and child underwent examinations in the hospital, including a general blood test and a rapid test for ag SARS-CoV-2. In blood test have been found low haemoglobin, high ESR, and high CRP, and SARS-CoV-2 was positive. They were quarantined in the infectious department.

The treatment received by the child to relieve nasal congestion was saline, Nurofen and for fever paracetamol. The topical antibiotic drop Ciprofarm was recommended for 7 days. Injection of antibiotics and drops three times daily in both ears due to otitis media in the left ear was recommended.

Conclusions: in this clinical case the difficulty of diagnosing otitis media, which was disguised as a hyperthermic syndrome was presented

Key words: otitis media, SARS-CoV-2

NUTRITIONAL STATUS IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS AS A PREDICTOR OF DISEASE SEVERITY

Fialkovska A.O., Skriabina K.V.

Scientific advisers: DMedSc, Professor Ilchenko S.I.

Department of Propedeutics of childhood diseases and Pediatrics 2

Head of Department: DMedSc, Professor Vakulenko L.I.

Dnipro State Medical University

Dnipro, Ukraine

Introduction: cystic fibrosis (CF) remains one of the most complex genetically determined multisystem pathologies in children, which is associated with progressive lung damage and nutritional status (NS) disorders. The main factors that lead to the development of nutritional deficiency in patients with CF are: genetic features; high energy costs associated with coughing, shortness of breath; insufficient intake of nutrients; maldigestion and malabsorption syndrome against the background of severe pancreatic insufficiency; persistent infection and systemic inflammatory response; decrease in appetite during exacerbation. It has been proven that protein-energy deficiency (PED) directly affects lung function, leads to immune system dysfunction, increased susceptibility to infection and disease progression.

The aim: to assess the nutritional status of children with CF and to study its influence on the severity of the disease course.

Materials and methods: there were examined 40 children with CF aged from 1 to 18 years old (average age - 12.0 [8.5; 15.0] years), among them there were 17 boys (42.5 %) and 23 girls (57.5 %). The average age of girls was 11.3±0.9 years, boys – 12.4±0.7 years. All patients underwent a general clinical and microbiological examination, anthropometric measurements (measurement of body weight and height, calculation of the body mass index (BMI)). BMI was assessed according to centile tables of BMI distribution depending on age and sex using the programs of the World Health Organization: WHO Anthro (for children under 5 years of age) and WHO Anthroplus (for children over 5 years). Instrumental research methods included spirometry, chest X-ray and computer tomography.

Results: it was established that the majority of children with CF (67.5 %) had PED. Children with PED mainly had a severe course of the disease (77.8 % vs. 30.8 %; $p < 0.05$), secondary chronic bronchitis with bronchiectasis (85.2 % vs. 46.2 %; $p < 0.05$), chronic colonization of the respiratory tract with *Pseudomonas aeruginosa* and more frequent exacerbations (3.0±0.3 vs. 1.7±0.5; $p < 0.05$).

Evaluating the spirometric indicators, it was established that children with PED were characterized by significantly lower average indicators of forced expiratory volume in 1 second (FEV1) (79.0 ± 3.3 % vs. 87.9 ± 4.4 %; $p < 0.05$), forced vital capacity (FVC) (82.2 ± 3.5 % vs. 92.2 ± 3.8 %; $p < 0.05$) and peak expiratory flow (PEF) (73.5 ± 3.5 % vs. 85.4 ± 3.8 %; $p < 0.05$).

Correlations between BMI and external respiratory function indicators were established: FEV1 and BMI ($r = 0.39$, $p < 0.01$), FVC and BMI ($r = 0.43$, $p < 0.005$), PEF and BMI ($r = 0.36$, $p < 0.05$), BMI and general condition of patients ($r = 0.56$, $p < 0.001$).

Conclusion: NS in children with CF has important clinical and prognostic significance, as it reflects the severity of the patient's condition and is a criterion for monitoring the course of the disease.

Key words: nutritional status, cystic fibrosis, child

CLINICAL CASE HIGH FREQUENCY OSCILLATORY VENTILATION IN NEWBORN

Yash Vinod Tejani

Scientific supervisor: PhD, Associate professor Shevtsova T.

Department of pediatrics No.2

Head of the department: Corresponding member of NAMS of Ukraine, DMedSc, Professor O.P.Volosovets.

Bogomolets National Medical University

Kyiv, Ukraine

Introduction: high-frequency oscillatory ventilation (HFOV) is a newer modality that has gained popularity in the last decade due to its use in intensive care for the treatment of respiratory failure, which is a major cause of death and morbidity in newborns. It is most often used as emergency therapy in newborns with severe respiratory failure. Several recently published studies have demonstrated that HFOV can effectively improve oxygenation and reduce the risk of mortality in critically ill patients with acute respiratory distress syndrome, and it has minimal hemodynamic side effects. In the intensive care unit, early use of HFOV is effective rescue strategy for neonates with meconium aspiration syndrome, congenital diaphragmatic hernia, severe pulmonary hypertension, or air leak syndrome.

HFOV is characterized by providing tidal volumes close to or less than anatomic dead space. Studies have shown that HFV can effectively restore lung function and potentially limit ventilator-induced lung damage, which is considered an important risk factor for the development of bronchopulmonary dysplasia

The aim: determine the advantages of high-frequency ventilation for newborns and, using the example of a clinical case, show the therapeutic effect of this method

Clinical case: a newborn girl from the 1st pregnancy in a mother with a high perinatal risk (anemia, gestational diabetes, SARS two weeks before delivery, sinusitis, tracheobronchitis, received ceftriaxone). 1 preterm spontaneous delivery at 34 weeks of gestation. Birth weight 2780, height 50 cm. Apgar score 6-7 points, Silverman score 4-6 points. She was transferred to the Neonatal Intensive Care Unit due to respiratory disorders, received CPAP for 1 hour.

Preliminary diagnosis: Severe respiratory disorder. RDS. Intrauterine infection? Congenital pneumonia? Perinatal encephalopathy. CNS depression syndrome. IVH. Hemorrhagic syndrome. Diabetic fetopathy. Lab Test: severe acidosis (pH 7.0), SaO_2 80-85%. Arterial hypotension.

The state of the child with negative dynamics due to the increase in respiratory failure, the child was transferred to artificial lung ventilation. FiO_2 100%. Critical condition, bleeding from the lungs. Echocardiography: severe pulmonary hypertension. At 5 o'clock in life, the child was transferred to HFOV. After one hour HFOV SaO_2 90%. FiO_2 40%. X-ray picture in the lungs with a improvement. HFOV was continued for 5 days. Followed by conventional ventilation for 3 days. At 9th day CPAP was given, 10th day the child started to breathe independently. The child was discharged from the hospital on 28 days of life in satisfactory condition. The child received rehabilitation in the consultative-katamnestic office of the hospital. At the age of 3 months of life: the condition is stable, neuropsychic development corresponds to age.

Conclusions: the use of HFOV is an effective treatment for severe respiratory failure in newborns. The use of HFOV for the treatment of respiratory failure in newborns improves gas exchange without the threat of developing ventilator-dependent lung damage. HFOV in the proposed clinical observation was a method of saving a newborn who was in critical condition due to congenital pneumonia complicated by pulmonary hypertension and pulmonary hemorrhage, and allowed the child to survive, provide adequate gas exchange and hemodynamics, and prevent multiple organ failure syndrome.

Key words: Respiratory insufficiency, ventilation, newborn

ВИВЧЕННЯ ПОШИРЕНОСТІ СЕРЦЕВИХ ВАД У ДІТЕЙ

Артеменко В.О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Кулешов О.В.

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Кулешов О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Вступ: серцево-судинні захворювання становлять один із провідних розділів патології дитячого віку та призводять до високої інвалідизації дитячого населення та смертності. В останні роки поряд зі зниженням захворюваності на ревматизм і, відповідно, частоти формування набутих вад серця все більш актуальна вроджена патологія серця та магістральних судин, особливо у дітей першого року життя.

Мета: вивчити поширеність захворюваності вроджених вад серця (ВВС) у дітей від 2012 до початку 2022 року.

Матеріали та методи: проведено аналіз даних досліджень наукових джерел впоширених науково метричних базах (PubMed, Scopus, Web of Science, Medline), Європейського регіонального бюро ВООЗ та бази даних НФА, державної служби статистики і також Центру медичної статистики МОЗ.

Результати: найбільш частими факторами ризику народження дітей з ВВС вважаються: вік матері від 35 років, обтяжний сімейний анамнез (ендокринні порушення з боку батьків), токсикози вагітності, зокрема в І триместрі та загроза переривання вагітності, мертвонародження в анамнезі вагітної, вживання жіночих гормональних препаратів та інших лікарських препаратів, інфекційні та вірусні захворювання (доведена роль хламідійної інфекції) та ін.. Серед решти факторів, не менш важливу роль відіграють екологічні, зокрема територіальне навантаження ґрунту мінеральними добривами, радіаційний фон, соціальні ресурси та військові дії. Множинні дослідження наголошують, що генетична складова відіграє фундаментальну роль у виникненні ВВР серцево-судинної системи та стверджують про полігенне підґрунтя даної патології.

За результатами неінтервенційного дослідження поширеності ВВС на території України найбільш розповсюдженими вадами розвитку серцево-судинної системи на 2021 рік в дітей були: дефект міжшлуночкової перегородки (показник поширеності склав 24%); дефект міжпередсердної перегородки (14%); відкрита артеріальна протока (25%); коарктація аорти (7%); транспозиція магістральних судин (10%); тетрада Фалло (8%); аортальний стеноз (6,5%). Найбільш частими та загрозливими до життя ускладненнями при ВВС були легенева гіпертензія, серцева недостатність; інфекційний ендокардит, тромбоемболічні порушення. Ці ускладнення були як ізольованими, так і поєднаними, що зустрічалося часто, значно ускладнюючи стан хворих та погіршуючи прогноз. Було відмічено збільшення частоти поширеності ВВС протягом 2012-2021 рр. у середньому на 7,16%, що достовірно вище у порівнянні з попередньою декадою на +1,51%. Також зазначається зниження захворюваності на 3,75%. Найвище зростання поширеності ВВС зафіксовано в Південному регіоні — майже на 15,2%; найбільше зниження захворюваності — у Західному регіоні (на 7,15%) та м. Києві (на 8,1%).

Висновки: обробка та наступне вивчення поширеності ВВС в Україні повинно бути неодмінним задля розробок маркерів та факторів ризику їх для жінок репродуктивного віку з метою попередження їх появи.

Ключові слова: вроджені вади серця, серцево-судинна система, діти.

РОЛЬ НЕЙРОМЕДІАТОРІВ S-100 / NSE В ПРОЦЕСАХ ЦЕРЕБРО-ІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Браткова Л.Б., Тіткова О.В., Соболева К.Б.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Стоєва Т.В.

Кафедра педіатрії №2

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Стоєва Т.В.

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Вступ: аутизм – це патологічний стан центральної нервової системи, який характеризується наявністю уражень організму на генетичному, метаболічному, енергетичному рівнях. Клінічно аутистичні розлади проявляються порушеннями соціальної взаємодії, спілкування та наявними обмеженими, стереотипними інтересами та поведінкою. Дефініція, за якою встановлюється діагноз (DSM-5, МКХ-11): Порушення нейропсихологічного розвитку: розлади аутистичного спектру. Багатьма дослідженнями встановлено, що перебіг розладів аутистичного спектра (РАС) може обтяжувати супутня соматична патологія, зокрема ураження на осі мозок-кишківник-мікробіом, котрі проявляються функціональними розладами органів травлення (ФРОТ). Наявність нервових (гліальних) елементів у будові кишківника підтверджує цей взаємозв'язок. Фізіологічні процеси у нервовій системі, центральній, периферичній та її ланках, регулюються спільними механізмами. Окремими дослідженнями відзначається специфічна роль нейромедіаторів S-100 та NSE, які можуть бути корисними для вивчення особливостей церебро-інтестинальної взаємодії.

Метою дослідження є визначення ролі нейромедіаторів S-100 та NSE в контексті нейро-інтестинальної взаємодії у дітей з РАС.

Матеріали і методи: обстежено 66 дітей віком від 2 до 11 років, із підтвердженим діагнозом РАС, середній вік пацієнтів склав $(6,67 \pm 0,17)$ роки. Гендерний склад нерівномірний: хлопчиків $(62,10 \pm 4,85)\%$, дівчат – $(37,90 \pm 4,85)\%$,

$p > 0,05$. Рандомізовано групи порівняння: основна група (А) – діти з РАС на фоні супутніх ФРОТ (45 дітей), контрольна група (Б) – діти з РАС без супутньої патології травної системи (21 дитина). Критерії включення: наявність інформованої згоди, підтверджений діагноз РАС, вік дитини від 2 до 11 років. Критерії виключення: гостра та органічна патологія ЦНС (гостра енцефалопатія, дитячий церебральний параліч, епілепсія, генетичні захворювання з ураженням ЦНС), спадкові розлади метаболізму (фенілкетонурія, хвороба Вільсона та ін.), захворювання ШКТ органічної природи (виразкова хвороба шлунку, гепатит, холецистит та ін.).

Діагностика ФРОТ проводилася на підставі рекомендацій Rome - IV (2016), з урахуванням критеріїв “overlap syndrome”, що передбачає залучення двох і більше органів з одночасним розвитком захворювання. Визначення сироваткової концентрації NSE та протеїну S-100 проводили за методом електрохемілюмінесцентної детекції (ECLIA). Діапазони референтних значень для NSE $< 16,3$ нг/мл, для S-100 $< 0,105$ мкг/л. Оцінка клінічних проявів РАС у дітей із визначенням важкості порушень у різних сферах поведінки проводилася із використанням рейтингової шкали Childhood autism rating scale (CARS та CARS2-HR) (Schopler et al. 1980, 1988.), із дотриманням рекомендацій чинного клінічного уніфікованого протоколу МОЗ України №341.

Результати: в ході дослідження сироваткової концентрації нейромедіаторів в усіх дітей з РАС встановлено достовірне підвищення рівня NSE та S-100 ($p < 0,001$). Детальне вивчення концентрації нейромедіаторів з урахуванням супутніх ФРОТ дозволило окреслити певні особливості, а саме: у групі А виявлено достеменно підвищення рівня S-100 ($p < 0,001$) та NSE ($p < 0,001$) відносно референтних показників.

Рівень S-100 у пацієнтів з СПК $(0,35 \pm 0,12)$ мкг/л, перевищував аналогічний показник у дітей з ФРБТ $(0,13 \pm 0,06)$ мкг/л, $p < 0,001$. При синтропних ФРОТ реєструвався найбільш високий рівень S-100 – $(0,65 \pm 0,19)$ мкг/л, що достеменно відрізнялось

від показників S-100 при ізольованому ФРБТ, $p=0,031$. Рівень нейромедіатору S-100 показав наявність прямого кореляційного зв'язку при ізольованому СПК ($r=0,34$) та синтропії СПК+ФРБТ ($r=0,48$).

Вочевидь розбалансування процесів церебро-інтестинальної взаємодії на фоні неповного дозрівання нейрональних структур травної системи супроводжується певними нейрометаболічними зсувами, які відповідають за процеси субклінічного заpalення при ФРОТ.

Висновки: перебіг РАС у дітей характеризуються високою частотою ($68,20\pm 4,66$)% функціональних розладів травної системи, в структурі яких домінують синдром подразненого кишечника ($27,30\pm 4,46$)% , функціональні розлади біліарного тракту ($22,7\pm 4,19$)% та синтропні функціональні порушення ($18,20\pm 3,86$)%. Клінічний перебіг РАС супроводжується підвищенням рівня нейромедіаторів: NSE, без достеменною різниці в залежності від супутніх ФРОТ ($p=0,59$) та S-100 - здебільш при СПК ($p < 0,001$) та синтропії ($p < 0,001$).

Ключові слова: розлади спектру аутизму, цереброінтестинальна взаємодія, вісь «мозок-кишківник», нейромедіатор, S-100, NSE, функціональні розлади органів травлення.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ ЖИЛЬБЕРА

Васильєва Я.С.

Науковий керівник: Ізирінська Ю.Р

Кафедра фундаментальних та медико-профілактичних дисциплін

Міжнародний Європейський Університет

М. Київ, Україна

Вступ: Синдром Жильбера (або гіпербілірубінемія типу II) - це генетичне захворювання, яке пов'язане зі зменшенням активності ферменту глюкуронілтрансферази, яка відповідає за кон'югацію білірубину в печінці. Це може призвести до збільшення рівня токсичного білірубину в крові, що називається гіпербілірубінемією. Синдром поширений у європейців 2-5 %, азіатів - 3 % і африканців - 36 % та проявляється зазвичай у підлітковому віці.

Мета: проаналізувати клінічний випадок синдрому Жильбера у підлітка для оцінки особливості динаміки рівня білірубину в крові на тлі проведеного лікування.

Опис випадку: Підліток 15 років разом з батьками 04.06.2008 р звернувся зі скаргами на біль у правому підреб'ї до гастроентеролога. Також, підліток повідомив про субфебрильну температуру 37°C , майже відсутній апетит та помітну жовтуватість шкіри та склер. Епізод ускладнення стався після прийому жирної їжі та фізичного навантаження. Виявилось, що у пацієнта є проблеми з дефекацією (приблизно 1 раз на тиждень), про що дитина замовчувала. Пацієнт був направлений на УЗД черевної порожнини, жовчного міхура і розгорнутий біохімічний аналіз крові. При УЗД обстеженні виявили перетяжку жовчного міхура, змінена нормальна анатомічна форма і біліарний (жовчний) сладж (БС) – скупчення кристалів холестерину, пігментних кристалів і солей кальцію в єдиному утворенні, що виник в жовчовивідних шляхах і жовчному міхурі в умовах застою жовчі. Результати біохімічного аналізу крові виявили підвищення рівня загального білірубину $30,1$ мкмоль/л (норма $5,0-21,0$); білірубину прямого $4,9$ мкмоль/л (норма $0,0- 3,4$); та білірубину непрямого $25,2$ мкмоль/л (норма $1,7-17,6$). Було запідозрено синдром Жильбера та виконано генетичний тест, що виявив мутацію - збільшення (ТА) повторів в гені UGT1A1 в гомозиготному стані. В заключенні генетичного тесту синдром Жильбера був підтверджений.

Результати аналізів після проведення фармакологічної терапії та дотримання дієти з рекомендаціями покращились до показників загального білірубину $19,2$ мкмоль/л (норма $5,0-21,0$); білірубину прямого $3,5$ мкмоль/л (норма $0,0- 3,4$); білірубину непрямого $15,7$ мкмоль/л (норма $1,7-17,6$). Додатково при повторному УЗД черевної порожнини: дискінезія жовчовивідних шляхів після проведення лікування стала 48% (до лікування 34%) Зазвичай нормальна фракція викиду жовчі (ФВ) становить близько $50-70\%$. Після лікування підлітка фракція викиду збільшилася, що свідчить про покращення.

Вже після другого місяця дотримання дієти та прийому лікарських препаратів було досягнуто показників загального білірубину $19,3$ мкмоль/л (норма $5,0-21,0$); білірубину прямого $3,2$ мкмоль/л (норма $0,0- 3,4$) та білірубину непрямого $16,1$ мкмоль/л (норма $1,7-17,6$). Лікування і спостереження пацієнта продовжується на постійній основі, для попередження рецидивів та/або погіршення загального стану.

Висновки: Синдром Жильбера залишається актуальним питанням в педіатрії. Оскільки це генетичне захворювання, що перебігає хронічно і потребує постійного моніторингу стану пацієнта, його біохімічних показників крові, та супутніх захворювань, що можуть ускладнювати перебіг основної хвороби.

Ключові слова: Синдром Жильбера, глюкуронілтрансфераза

НЕСПРИЯТЛИВІ ПОДІЇ ПІСЛЯ ІМУНІЗАЦІЇ. КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ.

Вінокурова А.С.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Палатна Л. О.

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Завідувач кафедри: д.м.н., професор Крамарьов С. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м.Київ, Україна

Вступ. Несприятливі події після імунізації (далі - НППІ) – хвороботливі стани, які ресструються у щепленого упродовж післявакцинального періоду. Включають в себе: ускладнений перебіг післявакцинального періоду (виникнення гострого або загострення хронічного захворювання у післявакцинальному періоді, яке за часом співпадає із уведенням вакцини та не має

зв'язку із щепленням) та післявакцинальні реакції (це клінічні ознаки нестійких патологічних (функціональних) змін в організмі, що виникають унаслідок проведення щеплення) і ускладнення (це стійкі функціональні та морфологічні зміни в організмі, що виходять за межі фізіологічних коливань і призводять до значних порушень у стані здоров'я). У 2013 році в Україні створено групу оперативного реагування на несприятливі події після імунізації при застосуванні вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного у разі госпіталізації або летального випадку для дитячого та дорослого населення.

Мета: ознайомити та пояснити про коди та терміни появи несприятливих подій після імунізації, різниці між післявакцинальними реакціями, ускладненнями та станами не пов'язаними з імунізацією на прикладі клінічних випадків.

Матеріали та методи. Матеріалами для доповіді слугували історії хвороб пацієнтів, пов'язані з несприятливими подіями після імунізації та наказ МОЗ України №995 з використанням методу теоретичного узагальнення.

Клінічний випадок №1. Хворий П. 2,4 р, був госпіталізований бригадою швидкої допомоги в КМДКІЛ з попереднім діагнозом - гостра кропив'янка? Геморагічний васкуліт? Батьки відзначали скарги на підвищення температури тіла до 38,0С, на шії та внутрішній поверхні стегон появу поодиноких елементів геморагічної висипки, а на животі, плечах - дрібноплямистий рясний та уртикарний висип, набряки кистей рук. Із анамнезу відомо, що 15 грудня 2022 року, після огляду педіатром та заключення «дитина здорова», було виконано щеплення вакциною «Інфанрікс». На наступний день батьками було помічено плямистий висип в ділянці шії, у пахвових складках та по внутрішній поверхні стегон, вдома дитині давали антигістамінні, після чого стан покращився. На другу добу зранку у хлопчика з'явилась виражена млявість, температура тіла піднялась до 38,00С, пастозність кистей рук та ніг, набряк м'яких тканин в діаметрі 50 мм в місці введення вакцини. Дитина була госпіталізована. При лабораторному обстеженні – загальний аналіз крові, коагулограма, біохімічний аналіз крові без патологічних відхилень. Проведене лікування: антигістамінні, внутрішньовенна інфузійна терапія глюкозо-сольовими розчинами, дексаметазон, гіпоалергенна дієта. Заключний діагноз: НППП- гостра кропив'янка. Групою оперативного реагування на НППП встановлено ймовірний причинно-наслідковий зв'язок випадку із вакцинацією, місцева реакція на введення вакцини «Інфанрікс».

Клінічний випадок №2. Хворий О. 11 міс, був госпіталізований бригадою швидкої допомоги з попереднім діагнозом: Напад апное. Афебрильні судоби? Скарги при надходженні: неспокій дитини, що наростає, уранці напад зупинки дихання. Відомо, що 12 жовтня 2022 року після огляду педіатром дитині було проведено щеплення вакцинами Пента Хіб + ІПВ. Із анамнезу хлопчик був народжений на 33 тиж. з вагою 1900 г., на 13 добу прооперований з приводу вродженої вади серця (атрезія легеневої артерії, підаортальний дефект міжшлуночкової перегородки, відкрита артеріальна протока, відкрите овальне вікно). Місяць тому мама вперше відмітила напади апное. Отримував діакارب, аспаркам, магній В6. При об'єктивному обстеженні у стаціонарі набряк та гіперемія в місці ін'єкції відсутні, відставання темпів розвитку (не сидить, не стоїть), під час огляду відмічалось короткочасне замирання з клонічними судомами кінцівок (2 епізоди), ЧСС - 160/хв, ЧД- 50/хв, загальний аналіз крові без патологічних відхилень, СРБ 12 мг/л, глюкоза крові 3,97 ммоль/л, консультований неврологом. Проведене лікування: жарознижуючі у вікових дозах, гіпоалергенна дієта. Заключний діагноз: НППП - Афебрильні судоби. Епілептичний синдром у формі фокальних нападів? Інші уточнені вади розвитку серця. Встановлено ймовірний причинно-наслідковий зв'язок випадку із імунізацією вакциною Пента Хіб – НППП. Афебрильні судоби.

Клінічний випадок №3. Хвора К. 3 міс, госпіталізована бригадою швидкої допомоги з попереднім діагнозом: Кишкова непрохідність? Скарги при надходженні: виражений неспокій дитини, відмова від їжі, голосний крик. Із анамнезу відомо, що 14.02.23 вранці була проведена імунізація вакциною ПЕНТА Хіб + ІПВ, після чого дитина стала неспокійною, періодами тривав сильний плач, неспокій. Цієї доби увечері дівчинка була оглянута хірургом, який виключив гостру хірургічну патологію, від госпіталізації батьки відмовились. Однак стан дитини не поліпшувався, наростає неспокій, їжу не споживала. При повторному зверненні дитина була госпіталізована у соматичне відділення. При об'єктивному обстеженні: шкіра та слизові оболонки рожеві, вологі, без патологічних висипань, аускультативна картина над легенями та серцем без патології, живіт доступний пальпації, м'який, безболісний, температура тіла 36,8, ЧСС – 128 уд/хв, ЧД – 32 уд/хв. Загальний аналіз крові та біохімічне дослідження крові без патологічних відхилень, копрограма: кашкоподібний стул, слиз – значно, лейкоцити 2-3; УЗД ОЧП у межах норми; нейросонограма: ехоструктурних змін не виявлено. Оглянута неврологом. Проведене лікування: жарознижуючі у вікових дозах, симетикон. Заключний діагноз: Несприятлива подія після імунізації. Синдром м'язевого гіпертонусу. Функціональне порушення кишечнику. Встановлено можливий причинно-наслідковий зв'язок випадку із вакцинацією Пента Хіб.

Висновки: лікарі повинні бути ознайомлені та знати про різновиди несприятливих подій після імунізації, їх коди та час появи, щоб мати можливість проводити диференційний діагноз між непов'язаними з імунізацією станами, що співпадають у часі із проведенням вакцинації, та НППП.

Ключові слова: вакцинація, післявакцинальний період, післявакцинальні реакції, ускладнення, щеплення.

СКЛАДНОСТІ ТЕЛЕКОНСУЛЬТАЦІЙ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АНУЛЯРНОЇ ГРАНУЛЬОМИ

Вітрук В. О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Гнилокурченко Г.В.

Кафедра педіатрії №4

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Мітюряєва-Корнійко І.О.

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

Вступ: кільцеподібна гранульома (КГ) — шкірне гранулематозне захворювання невідомої етіології. Це найпоширеніше неінфекційне гранулематозне захворювання. Захворювання є доброякісним і часто проходить самостійно. Кільцеподібна гранульома зазвичай проявляється у вигляді еритематозних бляшок або папул, розташованих кільцевою формою на верхніх кінцівках. На додаток до більш поширеного прояву, який називається локалізованою кільцеподібною гранульомою, інші клінічні варіанти кільцеподібною гранульомою включають генералізовану, перфоративну, плямисту та підшкірну. Незважаючи на те, що це доброякісне захворювання, воно може бути пов'язане з більш серйозними захворюваннями, такими як ВІЛ або злоякісні пухлини. Етіологія

та патогенез кільцеподібної гранульоми майже невідомі. Проте хвороба пов'язана з цукровим діабетом, захворюваннями щитовидної залози, легкою травмою, гіперліпідемією, інфекціями (вірус Ебштейна-Барр, вірус імунодефіциту людини, вірус вітряної віспи, туберкульоз), вакцинами, злоякісними новоутвореннями та деякими ліками (інгібітори TNF-альфа).

Експерти вважають, що клініцист повинен проводити скринінг злоякісних новоутворень у пацієнта з кільцеподібною грануломою за таких обставин: літній вік, атипична або поширена форма захворювання та стійка хвороба. Проте, необхідні додаткові докази для встановлення справжньої кореляції між кільцеподібною грануломою та злоякісною. Дослідження показують, що пацієнти з ВІЛ частіше мають генералізовану кільцеподібною грануломою. Є також повідомлення про дуже атипичні прояви кільцеподібною грануломою у пацієнтів з ВІЛ. За оцінками, поширеність кільцеподібною грануломою становить від 0,1% до 0,4%, а захворюваність — від 0,1% до 0,4%. Жінки хворіють частіше, ніж чоловіки, і хвороба може вразити людей будь-якого віку. Понад дві третини пацієнтів мають вік 30 років і молодше. Наукові експерти сходяться на думці, що ін'єкція стероїдів всередину ураження є терапією першої лінії для уражень кільцеподібною грануломою. Є повідомлення про покращення після певних типів травм уражень, таких як біопсія, прокол, розріз та кріотерапія. У деяких дослідженнях фототерапія показала багатообіцяючі результати. Є повідомлення про успіх як ексимерного лазера, так і імпульсного лазера на барвнику. Гідроксихлорохін продемонстрував успіх у кількох невеликих дослідженнях і звітах. Хоча необхідні додаткові докази для підтвердження ефективності, деякі дослідники вважають, що гідроксихлорохін має бути терапією першої лінії для генералізованою кільцеподібною грануломою. Інгібітори фактора некрозу пухлини альфа показали ефективність у лікуванні генералізованою та стійкою кільцеподібною грануломою.

Мета: провести аналіз проблеми телеконсультації на прикладі клінічного випадку ангулярної гранульоми у дитини.

Опис клінічного випадку

До педіатра звернулася пацієнтка 10 років з скаргами з плямами невідомого походження. На плямі були пухирці. Попередній діагноз після онлайн-консультації - герпес-вірусна інфекція. Представник дитини, яка була на консультації вважала, що у дитини укус комахи або павука. Призначено ацикловір для зовнішнього застосування. Ефекту від лікування не отримано. Ніяк з пацієнткою звернулася до дерматолога, рекомендовано провести панч-біопсію. При отриманні результатів аналізів проведено мультиспеціалізарне засідання педіатра та дерматолога для їх оцінки. Загальний аналіз крові - без патології. На імунограмі представлено зниження CD4 та CD8.

Рекомендовано додаткові обстеження на вірусні інфекції та СНІД. Висновок панч-біопсії - ознаки відповідають кільцеподібною грануломою. Рекомендуються клінічна кореляція.

Висновок

Відомо, що після взяття панч-біопсії у пацієнтки спостерігається тенденція до зникнення та зменшення гранульоми, що відповідає відомим науковим дослідженням, присвяченим питанням лікування цієї хвороби.

Ключові слова: телеконсультація, кільцеподібна гранульома

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 СЕРЕД ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ДІТЕЙ В РІЗНІ ХВИЛІ ПАНДЕМІЇ

Гаращенко Т.А., Камінська Т.М., Лапшин В.Ф., Толкач С.І., Степанова Л.С.

Науковий керівник: д.мед.н. професор, Уманець Т.Р.

Відділення захворювань органів дихання та респіраторних алергозів у дітей

Керівник відділення: академік НАМН України, д.мед.н. Антупкін Ю.Г.

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

м.Київ, Україна

Вступ: COVID-19 залишається актуальною проблемою сьогодні. Постійна мутація вірусу SARS-CoV-2 зумовлює виникнення всесвітніх епідемічних хвиль, відповідно збудниками яких являються різні штами вірусу. З відкритих джерел відомо, що кожна хвиля характеризується певними клінічними та епідеміологічними особливостями COVID-19.

Мета: порівняти клінічні та епідеміологічні особливості COVID-19 серед дітей в різні хвилі пандемії.

Матеріали та методи: ретроспективно проведено аналіз 350 історій хвороб госпіталізованих дітей з лабораторно підтвердженим COVID-19, віком від 4 до 18 років, з яких: 191 пацієнт з першої хвилі (червень-листопад 2020), 87 з третьою (жовтень-грудень 2021), та 72 з 4 хвилі (жовтень-грудень 2022).

Результати: пацієнти 4ї хвилі були молодші, з переважанням вікової групи 0-1 рік (53.5%, або n=32) (p<0.05) порівняно з іншими двома хвилями COVID-19. Діти, які були госпіталізовані протягом 3ї хвилі COVID-19, мали важчий перебіг захворювання (46.8%, або n=36) з 1 летальним випадком і значно більшою поширеністю таких симптомів, як лихоманка (більше 40°C), задишка, кашель, нудота, блювання, втрата апетиту порівняно з хвилями 1 і 4 (p<0.05). Також, під час 3ї хвилі COVID-19 серед проаналізованих дітей статистично частіше відмічалася дихальна недостатність та потреба в кисневій підтримці (p<0.05).

Діти з супутньою патологією частіше госпіталізувалися з COVID-19 протягом 1ї хвилі, порівняно з хвилю 3 та 4 (62.7% проти 52.1% проти 38.6%; p<0.05). Рентгенологічні зміни в легенях були подібними протягом 3ї та 4ї хвиль, найчастіше це була двостороння пневмонія (32.2%), також частота їх була значно вищою, ніж протягом 1ї хвилі (p<0.05). Лімфопенія, лейкоцитоз та підвищення маркерів запалення, включаючи С-реактивний білок, були більш очевидними у 1ї хвилі (p<0.05). Середня тривалість госпіталізації була триваліша протягом 3ї хвилі, порівняно з 1 та 4 хвилями (9.4±3.6 vs 5.4±2.6 vs 7.4±2.6) (p<0.05).

Висновки: Визначено чіткі відмінності у клінічних характеристиках госпіталізованих дітей протягом різних хвиль COVID-19. Пацієнти, які були госпіталізовані протягом третьої хвилі COVID-19 мали більш важкий перебіг з вираженим інтоксикаційним та гіпертермічним синдромами, порівняно з іншими двома хвилями, а також частіше потребували кисневої підтримки. Можливою причиною відмінності між різними хвилями COVID-19, могла бути мутація вірусу SARS-CoV-2, а саме штаму дельта.

Це дослідження надає додаткову інформацію про особливості перебігу COVID-19 серед дітей протягом різних років пандемії в Україні.

Ключові слова: COVID-19, SARS-CoV-2, діти, пандемія, хвиля.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК МАНІФЕСТАЦІЇ Х-ЗЧЕПЛЕНОГО ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНОГО СИНДРОМУ ПІСЛЯ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ. ЛЕЙКОЗ ПІД МАСКОЮ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ.

Голіна Т.Ю.

Науковий керівник: к. мед. н., доцент Палатна Л. О.
Кафедра дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри: д. мед. н., професор Крамарьов С. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м.Київ, Україна

Вступ: Х- зчеплений лімфопроліферативний синдром (хвороба Дункана) - дуже рідкісний спадковий (первинний) імунodefіцит, що проявляється порушенням імунної відповіді на вірус Епштейна-Барр. Хворіють хлопчики, дівчата є носіями мутантного гена. Ген відповідальний за виникнення хвороби локалізується на довгому плечі х-хромосоми q25.

Лейкемія є найпоширенішою формою раку в дитячому віці. Найефективніша тактика - рання діагностика та ефективне лікування.

Мета: огляд та інформування про рідкісний Х- зчеплений лімфопроліферативний синдром в педіатричній практиці.

Опис клінічного випадку №1 Хворий К., 7 р. Доставлений реанімаційною бригадою швидкої допомоги зі скаргами на повторні блювання, підвищення t тіла до 39,9 °С, млявість, сонливість, гіподинамію та втрату апетиту.

Анамнез захворювання: 01.03.2022 захворів гостро з підвищення температури тіла до 39°C та збільшення підщелепних лімфатичних вузлів. Після обстеження було виставлено діагноз: інфекційний мононуклеоз. 18.03.2022 загальний стан покращився, температура тіла в межах норми, дитина активна, в ЗАК: лейкоцити - $7,5 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити - $335 \times 10^9/\text{л}$, м- 12%, ШОЕ 5 мм/г, виписаний додому, відвідував школу до 22.03.2022. Через два дні повторне погіршення стану: підйом температури тіла до 39,5°C, в ЗАК тромбоцитопенія та лейкоцитопенія. З 05.04 по 08.04 перебував на обстеженні та лікуванні у відділенні онкогематології обласної лікарні, де була проведена кістковомозкова пункція, виключено гострий лейкоз та іншу гематологічну патологію. Виписаний на амбулаторне лікування. 12.04 знову підвищення температура тіла до 39,6°C, госпіталізований в інфекційне відділення дитячої лікарні, де отримував цефепім та метронідазол. У зв'язку із погіршенням стану переведений у відділення анестезіології та інтенсивної терапії КНП «КМДКЛ». Діагноз при госпіталізації: інфекційний мононуклеоз, важкий перебіг, сепсис? При госпіталізації у ВАІТ загальний стан тяжкий. В свідомості, за ШКГ - 15 балів, млявий, на огляд реагує адекватно, патологічна неврологічна симптоматика відсутня. Температура тіла 37,7°C. Апетит відсутній. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, вологі, чисті, мікроциркуляція не порушена, симптом блідої плями до 2 секунд, периферичних набряків немає, язик обкладено білими нашаруваннями. Пальпуються збільшені до 1,5 см, ущільнені та чутливі підщелепні лімфатичні вузли. Дихання самостійне, ефективне, ЧД 24/хв., SpO₂ 99%, аускультативно проводиться у всі відділи легень, жорстке, хрипи не вислуховуються. Тони серця ослаблені, ритмічні, вислуховується діастолічний шум на верхівці серця, ЧСС - 90/хв., АТ - 102/49 мм рт.ст., системна гемодинаміка стабільна. Живіт здутий, доступний глибокій пальпації, печінка виступає на 3см, селезінка +2см. Сечовиділення, вільне.

Проведені лабораторні обстеження. Виявлено лейкопенію з лімфопенією та відносною нейтропенією, тромбоцитопенія, зниження NKT (CD3+ CD56+) до 0, підвищення феритину (більше 1500 ng/ml), гіпертригліцеридемія до 4,81 ммоль/л, гіпофіриногенемія (1,0 г/л), гіпертрансаміназемія, негативні маркери активності парвовірусної інфекції, HSV1/2 та VZV. VCA IgM EBV «-», IgG EBNA EBV «+», IgG EA EBV «+».

Консультація гематолога: неможливо виключити зчеплений з Х-хромосою лімфопроліферативний синдром – хворобу Дункана, синдром активації макрофагів? кандидоз ротової порожнини.

Консультація імунолога: з високою вірогідністю синдром Дункана.

Заключний діагноз: реконвалесцент гострої EBV-інфекції; синдром активації макрофагів (гемофагоцитарний синдром), імунodefіцитний стан, гепатит, гепатоспленомегалія; лімфопроліферативний синдром зчеплений з Х-хромосою (хвороба Дункана)? вторинна анемія, тромбоцитопенія.

Опис клінічного випадку №2 Хвора М. 14 років, госпіталізована 14.03. у важкому стані. Анамнез хвороби: 08.03 біль у горлі, нудота. 09.03. підвищилась температура до 39,60 С, звернулись до сімейного лікаря - діагноз ГРВІ, призначена симптоматична терапія. 10.03. блювання до 5-6 разів на добу. 13.03. шкірні покриви стали жовтого забарвлення, після чого самопочуття погіршилось. 14.03. знову звернулась до сімейного лікаря, було видано електронне направлення на госпіталізацію. ЕМД доставлена в КНП «КМДКЛ». Об'єктивний стан: АТ 90/60 мм.рт.ст. SaO₂ 94%, ЧСС -110 уд/хв.

Стан важкий внаслідок інтоксикаційного, жовтяничного синдромів.

В свідомості на огляд реагує адекватно, відповідає на питання. Млява, сонлива хоче лежати. Відмовляється від їжі та пиття. Блювання не повторювалось. Скаржитись на головокружіння, нудоту, біль у горлі. Шкіра іктерична, чиста, тепла висипу немає, тургор збережений, набряків немає. Видимі слизові оболонки вологі, склери жовтушні, мигдалики збільшені 2 ст, рихлі, нашарування відсутні, зів гіперемований, м'яке піднебіння рухоме, наявні петехії на піднебінні, язик вологий обкладений сірими нашаруваннями. Регіонарні лімфатичні вузли: підщелепна група до 2,5 x3,0 см щільно-еластичні, безболісні не спаяні між собою та навколишніми тканинами, шкіра над ними не змінена. Печінка +3,5 см, селезінка +2,5 см. Неврологічний статус без патологій.

14.03.2023 ЗАК: Еритроцити - $4,12 \times 10^{12}$; Гемоглобін- 121 г/л; КП- 0,8; Тромбоцити - 50×10^9 ; Лейкоцити- $2,9 \times 10^9$; ШОЕ - 6 мм/год. П'я-2%; С'я-9%; Л- 76%; М-7%; Мононуклеари -6, Плазматичні - 2. Загальний білірубін -163,04 мкмоль/л, прямиї-133,33 мкмоль/л, непрямиї -27,71 мкмоль/л.

Висновки. Хвороба Дункана надзвичайно рідкісне захворювання, яке зустрічається в 90% випадків в педіатричній практиці, діагностується в основному після зараження EBV. Гематологічні злочисні новоутворення можуть імітувати симптоми інфекційного мононуклеозу, що завжди необхідно враховувати при диференційній діагностиці.

Ключові слова: злочисні новоутворення, інфекційний мононуклеоз, х- зчеплений лімфопроліферативний синдром

ГОМЕОПАТІЯ ЧИ АЛОПАТІЯ: ДУМКА БАТЬКІВ

Дука О.Є.

*Науковий керівник: доцент кафедри педіатрії №4 Терлецький Р.В.
Кафедра педіатрії №4
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Мітюряєва-Корнійко І.О.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
м.Київ*

Вступ: гомеопатичні препарати стають все більш поширеними. Багато років ведуться дискусії щодо їхньої ефективності та безпеки. Гомеопатія - це вид нетрадиційної медицини, який заснований на принципі, що подібне лікується подібним, тільки в мінімальній пропорції. Гомеопатичний препарат отримують шляхом багаторазового розведення (потенціювання), паралельно піддаючи тривалому струшуванню посуду або тривалому розтиранню порошку. Антигомтоксичні препарати виробляються відповідно до основних принципів виготовлення гомеопатичних препаратів. Алопатія - це напрямок в медицині (застосування ліків), який викликає симптоми, протилежні симптомам певної хвороби.

Мета: визначити ставлення батьків до застосування гомеопатичних та антигомтоксичних препаратів в педіатричній практиці.

Матеріали та методи: Було проведено анкетування батьків. У пілотному дослідженні взяло участь 20 матерів, які мають 1 дитину (50%), 2 дитини (33%) та більше 2 дітей (17%); вік дітей - від 1 до 18 р.

Результати: на питання «Чи приймали Ваші дитина/діти гомеопатичні препарати?» 44,4% відповіли так, приймали гомеопатичні та антигомтоксичні препарати, 22,2% - тільки гомеопатичні, 22,2% - не приймали нічого. Серед опитаних матерів 11,1% згодні з твердженням, що гомеопатичні препарати ефективні, 50% вважають, що такі препарати однаково ефективні як і класична медицина, лише потрібно знайти гарного лікаря. При цьому, 44,4% вважають, що препарати діють як плацебо, 22,2% зазначили, що в родині використовують цю групу ліків, 26,7% вірять в їх ефективність та 11,1% - негативно відносяться до такого лікування. В 72,2% лікування гомеопатичними препаратами призначав ліка, у 27,8% - лікар пояснював призначення тим, що цей препарат найкращий, 33,3% додатково до традиційних засобів, в 16,7% випадків – довготривалим курсом з метою профілактики. Більшість матерів використовувати препарати у вигляді таблеток (66,7%), 50% у вигляді крпель, 16,7% - мазі. На думку батьків найефективнішими є протизапальні та знеболювальні гомеопатичні засоби.

Висновки. Майже 75% дітей опитаних батьків приймали антигомтоксичні та гомеопатичні препарати. Попри те, що половина учасників вважають гомеопатичні засоби ефективними, переважна більшість погоджується із твердженням про те, що дані препарати діють як плацебо. Найчастіше батьки дають гомеопатію своїм дітям за призначенням лікаря додатково до класичних ЛЗ. Проте, є пацієнти які підтримують доказову медицину та вважають гомеопатичні препарати неефективними.

Ключові слова: гомеопатія, анкетування

ОСОБЛИВОСТІ АНАМНЕЗУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Дутчак Г.М., Жиліяк О.В., Цицюра О.О.

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Лембрик І.С.,
Кафедра педіатрії
Завідувач кафедри д.мед.н., професор Волосянко А.Б.,
Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна*

Вступ: на сьогодні відомо, що atopічний дерматит (АД) – це поліетіологічне захворювання, в генезі якого суттєве значення має вплив варіабельних чинників на організм, що розвивається, за умов наявної спадкової схильності до алергії. Сучасні літературні дані засвідчують вагому роль спадкової схильності у розвитку АД. Так, у 80 % дітей, що страждають на АД, наявний обтяжений алергологічний анамнез в першу чергу по лінії матері. Мають значення також характер вигодовування на першому році життя, в тому числі наявність харчової алергії, вплив соціо-економічних та кліматичних чинників на перебіг захворювання. В наукових повідомленнях знаходимо дані про вплив перебігу вагітності на ранній розвиток atopічних захворювань, оскільки імунна система дитини починає формуватися ще внутрішньоутробно. Осібно в переліку тригерів, які сприяють розвитку atopічних захворювань, перебуває пасивне куріння. Однак наявних даних щодо чинників ризику не достатньо для прогнозування перебігу АД з метою подальшого менеджменту такої когорти хворих.

Мета: проаналізувати анамнестичні дані у дітей з atopічним дерматитом та оцінити їх вплив на перебіг захворювання. Матеріали і методи. Роботу розподілено на два етапи. На першому проаналізовано 30 медичних карт стаціонарного хворого. На другому етапі обстежено 30 дітей із atopічним дерматитом у віці від 0 до 2 років в період загострення захворювання. які перебували на лікуванні в алергологічному відділенні КНП «ІФ ОДКЛ ІФ ОР». Діагноз atopічного дерматиту верифікували згідно з сучасними протоколами діагностики та лікування (Наказ МОЗ України №670 від 04.07.16), ґрунтуючись на модифікованих критеріях Hanifin і Rajka (2003). Тяжкість перебігу недуги визначали на підставі індексу SCORAD (scoring of atopіc dermatitis). Групу контролю склали 30 здорових дітей цієї ж вікової когорти. Проведене ретельне вивчення перинатального та сімейного алергологічного анамнезу, особливостей вигодовування на першому році життя.

Результати: хворих дітей розподілено на три групи: 28 (46,7%) дітей мало середньо-тяжкий перебіг, 18 (30,0%) пацієнтів-легкий перебіг недуги. У 14 хворих із atopічним дерматитом виявляли тяжкий перебіг малюкової форми захворювання (23,3%). Вивчення первинної документації з наступним аналізом перинатального анамнезу показало, що ускладнений перебіг

вагітності зустрічався у 23% матерів. До найбільш істотних чинників, ризику розвитку atopічного дерматиту належать: ранні (66,6%) та пізні гестози (33,3%), TORCH-інфекції (56,7%), анемії (50,0%), загроза переривання вагітності (26,7%), наявність гострих респіраторних вірусних інфекцій під час пологів (16,7%). Серед хронічної екстрагенітальної патології, що потребувала прийому ліків під час вагітності, найчастіше зустрічалася артеріальна гіпертензія (58,3% і 41,7%, $\chi^2=18,7143$, $p<0,00001$) та хронічний пієлонефрит (68,3% і 31,7%, $p<0,005$). Загалом, за нашими даними, тяжкий перебіг недуги зустрічався частіше у дітей, матері яких мали обтяжений акушерський анамнез, (71,4% і 28,5%, $p<0,05$) $r=+0,9992$. Реанімаційних заходів у періоді новонародженості (з приводу респіраторного дистрес-синдрому) потребувало 8 (13,4%) дітей, які згодом мали тяжкий перебіг захворювання. Вивчення особливостей харчового раціону хворих із АД на першому році життя показало, що в обстежених нами дітей переважало змішане вигодовування - 24 (40,0%) у порівнянні з 6-ма (20,0%) у здорових. Штучне вигодовування з народження мало 8 (13,4%) дітей із atopічним дерматитом та 2 (6,7%) здорових дітей. Виключно грудне вигодовування до 6-ти місяців натомість мало всього 9 (15,0%) дітей з atopічним дерматитом у порівнянні з аналогічним показником у здорових дітей - 18 (60,0%), $p<0,05$. Аналіз отриманих даних показав, що на першому році життя 70,0% обстежених із АД отримували адаптовані суміші, з них – у 30,0% йшлося власне про гіпоалергенні продукти. Нами виявлено залежність між раннім початком вигодовування сумішами та ступенем тяжкості АД, що корелювало з отриманими раніше власними науковими даними (Дутчак А.М., 2014). Мав місце зворотній середньої сили кореляційний зв'язок між індексом SCORAD та віком початку штучного вигодовування ($r = -0,35$). Частота раннього штучного вигодовування була найвищою у групі дітей, хто хворів тяжче (50,0%), в той час як при легкому перебігу частота застосування сумішей була нижчою - 35,7%, $p<0,0001$. В той же час, нами виявлено прямий середньої сили кореляційний зв'язок між зростанням частоти випадків та наростанням тяжкості проявів захворювання ($r=+0,59$) ($p<0,05$). В процесі дослідження ми виявили обтяжений алергологічний анамнез у 32 (53,4%) дітей. При цьому алергічні недуги з вищою частотою зустрічалися у родичів матері (53,3%), що корелює з літературними даними та нашими попередніми спостереженнями. По лінії батька обтяжена спадковість щодо atopічних захворювань виявлена у 18,4% випадків. Захворюваність на алергопатологію в інших родичів в анамнезі хворих дітей розподілено наступним чином: у 25,0% родичів II ступеню спорідненості мали місце алергічні недуги, в той час як сибси хворіли у 10,0% випадків. Найвищою частотою в родині хворих з АД вирізнялися гостра кропив'янка (75,0%), токсикодермія (65,0%) та алергічний риніт (50,0%).

Висновки: таким чином, патологія вагітності у матері є одним із факторів, що сприяють реалізації генетичної схильності до atopії. Раннє штучне вигодовування сприяє маніфестації АД у дитини та асоціюється з більш тяжким перебігом недуги.

Ключові слова: анамнез, вигодовування, дитина, гіперчутливість, вагітність.

ОСОБЛИВОСТІ ПОТРЕБ ВНУТРІШНЬОПЕРЕМІЩЕНИХ ДІТЕЙ В МЕДИЧНОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ

Кирпач В.А.

Науковий керівник: к.мед.н.,асистент кафедри Кривонос Ю. М.

Кафедра педіатрії №4

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Мітюряєва - Корнійко І. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ: 13 квітня 2014 року в Україні почалися бойові дії, свій розвиток набула Антитерористична операція...30 квітня 2018 року – Операція об'єднаних сил...24 лютого 2022 року – повномасштабне вторгнення. Раніше здавалося, що це все може бути лише в фільмах, проте, ні, це жорстока реальність нашої країни. З 2014 року і по сьогоднішній день, набуває обертів проблема внутрішньопереміщених осіб – житло, одяг, їжа, а особливо – медикаменти. На допомогу прийшов волонтерський рух, який допомагає усім, чим тільки можна, робить усе можливе і неможливе для допомоги людям, особлива увага при цьому приділяється дітям. Тому дана тема на сьогодні є, безперечно, актуальною.

Мета: дослідити потреби в медичному забезпеченні внутрішньопереміщених осіб для покращення ситуації з медичним забезпеченням для внутрішньопереміщених дітей.

Матеріали та методи: у дослідженні приймали участь 3 волонтери, які розпочали свою діяльність ще в 2014 році. Для дослідження було взято 100 запитів на допомогу дітям від їхніх батьків або законних представників: 2014 рік – 10 запитів, 2015 – 10, 2016 – 10, 2017 – 5, 2018 – 5, 2019 – 5, 2020 – 5, 2021 – 5, 2022 – 30, 2023 – 15. Проаналізувавши дані, позиції, що зустрічалися найчастіше, були занесені в таблицю з зазначенням кількості їхніх повторень. Запити бралися з архівних повідомлень в соціальних мережах, статистичну обробку даних проводили в Excel.

Результати: З опрацьованих 100 запитів, було визначено позиції, що зустрічалися найчастіше – підгузки (100 із 100 запитів), ліки при застудах: жарознижувальні, проти кашлю та нежиті (95 із 100), суміші для годування (85 із 100 запитів), пелюшки (78 запитів із 100), засоби від здуття та колік у немовлят (70 запитів із 100), пляшечки для годування (66 запитів із 100). В деяких запитах фігурувало медичне забезпечення для дітей з енурезом, як з нічним так і з денним типом цього захворювання, антидепресанти, виписані безпосередньо після отримання заключення у психіатра, протиепілептичні, ліки для цукрового діабету 2 типу, що означає, що варто було б звернути увагу на психологічне медичне забезпечення внутрішньопереміщених дітей.

Висновки: починаючи з 2014 року війна все більше і більше залишає свій слід у житті кожного українця, а особливо, маленького українця. Наразі, після початку повномасштабного вторгнення, потреба в допомозі внутрішньопереміщеним особам виросла у кілька десятків разів. Ключова проблема – медичне забезпечення. Воно найдорожче та найважче у пошуках. Після обробки отриманих даних дослідження були висвітлені найбільші проблеми та зроблені висновки. Варто звертати увагу меценатів, різних благодійних фондів та організацій на проблему медичного забезпечення внутрішньопереміщених дітей та загоріти їхню увагу на психологічній підтримці маленьких жителів України.

Ключові слова: війна, волонтери, внутрішньопереміщені діти, медичне забезпечення, психологічна підтримка.

ОСОБЛИВОСТІ ФОТОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕОНАТАЛЬНИХ ЖОВТЯНИЦЬ

Кочмола Д.В.

Науковий керівник: к. мед.н, доцент Качалова О.С

Кафедра педіатрії № 4

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Мітюряєва-Корнійко І.О

Національний медичний університет імені О.О Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ: На сьогоднішній день стандартом лікування неонатальних жовтяниць і профілактики виникнення ядерної жовтяниці залишається фототерапія. Це метод, при якому використовують ультрафіолетове світло з довжиною хвилі 450 нм., при інтенсивній фототерапії – блакитне світло з довжиною хвилі від 425 до 475 нм. При цьому відбувається фотоізомеризація вільного білірубину в форми, які більш розчинні у воді і можуть швидко виводитись печінкою і нирками без глюкуронізації.

Коли білірубін поглинає світло, починають протікати три типи фотохімічних реакцій:

1. Фотоізомеризація проходить у позасудинному просторі шкіри. Починається безперервне перетворення природного ізомеру незв'язаного білірубину (4Z, 15Z) у менш токсичні полярні ізомери (4E, 15E), які переносяться кров'ю і виводяться із жовтю без зв'язування. Однак таке виведення повільне і фотоізомер легко перетворюється знову на незв'язаний білірубін, який назад всмоктується із кишечника, якщо у дитини мало калу або є закріп. Приблизно через 12 годин фототерапії частка фотоізомерів складає приблизно 20% від загального білірубину. Стандартні аналізи не відрізняють природного походження білірубін від фотоізомеру, тому рівень білірубину може сильно не зменшуватись, хоча фототерапія певну частку зробила нетоксичною. Фотоізомеризація низькодозовою фототерапією (6 а.о.м. Вт/см²/нм) не має значущої різниці від подвійної дози випромінювання.
2. Структурна ізомеризація - це внутрішньомолекулярна циклізація білірубину на лумірубін. Під час фототерапії лумірубін складає 2-6% від сироваткової концентрації білірубину і швидко виводиться із жовтю та сечею без зв'язування. На відміну від фотоізомеризації перетворення білірубину на лумірубін безповоротне і утворена сполука не може всмоктуватися у кишечнику. Це найбільш суттєвий шлях зменшення рівня сироваткового білірубину, який сильно залежить від дози фототерапії у діапазоні 6-12 а.о.м. Вт/см²/нм.
3. Повільний процес фотоокислення перетворює білірубін на невеликі полярні сполуки, які виводяться із сечею. З точки зору зниження рівня білірубину великого значення ця реакція не має.

Призначення фототерапії залежить від гестаційного віку дитини, віку дитини (в днях) та рівня загального сироваткового білірубину. У різних країнах ці показники різняться, саме тому варто дослідити це питання і знати оптимальні рівні для вибору правильного лікування неонатальної жовтяниці.

Мета: дослідити особливості призначення фототерапії, при жовтяниці у дітей за протоколами різних країн (Україна, США, Австралія).

Матеріали і методи: було проведено порівняльний аналіз 3-х протоколів: України, Сполучених Штатів Америки(США) та Австралії

Міністерство Охорони Здоров'я України «Клінічний протокол надання неонатологічної допомоги дітям «жовтяниця новонароджених»» від 08.06.2007 року.

«Американська академія педіатрії (AAP): Клінічні практичні рекомендації щодо лікування гіпербілірубінемії у новонародженого немовляти 35 або більше тижнів гестації, перегляд (2022)»

« Міністерство охорони здоров'я, Новий Південний Уельс (NSW): Рекомендації щодо виявлення та лікування жовтяниці новонароджених у новонароджених ≥ 32 тижнів вагітності (2016 р.)»

Результати: за даними протоколу України Міністерство Охорони Здоров'я України «Клінічний протокол надання неонатологічної допомоги дітям «жовтяниця новонароджених»» від 08.06.2007 року показання для фототерапії у доношених залежить від рівня загального білірубину в сироватці крові (ЗБС) і від віку дитини (в днях):

У цьому протоколі наведений вік дитини в годинах/днях (від 24 годин/1 доба до >72 години/ >3 діб). Особливістю є те, що представлені рівні ЗБС (мкмоль/л) для того щоб починати оцінку для вирішення питання про початок фототерапії і вони становлять 170 мкмоль/л і 290 мкмоль/л відповідно віку 24 години/1 доба і > 72 години/ >3 доби. Та наведені рівні ЗБС (мкмоль/л) для початку фототерапії – 250 мкмоль/л і 370 мкмоль/л відповідно найменшому віку 24 години/ 1 доба і > 72 години/ 3 доби. Якщо виявили ранню та/або «небезпечну» жовтяницю, рекомендовано проводити повторне визначення загального білірубину сироватки крові через 4-6 годин після початку фототерапії, надалі - в залежності від результату ЗБС та клінічного стану дитини. Зниження загального білірубину сироватки у нормі відбувається на 20-35 мкмоль/л. Якщо цього не відбулось необхідно розглянути питання про неефективність фототерапії, що проводиться, та перейти до інтенсивної фототерапії або замірного переливання крові. Припиняють фототерапію у доношеного новонародженого якщо результат загального білірубину сироватки крові нижче рівня, який вказує на вирішення питання про початок фототерапії згідно віку дитини та наявності або відсутності факторів ризику.

За даними протоколу США «Американська академія педіатрії (AAP): Клінічні практичні рекомендації щодо лікування гіпербілірубінемії у новонародженого немовляти 35 або більше тижнів гестації, перегляд (2022)» показання для фототерапії грунтуються на гестаційному віці, віку дитини (в днях) і рівню ЗБС

Гестаційний вік 35 тижнів: наведений вік дитини в годинах/днях (від 12 годин до 96 годин/4 діб і $>$) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 136 мкмоль/л і 326 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (12 годин і 96 годин/4 доби і $>$).

Гестаційний вік 40 тижнів: наведений вік дитини в годинах/днях (від 12 годин до 96 годин/4 діб і $>$) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 180 мкмоль/л і 376 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (12 годин і 96 годин/4 доби і $>$).

Також у цьому протоколі наведені показання для фототерапії у дітей з ризиком розвитку ядерної жовтяниці, які ґрунтуються на гестаційному віці, віку дитини (в днях) і рівню ЗБС

Гестаційний вік 35 тижнів : наведений вік дитини в годинах/днях (від 12 годин до 96 годин/4 дб і >) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 120 мкмоль/л і 274 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (12 годин і 96 годин/4 доби і >).

Гестаційний вік 38 тижнів і більше: наведений вік дитини в годинах/днях (від 12 годин до 96 годин/4 дб і >) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 137 мкмоль/л і 310 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (12 годин і 96 годин/4 доби і >). Припинення фототерапії є варіантом, якщо ЗБС знизився щонайменше на 35 мкмоль/л нижче порогового значення, що відповідає годині, від початку фототерапії. Більш тривалий період фототерапії може привести до ризику рикошету гіпербілірубінемії при деяких умовах (наприклад, термін вагітності <38 тижнів, вік <48 годин на початку фототерапії, гемолітична хвороба).

За даними протоколу Австралії «Міністерство охорони здоров'я, Новий Південний Уельс (NSW): Рекомендації щодо виявлення та лікування жовтяниці новонароджених у новонароджених ≥ 32 тижнів вагітності (2016 р.)» показання для фототерапії ґрунтуються на гестаційному віці, віку дитини (в днях) і рівню ЗБС

Гестаційний вік 32 тижні: наведений вік дитини в годинах/днях (від 24 годин/ 1 доба до 96 годин/4 дб і >) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 100 мкмоль/л і 210 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (24 години/1доба і 96 годин/4 доби і >).

Гестаційний вік 35 тижнів: наведений вік дитини в годинах/днях (від 24 годин / 1 доба до 96 годин/4 дб і >) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 110 мкмоль/л і 250 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (24 години/1доба і 96 годин/4 доби і >).

Гестаційний вік 38 тижнів і більше

Наведений вік дитини в годинах/днях (від 24 годин/ 1доба до 96 годин/4 дб і >) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 200 мкмоль/л і 350 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (24 години/1доба і 96 годин/4 доби і >).

Протягом 6 годин після початку терапії рівень ЗБС має знизитись на 34 мкмоль/л як у доношених так і передчасно новонароджених.

Висновки:

1. Проведений аналіз особливостей призначення фототерапії, при неонатальній жовтяниці за протоколами різних країн (Україна, США, Австралія) демонструє, що фототерапія є ефективним методом лікування і профілактики ускладнень жовтяниці у новонароджених.
2. Показання для фототерапії залежать від гестаційного віку і рівнів білірубіну.
3. Найнижчі рівні ЗБС для початку фототерапії у доношених дітей без ризику розвитку ядерної жовтяниці фіксуються в протоколі Австралії, проміжне місце займає протокол США і найвищі рівні в протоколі України.
4. Протокол США включає відомості про ризики розвитку нейротоксичності білірубіну, тому рівень ЗБС для початку фототерапії є значно нижчим ніж для дітей без ризику розвитку нейротоксичних уражень.
5. У всіх протоколах для припинення фототерапії рекомендовані майже однакові рівні зниження ЗБС від 20 до 35 мкмоль/л протягом однієї доби від початку фототерапії.

Ключові слова: жовтяниця новонароджених,

БЛОК КАЛЬЦІЙ-ЧУТЛИВИХ РЕЦЕПТОРІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ

Колісник В.О.

Науковий керівник: д.мед.н.,професор Одинець Ю.В.

Кафедра педіатрії №2

Завідувач кафедри: д.мед.н.,професор Макєєва Н.І.

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. Бронхіальна астма (БА) посідає вагомe місце серед захворювань дихальних шляхів у дітей молодшого віку, що часто може призводити до інвалідизації пацієнтів. Це, у свою чергу, є великою соціальною та економічною проблемою. Захворювання є мультифакторним, яке базується на взаємозв'язку генетичної схильності та впливу чинників навколишнього середовища. Значне поширення захворювань дихальної системи серед дітей молодшого віку спонукає до пошуку нових тригерних факторів та механізмів, серед яких мають значення кальцій-чутливі рецептори (CaSR). Це, у своєму роді, унікальний рецептор, що зв'язаний із G-білками (GPCR) та активується позаклітинним кальцієм (Ca²⁺) й іншими фізіологічними катіонами. Останні дослідження доводять, що експресія CaSR поширюється на інші тканини та системи за межами позаклітинної гомеостатичної системи Ca²⁺, включаючи серцево-судинну, нервову систему, дихальні шляхи, де він може виконувати фізіологічні функції, які ще не повністю з'ясовані. Деякі дослідники також знаходять взаємозв'язок CaSR із виникненням запальних реакцій дихальних шляхів наряду із алергічними компонентами.

Мета. Визначення рівня CaSR в сироватці крові та його взаємозв'язок із кальцієвим обміном, імуноглобуліном E (IgE) у дітей, хворих на БА, при загостренні та у стадії ремісії.

Матеріали і методи. Проведено обстеження дітей хворих на БА (n=20) у віці від 3 місяців до 6 років на базі пульмонологічного відділення КНП «Міська клінічна дитяча лікарня №16» ХМР. Діагноз БА встановлювали з урахуванням загальноприйнятих критеріїв діагностики. В якості групи контролю взяті на обстеження здорові діти (n=20) аналогічного віку, що

не мали жодних проявів захворювання верхніх дихальних шляхів та іншої гострої патології впродовж останнього місяця. Визначення білку CaSR та IgE у периферичній крові проводили методом імуноферментного аналізу. Рівень кальцію в крові-комплексометричним титруванням. Обстеження проводилося в періоди загострення та досягнення ремісії захворювання. Всі дані були обчислені за допомогою програми STATISTICA 8.0.

Результати. Пацієнти на момент загострення БА мали більш низькі показники рівня білку CaSR, у порівнянні з їх рівнем у період ремісії та групою контролю ($p_{1-2}=0,0004$; $p_{k-1}=0,0000$; $p_{k-2}=0,0000$). Рівень Ca²⁺ був суттєво знижений у пацієнтів із бронхіальною астмою у порівнянні із дітьми групи контролю ($p_{k-1}=0,0017$; $p_{k-2}=0,0011$). Відмічалась пряма середньої сили кореляція показників CaSR та IgE ($r=0,5046$), $p<0,05$ у дітей в приступний період БА, та непряма середньої сили кореляція між показниками CaSR та Ca²⁺ ($r=-0,5096$), $p<0,05$ у дітей групи контролю.

Висновки.

1. Статистично достовірне зниження рівня білку CaSR у дітей в стадії загострення БА може свідчити про його певну роль у початкових ланках розвитку даної патології. Також необхідно розглядати його ймовірний перерозподіл в периферичній крові та органах-мішенях, зокрема легенях, або пошкодження самих рецепторів на фоні бронхообструкції та явної запальної реакції.
2. Відмічається також взаємозв'язок рівня Ca²⁺ із білком CaSR, у здорових дітей, та його зменшення на фоні запального процесу та бронхообструкції.
3. Очевидно є взаємозв'язок молекул білку CaSR та IgE на перших ланках розвитку бронхообструктивного синдрому при БА.
4. Пошук нових специфічних сигнальних маркерів розвитку БА у дітей молодшого віку наразі триває. Велике зацікавлення має білок CaSR та його роль і взаємозв'язок з іншими прозапальними, імуноспецифічними компонентами, що і спонукає нас до подальших досліджень.

Ключові слова. Бронхіальна астма, білок кальцій-чутливого рецептору, діти, кальцієвий обмін, імуноглобулін E

ЗНАЧЕННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА РІВНЯ VEGF-A ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ЛЕГЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГОСТРІЙ ЛЕЙКЕМІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ.

Коваль В.А.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Макєєва Н.І

Кафедра педіатрії №2

Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Макєєва Н.І Макєєва Н.І

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ: гостра лейкемія (ГЛ) – найпоширеніше онкологічне захворювання у дитячому віці. Останнім часом все більше уваги приділяється вивченню ускладнень ГЛ, у тому числі легеневих. ЕндоТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ (ЕД) є досить характерним патологічним станом у пацієнтів з ГЛ. Вивчення ЕД та визначення маркерів пошкодження ендотеліального шару аерогематичного бар'єру легень у дітей з ГЛ надасть змогу краще зрозуміти патологічні процеси у легенях у дітей з ГЛ.

Мета: оцінити рівні судинного ендотеліального фактора росту А (VEGF-A) у сировотці крові та визначити його прогностичне значення для розвитку легеневих ускладнень у дітей з ГЛ.

Матеріали і методи: до дослідження залучено 51 дитину в віці 6-18 років з ГЛ у гематологічному відділенні КЗОЗ «Харківська міська дитяча клінічна лікарня №16». Група контролю включала 15 практично здорових дітей. 1 група включала дітей з ГЛ на фоні проведення хіміотерапії (n = 24). До 2-ої групи увійшли діти з ГЛ, які закінчили повний курс хіміотерапії (n=27). Критеріями для включення в дослідження були верифікований діагноз ГЛ, вік 6-17 років, підписана згода батьків та/або пацієнтів. Критеріями виключення з дослідження були відмова батьків та/або пацієнтів підписати згоду, хронічні захворювання легень або порушення ендотеліальної функції до початку ГЛ; будь-які спадкові захворювання, що призводять до зміни структури та функції дихальної системи, спадковий імунодефіцит. Контрольну групу склали 15 здорових дітей. Рівень VEGF-A оцінювали методом ІФА. Статистичну обробку даних було проведено з застосуванням програм STATISTICA 8 та MedCalc 17.2.

Результати: у 84,31% дітей з ГЛ діагностовано легеневі ускладнення: гострий бронхіт (31), гострий обструктивний бронхіт (10), бронхіальна астма (3), пневмонія (25), інтерстиціальна пневмонія (1), плеврит (2) пневмоторакс (2), фіброз легень (3), лейкемічна інфільтрація легень (1). Частота легеневих ускладнень становила 82,5% під час протоколів хіміотерапії та 20,0% у ремісії після повного курсу хіміотерапії. У дітей 1 групи рівень VEGF становив 164,12 (150,18; 197,08) пг/мл, у дітей 2 групи – 169,11 (132,15; 198,66) пг/мл, у дітей контрольної групи: - 130,65 (129,45; 132,15) пг/мл. Виявлено статистично вірогідне підвищення рівня VEGF-A у 1-й групі та 2-ї групи відносно контрольної групи ($p_{1-C}=0,000041$; $p_{2-C}=0,001184$). Вірогідних відмінностей у рівнях VEGF-A між дітьми 1-ї та 2-ї груп не було визначено ($p_{1-2}=0,623648$), тобто навіть після закінчення хіміотерапії цей показник залишається високим та свідчить про значну ЕД навіть у довготривалій ремісії ГЛ. За даними ROC-аналізу, рівень VEGF-A після повного завершення курсу хіміотерапії >196,28 прогностично значущий для формування легеневих ускладнень у дітей з ГЛ у довготривалій ремісії (AUC 0,900; Чутливість 85,71%; Специфічність 95,00%).

Висновки: у дітей з ГЛ виявлено значну ЕД, як в гострому періоді захворювання, так і в ремісії після завершення хіміотерапії. Рівень VEGF-A у сировотці крові може бути прогностичним для розвитку легеневих ускладнень у дітей з довготривалій ремісії ГЛ.

Ключові слова: ендотеліальна дисфункція, судинний ендотеліальний фактор росту, легеневі ускладнення, лейкемія, діти.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ВЕРНІКЕ У ДІВЧИНКИ 13 РОКІВ, ВНАСЛІДОК РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Ковальчук Л.С.

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Копійка Г.К.,
Кафедра педіатрії №3 з післядипломною підготовкою
В.о. завідувача кафедри: к.мед.н. доцент Кравченко Т.Ю.
Одеський національний медичний університет,
м.Одеса, Україна*

Вступ: енцефалопатія Верніке - потенційно зворотній нейрометаболічний розлад (невідкладний гострий нейропсихіатричний стан), спричинений недостатністю тіаміну, який характеризується розвитком атаксії, офтальмоплегії і дизорієнтацією. Захворювання дуже часто має пізню діагностику, тому відсутність вчасного лікування може призводити до розвитку хронічної форми, синдрому Корсакова, а в деяких випадках навіть до смерті пацієнта. Дефіцит тіаміну найчастіше є наслідком хронічного зловживання алкоголю, але також треба пам'ятати, що тривале голодування теж може стати причиною розвитку захворювання. Проблема діагностики зазвичай полягає в тому, що діагноз є клінічним, а біля 80% пацієнтів не мають типової тріади симптомів. Інструментальна діагностика використовується (КТ та МРТ головного мозку) та допомагає в деяких випадках виявити зміни в таламусі, але все ж таки залишається допоміжним методом.

На сьогодні існує проблема низької поінформованості серед лікарів – педіатрів щодо розповсюдженості енцефалопатії Верніке у дітей та причин, які можуть призвести до даного захворювання.

Мета: проаналізувати клінічний випадок енцефалопатії Верніке за результатами власного спостереження.

Матеріали і методи: проведено клінічний аналіз випадку енцефалопатії Верніке у дівчинки 13 років на підставі опитування пацієнтки, вивчення медичної карти стаціонарного хворого, безпосередньої участі у веденні даної пацієнтки в умовах стаціонару, а також організації подальшого спостереження випадку.

Опис клінічного випадку: дівчинка А., 13 років, надійшла до відділення інтенсивної терапії ДМКЛ №3 ОМР у важкому стані, за рахунок неврологічної симптоматики. Відмічалась виражена кволість, неможливість самостійно встати з ліжка, пересуватися, відсутність центрального зору. Зазначені симптоми прогресували протягом останніх 14 днів. Провідною скаргою була втрата центрального поля зору. З анамнезу хвороби з'ясувалось, що за останні два тижні дівчинка дуже суворо обмежувала себе в харчуванні, майже нічого не їла (зі слів матері). Стан дитини погіршився раптово напередодні госпіталізації. Виникла одноразова блювота, після чого дитина різко стала млява, сонлива, не змогла встати з ліжка, почала втрачати вербальний контакт з мамою.

З анамнезу життя: протягом останніх 2х років у дитини відмічались ознаки розладів харчової поведінки, а саме: поступове зменшення об'єму вживаної їжі та обмеження раціону (у дитини були епізоди маячіння з відмовою від їжі, які підтримувалися з боку її матері, а саме обмеження вживання м'яса та вуглеводів, спроби замінити продукти харчування на БАДи у великій кількості). Від початку змін в раціоні дитини, почала втрачатися вага. Максимальна вага, яку мала дитина до початку схуднення – 52 кг., далі відмічалось поступове зниження ваги протягом 2х років. За останні 2 місяці дівчина втратила 16 кг, з них за останній тиждень – 3 кг. На момент госпіталізації дівчина мала вагу – 36 кг, зріст – 157 см, ІМТ – 14,61 кг/м², дефіцит маси тіла складав – 28 %.

З діагностичною метою проведена МРТ головного мозку, де були виявлені зміни МР-сигналу від медіальних відділів таламусів, ймовірно, дисметаболічного характеру (по типу енцефалопатії Верніке).

На підставі анамнестичних даних про наявність у дитини тривалого розладу харчової поведінки, внаслідок чого відбулась виражена втрата ваги, а також враховуючи триаду клінічних ознак (атаксія, атактична хода та околорухові дисфункції), допоміжну інструментальну діагностику у вигляді МРТ головного мозку, яка показала наявність змін метаболічного характеру в області таламуса, було виставлено попередній діагноз: Енцефалопатія Верніке та розпочата терапія ex juvantibus 5% розчином тіаміну в дозі 500 мг в/в протягом 2 діб, згідно протоколу лікування даної нозоформи.

Отримана швидка позитивна динаміка в неврологічному стані та самопочутті дитини, а саме: відновлення зору на 2 добу від початку терапії, регрес мозжочкових розладів, покращення когнітивних функцій – протягом першого тижня лікування.

Подальша терапія включала прийом тіаміну у зниженій дозі 250 мг/добу протягом п'яти днів, а також консультація та супровід дитячого гастроентеролога, дієтолога, психіатра.

На даний момент дитина знаходиться на етапі реабілітації в центрі терапії порушень харчової поведінки, у супроводі мультидисциплінарної команди, яка включає лікаря – реабілітолога, гастроентеролога, дієтолога, психолога, педіатра. Стан дитини має позитивні зміни.

Висновки: Енцефалопатія Верніке в дитячому віці є потенційно загрозливим станом з високим летальним ризиком, та розвитком незворотніх наслідків з боку ЦНС, що можуть призвести до інвалідизації. На сьогодні існує проблема низької поінформованості серед лікарів – педіатрів щодо частоти, з якою енцефалопатія Верніке зустрічається у дітей та причин розвитку даної хвороби. Порушення харчової поведінки є розповсюдженою проблемою підлітків, яка може призводити до несприятливих, загрозливих для життя наслідків. Ведення дітей з розладами харчової поведінки вимагає участі у процесі лікування та реабілітації мультидисциплінарної команди фахівців та комплексного підходу.

Ключові слова: Енцефалопатія Верніке, дефіцит тіаміну, синдром Корсакова, порушення харчової поведінки

ВПЛИВ АЛЕРГЕН-СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, СЕНСИБІЛІЗОВАНИХ ДО АЛЕРГЕНІВ КОТІВ ТА ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Кривоносова М. В.

Науковий керівник: член-кореспондент НАМН України,

д.мед.н., професор Волосовець О. П.

Кафедра педіатрії № 2

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України,

д.мед.н., професор Волосовець О. П.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м.Київ, Україна

Вступ: сьогоденна актуальність бронхіальної астми підкреслюється не лише її поширеністю, можливою гіподіагностикою, але й негативним впливом на якість життя хворих. Особливої проблеми це набуває саме в шкільному віці, з огляду не лише на фізичні, але й соціальні та освітні аспекти. В цілому, астма накладає значний тягар на здоровоохорону щодо дітей та підлітків. При цьому не викликає сумнівів суттєва роль сенсibiliзації до різноманітних алергенів котів. В останні часи педіатрична алергологія зазнала значного прогресу як у діагностичному аспекті, з огляду на молекулярну алергодіагностику, так і в терапевтичному аспекті. Вивчаються можливості алерген-специфічної імунотерапії (АІТ), зокрема, при сенсibiliзації до алергенів котів.

Мета: оцінити якість життя дітей у віці 6-17 років, які хворі на астму та сенсibiliзовані до алергенів котів за умов проведення АІТ.

Матеріали і методи: проаналізовано якість життя у 128 дітей віком 6-17 років, які мали бронхіальну астму, сенсibiliзацію до алергенів котів за умов наявної інформованої згоди. Проводився прик-тест з екстрактом, що стандартизований за алергеном Fel d 1. Був проаналізований профіль сенсibiliзації за допомогою багатокомпонентної молекулярної алергодіагностики ALEX² (Австрія). Порівнювалися показники якості життя у дітей, які мали, згідно сучасних стандартів, базисну терапію та у дітей, які отримували крім неї ще й АІТ. АІТ з екстрактом алергенів шерсті kota застосовувалася підшкірно або у вигляді сублінгвального спрею. Був використаний опитувальник «MiniPAQLQ» щодо якості життя. Для проведення статистичного аналізу використовували IBM SPSS Statistics Base v. 22.

Результати: спостерігалось на початку спостереження зниження усіх показників якості життя - загального, за даними симптомів, щодо емоційної функції й активності. Початкове значення загального показника якості життя - 4,93 (95% ДІ 4,83 - 5,04) у дітей, котрі отримували АІТ на 4,83 (95% ДІ 4,70 - 4,95) в групі порівняння ($p = 0,077$). Через 12 місяців терапії - 5,64 (95% ДІ 5,51 - 5,76) ($p < 0,001$) та 5,09 (95% ДІ 4,96 - 5,22) відповідно ($p < 0,001$). Мав місце кореляційний зв'язок між показником якості життя та тяжкістю бронхіальної астми ($r = -0,629$; $p < 0,001$), між показником якості життя та здійсненням АІТ ($r = 0,620$; $p < 0,001$).

Висновки: динамічна оцінка якості життя за даними опитувальника MiniPAQLQ свідчить про доцільність включення АІТ у комплексну терапію дітей віком 6-17 років у разі наявної сенсibiliзації до алергенів котів та астми.

Ключові слова: алергени, бронхіальна астма, діти, імунотерапія, якість життя

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АУТОІМУННОГО ГЕПАТИТУ

Курінна І.О.

Науковий керівник:Ізирінська Ю. Р.

Кафедра фундаментальних та медико-профілактичних дисциплін

Міжнародний Європейський університет

м.Київ, Україна

Вступ: Аутоімунний гепатит(АІГ) - аутоімунна хвороба, яка зумовлена руйнуванням власних клітин печінки антитілами імунної системи організму. Симптоми аутоімунного гепатиту можуть різнитись, але зазвичай це: безсоння, жовтяниця, шкірні висипання, хронічне відчуття втоми, втрата ваги через відсутність апетиту, болі в животі, нудота та блювота, збільшення селезінки. Ця хвороба вважається рідкісною, оскільки поширеність становить 16/18 випадків на 100000 людей серед жителів Європи. Унікальність нашого клінічного випадку полягає в тому, що аутоімунний гепатит довгий час маскувався під гостру респіраторну вірусну інфекцію.

Мета: Проаналізувати даний клінічний випадок аутоімунного гепатиту та з'ясувати основні клініко-лабораторні особливості, що допоможуть своєчасно розпізнавати аутоімунні захворювання.

Опис клінічного випадку. Дитина від II вагітності (I позаматкова). Пологи відбувалися шляхом кесарського розтину. Вага при народженні у дитини - 3650г. Сімейний анамнез: у батька дитини (49 р.)-лімфогранулематоз та патологія тимусу, у мати (49 р.)- хронічна мігрень. Перенесені хвороби у дитини: ГРВІ більше 5 раз/ рік, інфекційний мононуклеоз. Пацієнтка почала хворіти з 15.12.2022 р. мама дівчинки скаржилась на набряки на очах, високу температуру тіла 39,0°C яка погано піддається зниженню, температура не нижче 37,4°C. З 17.12.2022 з'явилось першіння в горлі, без катаральних явищ, 19.12.2022 з'явився набряк на очах, дизурія, сеча стала кров'янистого кольору. Пацієнтку госпіталізували 19.12.2022 до ДКЛ № 5 з попереднім діагнозом: токсичне ураження печінки, ГРВІ, нефротичний синдром, спленомегалія, фаринготонзиліт. В стаціонарі дитину обстежили: ЗАК, біохімічний аналіз крові: АЛТ- 111.5, білірубін загальний- 23.2, білірубін прямий- 3.1, холестерин- 3,64 сечовини-6,7, заг.білок-53,7. Аналіз сечі по Нечипоренко:лейкоцити 1500, еритроцити 2750. Печінка збільшена +3.0 см. Ліку-

вання: цефтріаксон-2 дні, надалі Цефікс 2 дні; уросептики. 23.12.2022. Пацієнтку переведено в Національну дитячу спеціалізовану лікарню «ОХМАТДИТ» де встановили попередній діагноз: токсичне ураження нирок? Токсичне ураження печінки? Нефротичний синдром? Інтотоксикаційний синдром? Дообстеження: маркери вірусних гепатитів, імунограма, протеїнограма, УЗД, ЕКГ, ЗАС. Лабораторне дослідження сироватки крові на наявність маркерів вірусних гепатитів показало: Антитіла до вірусу гепатиту С(IgM+IgG) не виявлено; Антитіла до core- антигену вірусу гепатиту В (IgM+IgG): не виявлено; Поверхневий антиген вірусу гепатиту В(HBsAg) не виявлено; Антитіла до поверхневого антигену вірусу гепатиту В(Anti HBsAg) > 1000 /с. Згодом пацієнтка була госпіталізована до Центру дитячої гепатології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім.акад.О.М.Лук'янової НАМН України». Аналізи пацієнтки доставили до Німеччини, де підтвердився діагноз «Аутоімунний гепатит». На тлі лікування стан пацієнтки стабілізовано. Загальноклінічний та біохімічний аналіз крові в нормі. Клінічно стан задовільний.

Висновок: Аутоімунні захворювання є однією з актуальних проблем сучасної клінічної медицини. Важливим питанням залишається рання діагностика та створення нових терапевтичних цілей у лікуванні аутоімунних хвороб.

Ключові слова: аутоімунний гепатит, жовтяниця

ОСОБЛИВОСТІ РІВНІВ ВІТАМІНУ D У ДІТЕЙ З COVID-19 ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ

Лабівка О.

Науковий керівник: д. мед.наук, професор Павлишин Г.А.

Кафедра педіатрії №2

Завідувач кафедри: д. мед.наук, професор Павлишин Г.А.

Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я.Горбачевського МОЗ України

м.Тернопіль, Україна

Вступ: пандемія COVID-19 є не тільки соціальним викликом, але й в більшій мірі медичним та науковим. Складність важкого гострого респіраторного синдрому, викликаного коронавірусом 2 (SARS-CoV-2), полягає в непередбачуваному клінічному перебігу захворювання. Саме тому необхідні нові біомаркери для ідентифікації пацієнтів, у яких захворювання швидко прогресуватиме, аж до важких ускладнень і смерті.

Вітамін D відіграє важливу роль у регуляції імунної відповіді та має захисну дію проти інфекцій дихальних шляхів. Також відомо, що дефіцит вітаміну D пов'язаний з підвищеним ризиком тяжкості перебігу COVID-19. Тому визначення рівня вітаміну D у пацієнтів може стати важливою складовою для прогнозування перебігу даного захворювання.

Мета: проаналізувати рівні вітаміну D у дітей з COVID-19 та оцінити його показники залежно від тяжкості перебігу хвороби.

Матеріали і методи: було обстежено 109 дітей, віком від 1 місяця до 18 років з COVID-19, підтвердженого шляхом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в мазках з носа або позитивним серологічним тестом (IgM та IgG, або IgM), які знаходилися на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні Тернопільської міської дитячої лікарні.

У всіх дітей було лабораторно визначено рівні вітаміну D колориметричним методом імуноферментного аналізу (ІФА) з використанням тест-системи Monobind.

Достатнім рівнем вітаміну D вважали значення 30-100 нг/мл, недостатністю вітаміну D – 29-20 нг/мл і дефіцитом – <20 нг/мл.

Результати: у обстежуваних дітей середній вік становив (7,02±5,74) років (95% CI 5,93–8,11). З легким перебігом захворювання було 57 дітей, що становило 52,3%, із середньоважким перебігом - 43 дитини, що становило 39,4% та у 9 дітей був діагностований важкий перебіг захворювання - 8,3% відповідно.

Концентрація вітаміну D у дітей з легким перебігом COVID-19 становила Median 30,91 нг/мл; із середньоважким перебігом – Median 29,10 нг/мл; у дітей із важким – Median 21,30 нг/мл (p<0,05).

Висновки: отже, згідно даного дослідження у всіх дітей з легким перебігом Covid-19 рівень вітаміну D був достатнім, із середньоважким та важким перебігом- недостатнім. Дефіцит вітаміну не спостерігався в жодній з груп.

Рівень вітаміну D у дітей із легким перебігом Covid-19 був вищим порівняно з показниками у дітей із середньоважким та важким перебігом захворювання.

Ключові слова. Діти, коронавірус, SARS-CoV-2, пандемія, інфекційні хвороби.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІХТІОЗУ В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА

Ничипорчук Г.С.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Мозирська О.В.

Кафедра педіатрії № 2

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Волосовець О.П.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

м.Київ, Україна

Вступ: Іхтіози являють собою гетерогенну групу розладів, що характеризуються генералізованим лущенням шкіри різного ступеня тяжкості. Переважна більшість іхтіозів є спадковими, але набуті форми можуть розвинути на тлі зловживань новотворень, аутоімунних або інфекційних захворювань і дефіциту харчування.

Вульгарний іхтіоз є найпоширенішими типами іхтіозу. За оцінками, захворюваність становить 1 на 250 пологів. Вульгарний іхтіоз вважається найлегшим у диференційній діагностиці з іншими типами іхтіозу. Він викликається мутаціями в гені філагрину (*FLG*). Його попередник – профілагрин – є основним компонентом кератогалінових гранул у зернистому шарі епідермісу.

Мета: навчитися розпізнавати диференційні ознаки вульгарного іхтіозу у дитини.

Матеріали і методи: проаналізовано стаціонарну медичну карту хлопчика 5 років, який поступив в лікарню з рядом симптомів, при огляді якого було запідозрено вульгарний іхтіоз. Проведено спостереження, догляд і лікування дитини.

Опис клінічного випадку. Хлопчик С., 5 років, поступив в лікарню КМДКЛ №2, зі скаргами на температуру, кашель, нежить. Було діагностовано ГРВІ, проведено обстеження, дитина отримувала лікування.

Під час обстеження звертала на себе увагу особливість шкіри дитини, а саме сухість. На шкірі відмічалось відшаровування товстими лусочками, посилення шкірного малюнка на долонях, ламкість та розшарування нігтів. При спробі намастити шкіру кремом – шкіра через 15 хвилин ставала сухою. Була наявна особлива ознака - гіперлінійність долоней – це специфічна ознака мутацій в гені філагрину. На підставі цього було діагностовано вульгарний іхтіоз.

Було проведено лікування, яке включало: купання зі зволожуючими агентами (олія для купання) 10-15 хвилин в негарячій воді, після цього - негайне нанесення емолієнту. Цей догляд за шкірою має бути взятий за основу в лікуванні для цього хлопчика, що значно полегшить перебіг вульгарного іхтіозу.

Висновки: Діагноз вульгарний іхтіоз досить легко діагностується завдяки своїм специфічним анамнестичним даним. Гіперлінійність долоней є специфічною для вульгарного іхтіозу (позитивна прогностична цінність). Люди з вульгарним іхтіозом живуть нормальним життям без суттєвого впливу на якість та тривалість життя, але повинні мати справу з щоденним лікуванням лущення шкіри.

Ключові слова: гіперлінійність, емолієнти, кератогалінові, профілагрин, філагрин.

УРАЖЕННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 1-ГО ТИПУ У ДІТЕЙ

Нечасв М.П., Стрельченко Д.К.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Мітюряєва-Корнійко І.О.
Кафедра педіатрії №4

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Мітюряєва-Корнійко І.О.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
м.Київ, Україна

Вступ: за даними інтернаціональної федерації у 2021 році було зареєстровано 543 мільйони хворих на ЦД, з них 1,2 мільйони – діти, а кількість нових випадків ЦД у дітей складає близько 190 тисяч. Захворювання органів травлення є досить розповсюдженими серед дитячого населення та займають провідне місце серед соматичної патології дитячої популяції. Близько 40-50% дітей з цукровим діабетом 1 типу мають симптоми ураження органів шлунково-кишкового тракту.

Мета: Підвищення ефективності ранньої діагностики проявів патології шлунково-кишкового тракту у дітей, хворих на ЦД 1 типу.

Матеріали і методи: Для вивчення даної нозології (ураження органів ШКТ при ЦД) за основу було взято теоретичний метод дослідження, а саме: аналіз, узагальнення та синтез.

Огляд: Найчастішими скаргами пацієнтів з приводу перебігу ЦД є лабільність глікемії, надмірні харчові піки, зміна чутливості до інсуліну, наявні епізоди кетоацидозу. В свою чергу рівень глікемії безпосередньо впливає на роботу органів ШКТ, як ось: гостра гіперглікемія уповільнює спорожнення шлунку та підсилює відчуття повноти, виникає нудота та здуття живота. Помірна глікемія зменшує швидкість спорожнення шлунку, а при кетозі або кетоацидозі у пацієнтів може виникати й навіть абдомінальний біль, як наслідок порушення електролітного балансу. Диспепсія, дисфагія, печія, здуття живота, закрепи та абдомінальний біль – найчастіші скарги пацієнтів з ЦД з приводу органів ШКТ. Лише міждисциплінарна співпраця ендокринолога та гастроентеролога дозволяє вирішити дану проблему. Корекція інсулінотерапії, навчання самоконтролю з метою підвищення «time in range» (4,0-10,0 ммоль/л), діагностика та лікування розладів з боку органів ШКТ та рекомендації стосовно дієтотерапії – основа профілактики ускладнень з боку органів шлунково-кишкового тракту та покращення якості життя пацієнтів з ЦД 1-го типу. Важливу роль у діагностиці функціональних розладів ШКТ відіграють валідовані анкети-опитувальники Bowel Disease Questionnaire (BDQ) та Patient Assessment of Upper Gastrointestinal Symptom Severity Index (PAGI-SYM), рекомендовані до застосування US Food and Drug Administration (FDA) та European Medicines Agency. В першу чергу необхідно вміти диференціювати функціональні та органічні розлади органів ШКТ та функціональний й не функціональний біль, розуміти, що останній потребує більш детального лабораторного та інструментального обстеження.

Висновок: Симптоми ураження органів ШКТ впливають на розвиток хронічних ускладнень та якість життя пацієнтів з ЦД, патологія часто зустрічається серед обраної категорії пацієнтів. Валідовані анкети відіграють важливу роль у діагностиці симптомів ураження органів ШКТ. Патолофізіологічні особливості виникнення симптомів потребують більш детального вивчення. Навчання пацієнтів самоконтролю та дієтотерапія є обов'язковими умовами для досягнення компенсації цукрового діабету та/або зменшення ризику розвитку ускладнень з боку органів ШКТ. Колективна робота ендокринолога та гастроентеролога дозволяє досягати консенсусу у виборі стратегії ведення хворих з ЦД.

Ключові слова: цукровий діабет 1 типу, ураження ШКТ

ОСОБЛИВОСТІ ГЕНЕТИЧНОГО ПОРТРЕТУ СИНДРОМУ ЖИЛЬБЕРА У ДІТЕЙ

Обушко О.Р., Обушко У.Р.

Науковий керівник к.мед.н. Турова Л.О.,
Кафедра клінічної імунології, алергології з секцією медичної генетики
Завідувач кафедрою д.мед.н., професор Курченко А.І.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м.Київ, Україна

Вступ: синдром Жильбера – генетична патологія, що обумовлена дефектом кліренсу білірубіну через кон'югуючий фермент печінки (фаза II), відомий як УДФ-глюкуронілтрансфераза, який кодується геном UGT1A1.

Мета: на основі фенотипового прояву та генетичних варіацій пацієнтів з синдромом Жильбера показати особливості діагностичного пошуку хвороби як мультисистемного розладу у дітей.

Матеріали та методи дослідження: Проведений аналіз супутньої генетичної патології на фоні синдрому Жильбера з використанням всевітньо відомих баз даних GWAS (Genome Wide Association Study) каталог і NCBI (The National Center for Biotechnology Information), та інші. В роботі були використані молекулярно-генетичне ДНК обстеження.

Результати: Клінічний випадок №1: Пацієнт М., 2018 р.н. зі скаргами на знижену масу тіла, особливості психо-моторного, мовного і фізичного розвитку, м'язеву слабкість, часті болі в ніжках, порушене травлення та вздуття, часті прояви atopії. Дитина часто хворіє на ГРВІ, аденоїдити, втрачає вагу і важко відновлюється. Перинатальний, неврологічний та генетичний анамнези обтяжені. Спостерігається неврологом з діагнозом: Розлад розвитку мови, експресивного компоненту. Неуточнені пароксизми сну, вірогідно доброякісні. Поведінкова інсомнія. Розлад рухів сну.

Фенотипово: стан пацієнта задовільний. Звернену мову розуміє, проте не відповідає, закритий до спілкування. На момент консультації плаксивий, стурбований. Мама жаліється на прояви агресії, які посилюлись. Має особливості феноту. Стигмальний. Диспропорційна будова тіла. Привідкритий рот і висунутий язик (зафіксовано також ортодонтом). Візуалізуються ознаки дисплазії сполучної тканини, вальгусна постава, пупкова кила, що потребує спостереження. Коротка шия, вузька грудна клітина. Великий роздутий живіт (зі слів батьків та огляду фото, які надали батьки – спостерігається з народження). Дитина астеничної статури, має дефіцит маси тіла.

Дитина має порушення генів другої фази детоксикації, які обов'язково потрібно враховувати, особливо при призначенні фармакологічних препаратів, проте батьки відмовились від інтерпретації. Пацієнт має виявлені генетичні особливості ДНК панелі в яку включені неврологічні та метаболічні порушення (оцінювалось 1769 генів для варіантів (генетичних змін), які пов'язані з генетичними захворюваннями. При співставленні тріо геномів (дитина – мати - батько) виявлені наявні як у дитини, так і у обох батьків поліморфні варіанти генів асоційовані як з неврологічною патологією, так із метаболічними порушеннями, зокрема: Ген UGT1A1 c.-41_-40dup (Non-coding) компаунд гетерозигота, патогенний.

Заключення: На основі проведеного клініко-генеалогічного, синдромологічного аналізу, фенотипових особливостей пацієнта, допоміжних методів обстеження, та враховуючи генетичний і метаболічний анамнез, можна зробити висновок:

Аналізуючи наукову літературу та особисті клінічні спостереження, можна констатувати, що, на розвиток метаболічних змін та патологічних процесів в організмі дитини вплинуло наявність досліджуваних генів, особливо домінуючих, які дитина успадкувала від обох батьків і під впливом кумулятивної полімерії різні домінуючі неалельні гени подіяли на одну і ту ж ознаку (метаболічні та неврологічні порушення і скелетна дисплазія) посилюючи її прояв (ступінь прояву залежить від кількості домінуючих алелів), а у пацієнта їх 10!

Діагноз основний: Спадкова хвороба обміну з нейророботичним синдромом. Асоційований з геном UGT1A1 синдром Жильбера, що зважаючи на складну гетерозиготність потребує клінічної та лабораторної диференціальної діагностики з синдромом Крігlera-Наджара II типу. Порушення вуглеводного та обміну нейротрансмітерів. Генетично обумовлений синдром скелетної дисплазії та сполучної ткани. Синдром мітохондріальної дисфункції. Порушення генів другої фази детоксикації ксенобіотиків.

Супутній: Дисфункція гепато-біліарної системи. Ферментативна дисфункція. Синдром підвищеної епітеліальної проникності кишківника. Синдром atopії. Вторинна кардіоміопатія. Гіперметропія слабого ст. обох очей. Порушення мікробного пейзажу слизової ротової порожнини і носоглотки. Порушення мікробного пейзажу кишківника?

Клінічний випадок №2: Пацієнтка Ю., 2014 р.н. звернулася на консультацію зі скаргами: на знижений апетит та прибавку в масі тіла, часті ацетонемічні кризи, atopії у вигляді висипань і набряків навколо анусу та статевих органів, специфічний запах від тіла, неоформлений стул.

Дитина має діагноз: целиакія типова з синдромом мальабсорбції та відставанням у фізичному розвитку (К.90.0). Дискенезія жовчовивідних шляхів. Метаболічна кардіоміопатія. Щелевидна миска обох нирок. Генетичний (завмерла вагітність, ендокринна, онко - та серцево-судинна і мультифакторіальна патологія) перинатальний та неврологічний та анамнези обтяжені.

Фенотипово: стан дитини на момент консультації задовільний. Стигмальна. Диспропорційна. Дитина має мофаноподібний фенотип, який відповідає раніше встановленому діагнозу. Візуалізуються ознаки дисплазії сполучної тканини, лікоподібна деформація грудної клітини, вальгусна постава, пупкова кила, що потребує нагляду. Шкірні покриви бліді, схильні до сухості. Периорбітальний ціаноз. Підшкірно-жирова клітковина розвинена слабо. Дитина астеничної статури, візуально тургор шкіри та м'язевий тонус знижені. На обличчі в області міжбрів'я – невис достатніх розмірів. Сог і pulmo потребують візуального огляду. Стілець - часто не оформлений. Сечовипускання (зі слів батьків) на момент консультації без патологічних особливостей. Дитина має порушення генів першої та другої фази детоксикації, які обов'язково потрібно враховувати, особливо при призначенні фармакологічних препаратів, та виявлені генетичні особливості ДНК панелі в яку включені як метаболічні порушення так і панель «моногенний діабет ДНК панель (оцінювалось 1842 генів для варіантів (генетичних змін), які пов'язані з генетичними захворюваннями.

За результатами дослідження виявлено 28 патологічних змін, з них найбільш вагомими винесені у діагноз в тому числі і синдром Жильбера.

Висновки: Знання клінічної генетики, метаболоміки та ДНК діагностики допомагають лікарям спрогнозувати і виключити ймовірність пізньої маніфестації не тільки синдрому Жильбера, а будь-якого патологічного процесу. Дають можливість розробити клінічні рекомендації на основі персоналізованих даних з використанням індивідуально розробленої дієтотерапії та схеми використання безпечних лікарських засобів.

Ключові слова: синдром Жильбера, глюкоронілтрансфераза, генотип, фенотип.

ІМУНОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АТОПІЇ У ДІТЕЙ

Пасічник Б.О.

*Науковий керівник к.мед.н. Турова Л.О.,
Кафедра клінічної імунології, алергології з секцією медичної генетики
Завідувач кафедрою д.мед.н., професор Курченко А.І.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м.Київ, Україна*

Вступ: для кращого розуміння патогенезу будь-якої atopічної реакції організму необхідні дані не лише метаболічного та алергічного обстеження, а й особливості генетичної схильності.

Атопію розглядають як мультифакторіальну патологію, в розвитку якої беруть участь не лише окремі поліморфні локуси, але й взаємозв'язок генних мереж з факторами зовнішнього середовища.

Мета: проаналізувати сучасні дослідження за останні 5 років у популяціях різних країн щодо генетичних асоціацій та епі-генетичного впливу на розвиток atopічних хвороб, власні дослідження генів системи першої та другої фази системи детоксикації, генів, що регулюють імунну відповідь та системи головного комплексу гістосумісності класу II (HLA-DRA та -DQB1) у пацієнтів з atopічним синдромом в анамнезі та розробити прогностичну модель на основі персоналізованих генетичних варіацій.

Матеріали і методи: проведений аналіз генів-кандидатів бронхіальної астми (БА), atopічного дерматиту (АД), алергічного риніту (АР), харчової алергії (ХА), гіперчутливості на лікарські засоби (ЧЛЗ), полінозу (П), рівень імуноглобуліну Е (IgE). Як пошукову систему було застосовано PubMed. Інформацію про генетичні варіації використовували із всесвітньо відомих баз даних, таких як GWAS (Genome Wide Association Study) каталог та NCBI (The National Center for Biotechnology Information).

Результати: щоб оцінити рівень генетичної схильності людини (висока, низька чи середня), використовують показник р-значення. Чим він менший, тим більше ген має вплив на прояв тієї чи іншої ознаки. На основі спеціально розробленої біоінформативної програми, аналізували показники р-значення для кожного поліморфізму і порівнювали їх із даними проекту 1000 Genome Project. Біоінформатичні розрахунки проводилися за описаними методами: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410663/> модель математичного програмування за допомогою штучного інтелекту – нейронно-генетичних мереж.

Висновок: взявши до уваги сучасні та власні дослідження, можна зробити висновок, що поліморфізм окремих генів та генних мереж впливає на розвиток atopії. До посилення реалізації генетичної схильності ведуть несприятливі фактори середовища та порушений біоценоз кишківника, слизових та шкіри. Отримані дані поглиблюють уявлення про багатфакторність етіології і поліморфізм патогенетичної структури atopії.

Рання молекулярна ДНК діагностика, знання особливостей функціонування мікробіому допоможе лікарям прогнозувати перебіг захворювання, проводити своєчасну профілактику та виключити ймовірність пізньої маніфестації симптомів atopії.

Ключові слова: atopія, біоінформативна програма, поліморфізм патогенетичної структури

ВИПАДОК ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ, АСОЦІЙОВАНОГО З АСПІРАЦІЄЮ СТОРОННІМ ТІЛОМ У ДИТИНИ

Почтарьова П.А., Кись М.О.

*Науковий керівник: к.мед.н. доцент Клець Т.Д.
Кафедра педіатрії №4
Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Мітюряєва-Корнійко І.О.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м.Київ, Україна*

Вступ: аспірація сторонніх тіл у дихальні шляхи частіше зустрічається у дітей у віці від 1,5 до 3 років. При цьому сторонні тіла у переважній більшості потрапляють до правого головного бронху через його більш вертикальну орієнтацію. І саме вчасно не діагностована аспірація органічними частинками призводить до розвитку грануляцій, що веде до гострого обструктивного бронхіту та пневмонії. Клінічна картина характеризується 3 етапами: періодом гострих проявів, благополуччя та наслідків з виникненням ускладнень.

Мета: провести аналіз клінічного випадку гострого обструктивного бронхіту, асоційованого зі стороннім тілом в бронху у дитини, підкреслити важливість уважного ставлення та контролю з боку батьків, акцентувати увагу на необхідності спостереження в динаміці при захворюванні та потребі ранньої діагностики стороннього тіла в дихальних шляхах для попередження розвитку ускладнень.

Опис клінічного випадку: до лікаря звернулася мати хлопчика 1,5 років зі скаргами у дитини на частий сильний кашель, нежить, підвищення температури тіла до 37,5°C. Сатурація (SpO₂) 98%, ЧД 26/хв, аускультативно дихання жорстке, наявні свистячі дрібнопухирцеві хрипи. Дитина двічі хворіла на гострий бронхіт. На основі клінічних даних встановлено діагноз:

Гострий обструктивний бронхіт, ДН0. Було призначено лікування: інгаляції з пульмікортом (будесонід), зволожуючі краплі для носа, деконгестанти, симптоматичне лікування (при гіпертермії вище 38°C - парацетамол). Стан дитини покращився через 3 дні, кількість хрипів зменшилась, SpO₂ 98%. На 6-ий день підвищилася температура тіла до 38°C, з'явилося стогнуче дихання, задишка, тахікардія, посилюється кашель. Аускультативно: збільшилась кількість дрібропухирцевих хрипів. SpO₂ (домашній пульсоксиметр) – 92%. Дитина була госпіталізована з підозрою на пневмонію. В загальному аналізі крові незначний лейкоцитоз із нейтрофільним зсувом вліво. На рентгенограмі позитивний симптом Гольцкнехта — Якобсона справа (зміщення середостіння в бік ураження), звуження міжреберних проміжків справа, затемнення в нижньому сегменті правої легенеї - ознака сегментарної пневмонії, що є діагностичними критеріями аспірації стороннього тіла в бронх. Після появи підозри на стороннє тіло правого бронха та уточнення даних анамнезу мати згадала, що за тиждень до захворювання хлопчик під час їжі сильно закашлявся, спостерігалась разова блювота. Кашель зник, до лікаря не звертались. Для уточнення наявності стороннього тіла в дихальних шляхах була проведена бронхоскопія, за результатами якої проміжний бронх на рівні розвилки обтурований стороннім тілом (фрагмент курячої кістки з грануляціями по краях), стороннє тіло видалено, в нижніх відділах помірна кількість гнійного мокротиння. Після проведеної бронхоскопії було продовжено антибактеріальне та симптоматичне лікування пневмонії, стан дитини швидко покращився.

Висновки: даний клінічний випадок демонструє важливість вчасної діагностики аспірації стороннім тілом в бронхах у дітей для попередження розвитку ускладнень, таких як бронхіт та пневмонія, а також акцентує увагу на необхідності динамічного спостереження за пацієнтом при захворюванні. Значущим є інформування батьків щодо контролю за дитиною під час прийому їжі та ігор і пильного ставлення до симптомів, що можуть бути пов'язані з аспірацією стороннього тіла в дихальних шляхах задля вчасного звернення до лікаря. Також лікарям важливо пам'ятати про вищий ризик розвитку аспірації у дітей, ніж у дорослих, через анатомо-фізіологічні особливості дихальної системи.

Ключові слова: аспірація, бронхіт, бронхоскопія, пневмонія, стороннє тіло

КОМУНІКАЦІЯ МІЖ ЛІКАРЕМ ТА ПАЦІЄНТОМ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ СТУДЕНТІВ НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Пошук П.Є., Федоренко М.

Науковий керівник: к.мед.н, доцент Гнилокурченко Г.В.

Кафедра педіатрії № 4

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Мітюряєва-Корнійко І.О.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

м.Київ, Україна

Вступ: комунікація між лікарем та пацієнтом має важливе значення, адже правильно побудована структура бесіди, що відбувається під час прийому, дозволяє сформувати довіру до медичних працівників, створити умови для успішного лікування, якнайшвидшого одужання пацієнта, зниження кількості ускладнень, а також позитивного сприйняття лікаря та медичної установи шляхом мінімізації потенційних невдоволень та непорозумінь. Побудова належного плану консультації формує основу порозуміння між лікарем та пацієнтом з метою досягнення необхідного результату лікування.

Мета: встановити найважливіші аспекти комунікації між лікарем та пацієнтом на думку студентів НМУ імені О.О. Богомольця шляхом проведення опитування.

Матеріали та методи: у дослідженні здійснено аналіз 38 анкет студентів 1 курсу (група А) та 40 анкет студентів 6 курсу (Група Б) щодо комунікації лікаря з пацієнтом під час прийому. Загалом у даній роботі проаналізовано 78 анкет здобувачів вищої медичної освіти.

Результати. На запитання: «На прийомі мені важливі»:

- мова, якою спілкується лікар (українською або російською) – 18 студентами з групи А (46,8%) та 22 студентами з групи Б (55%) вказано про важливість спілкування українською мовою;
- охайний зовнішній вигляд лікаря та медсестри надано позитивну відповідь 26 опитуваними з групи А (67,6%) та 30 опитуваними з групи Б (75%);
- наявність індивідуальних захисних засобів (медична маска, рукавички) 19 здобувачами з груп А (49,6%) та Б (47,5%) надано відповідь «Так»;
- дезінфекція рук лікаря перед початком огляду пацієнта – 29 студентами з групи А (75,4%) та 32 студентами з групи Б (80%) повідомлено про необхідність здійснення вказаної процедури;
- щоб під час прийому лікарем не велись бесіди по телефону, що не стосуються огляду – 23 опитуваними з групи А (59,8%) та 24 опитуваними з групи Б (60%) надано стверджувальну відповідь;
- професійні якості лікаря надано позитивну відповідь 29 здобувачами з групи А (75,4%) та 27 здобувачами з групи Б (67,5%);
- щоб під час огляду не заходили інші лікарі, медсестри або пацієнти – 17 студентам з групи А (44,2%) та 12 студентам з групи Б (30%) конфіденційність відіграє значну роль під час прийому.

На запитання «Чи важливо для мене мати змогу висловити лікарю свої занепокоєння та очікування» здобувачами вищої медичної освіти обрано наступні варіанти відповіді:

- «Так, вважаю це найголовнішим на прийомі» вказано 17 представниками групи А (44,2%) та 15 представниками групи Б (37,5%);
- «Добре, якщо мені вдається висловити своє занепокоєння» вважають 13 опитуваних з групи А (33,8%) та 12 опитуваних з групи Б (30%);
- «Лікар сам побудує спілкування так, щоб я зміг висловити свої занепокоєння та очікування» обрано 6 студентами з групи А (15,6%) та 8 студентами з групи Б (12,5%);

- «Для мене головне, щоб був визначений правильний діагноз, незалежно від моїх відчуттів» зазначено 2 представниками групи А (5,2%) та 4 представниками групи Б (10%).

Висновок: враховуючи результати анкетування, на думку опитаних студентів НМУ імені О.О. Богомольця, при створенні першого враження пацієнта щодо лікаря важливу роль відіграють професійні якості лікаря, дезінфекція лікарем рук перед початком огляду, а також охайний вигляд медичного персоналу. Водночас можливість висловлювання пацієнтом власних занепокоєнь та очікувань також слугує важливою та невід'ємною складовою формування позитивного сприйняття медичної консультації.

Ключові слова: комунікація, анкетування, студенти НМУ

ВИКЛИКИ В ДИТЯЧІЙ ОНКОПСИХОЛОГІЇ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Пушкаренко В.С.

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

Кафедра дитячих хвороб

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Горленко О.М.,

Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

м.Ужгород, Україна

Вступ: починаючи з 24 лютого 2022 року кожна дитина в нашій країні усвідомила, що в її житті з'явилися нові поняття, серед яких "повітряна тривога", "бомбардування", "війна". Діти, які проходять лікування від онкозахворювань змушені були тижнями разом з усією медичною командою та батьками ховатися в підвалах, сховищах лікарні, щоб зберегти свої життя. На сьогодні не існує безпечної зони над цілою країною, оскільки постійно здійснюються як ракетні удари так і авіанальоти.

Мета роботи: представлення короткого огляду ключових складників, які допомогли психологам та клієнтам (онкохворим дітям і їх сім'ям) прожити перші і дуже страшні хвилини, години, тижні повномасштабної війни в Україні.

Матеріали і методи: створена онлайн-супервізійна група з 10 дитячих онкопсихологів, що працюють в клініках по всій Україні. Після початку повномасштабного вторгнення онлайн-група стала місцем обміну життєвоважливою інформацією і підтримки: від повідомлень "я жива" до інформації про переїзд в безпечне місце, психологічну допомогу собі та дітям. На 4-му тижні війни було створено анкету, що дозволяє зібрати оперативну статистику діяльності онкопсихологів; показники самопочуття та методів стабілізації власного емоційного стану; ефективні методи психологічної допомоги дітям в часі війни.

Результати: до повномасштабного вторгнення психологічна допомога надавалась 187 онкохворим дітям і 115 батькам. Після - 82 та 32 відповідно. Кризову психологічну допомогу отримало 85% дітей та їх батьків.

Станом на жовтень 2022 року всі опитані психологи залишаються в Україні; 70% разом з родинами залишили свій дім, переїхавши до більш безпечніших (умовно) міст. Перші стани в порядку спадання у дорослих: уповільнення, ступор ($60\% \pm 3,2$); заперечення ($60\% \pm 3,2$), усвідомлення жаху подій ($50\% \pm 3,0$); злість ($20\% \pm 3,5$); страх, глибокий сум незворотності ($20\% \pm 3,5$). У дітей: злість ($50\% \pm 3,0$), страх ($43\% \pm 3,4$), сум за домом, рідними ($20\% \pm 3,5$). Найбільш ефективні кроки самопомогі до самостабілізації у психологів: контакт з рідними, дихальні практики, розробка плану на різні випадки, активно включена ідентичність психолога; у дітей: арт-техніки для вивільнення емоцій, встановлення частого підтримуючого контакту всіма можливими способами з дорослими.

За оцінками психологів приблизно 77% дітей та їх родин було евакуйовано в інші країни для продовження лікування (що було основним страхом в батьків). На сьогодні відомо про втрати серед онкохворих дітей у кількості 2 дитини та відсутній зв'язок з 21 дитиною, що проживають на окупованій території. Робочий час психолога безпосередньо контактних консультативних годин з онкохворими дітьми на сьогодні складає в середньому - 2,5 год. часу на день та ще 5 год. часу для іншої категорії клієнтів. Всі психологи відмітили, що сфера діяльності розширилась: допомога дорослим та дітям, що зазнали наслідків від бойових дій; підтримка лікарів; робота з батьками, що втратили дітей; волонтерство, групи самопідтримки.

Висновки: онкологія це завжди виклик як для батьків, так і для дітей, це зміна звичного способу життя, невизначене майбутнє. Бути онкологічним хворим під час війни - це подвійне навантаження, подвійне випробування на стресостійкість, резильєнтність де важливу роль грає підтримка дорослого. Однак, війна не має скасувати життя, а особливо в тих дітей які вже ведуть персональну боротьбу за нього.

Ключові слова: війна, діти, онкологія, онкопсихолог, психологічна допомога.

ІМУНОГЕНЕТИЧНИЙ ПОРТРЕТ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ

Римарович Н.В.

Науковий керівник к.мед.н. Турова Л.О.,

Кафедра клінічної імунології та алергології з секцією медичної генетики

Завідувач кафедрою д.мнд.н., професор Курченко А.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ: вроджені вади розвитку (ВВР) – складна соціально-економічна проблема суспільства. Заданими ВООЗ, 240 000 новонароджених помирають щороку у світі протягом першого місяця життя через вроджені вади. Від 30-50% з них обумовлюють смертність у постнатальному періоді вцілому. В Україні за останні 5 років частота вроджених вад зросла на 2,84%, а за останні 25 років на 59,5%! Крім того, ВВР займають перше місце серед причин невідкладних станів у неонатальному періоді.

На сьогодні, завдяки поширенню використання молекулярно-генетичних досліджень, виявлено достатньо генетичних варіацій, що викликають синдромальні форми та вдалося провести асоціативні зв'язки із несиндромальними випадками вроджених дефектів. Досліджуються гени-кандидати, що асоціюються і з процесами: запалення, загосення, та впливають на реабілітаційний потенціал пацієнтів після хірургічних і ортодонтологічних втручань. Ця тема набуває особливої актуальності в Україні на фоні війни, так як імуногенетичний портрет пацієнта перед інвазивним втручанням будь-якого виду, допоможе визначити правильну тактику лікування та стане предиктором ефективності реабілітації.

Мета: на основі сучасних наукових досліджень та власних клінічних спостережень показати особливості фенотипового прояву та діагностичного пошуку, терапевтичного і реабілітаційного потенціалу пацієнтів з урахуванням імуногенетичних предикторів, що обумовлюють реабілітаційні можливості та ймовірність ускладненого перебігу після виконання хірургічних втручань. Надати варіанти вирішення на основі персоналізованого генетичного портрету і сучасних інноваційних рішень клітинної терапії.

Матеріали та методи: в роботі були використані клініко-генеалогічний, синдромологічний, молекулярно-генетичний методи. З метою виконання поставленого завдання було проведено пошук та аналіз статей, що відповідали заданій темі. Відповідні дослідницькі статті були виявлені за допомогою систематичного пошуку наукових баз даних, зокрема PubMed, Scopus, Science Direct і Scisus та проаналізовані з точки зору результатів, методології та обмежень дослідження. Також було виконано аналіз клінічних даних, проведено медико-генетичне консультування.

Опис випадку: на консультацію звернулася пацієнтка А., 15 років, 2008 року народження. Спадковість, зі слів матері та супровідної медичної документації, не обтяжена. Проте, під час розмови було вказано, що: батько – проходив службу на підводному човні, де мав справу з радіоактивними речовинами, має шкідливі звички, а мати під час вагітності мала контакт з фарбами. Бабуся по лінії тата має виражену неврологічну симптоматику та загальні фенотипові прояви з пацієнткою.

Діагноз при виписці з пологового: вроджене повне двобічне незрошення верхньої губи, носу, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння. Відкрите овальне вікно. Дитина була консультована і неодноразово прооперована у відділенні пластичної і реконструктивної мікрохірургії НДСЛ «Охматид» з приводу: вроджене незрошення верхньої губи, альвеолярного відростка твердого і м'якого піднебіння. Асиметрія обличчя. Значна протрузія міжщелепної кістки. Синдром Вандермеєра.

Було виконано у 2008 лівостороння хейлоринопластика. Через 2 місяці у 2008 правостороння хейлоринопластика. У 2009 р. – ураностафілопластика. У 2013р. визначалося: малий верхній пристінок рота, дефект твердого піднебіння переднього відділу. Двостороннє незрошення альвеолярного відростка. На шкірі нижньої губи 2 свищевих ходи. Перехресний прикус. Синдром Вандермеєра. У тому ж 2013 р. видалення свищів нижньої губи та пластику верхнього пристінку порожнини рота.

Скарги: на момент консультації скарги на порушення функцій жування, вживання їжі, мовлення, біль у ділянці ясен, зубів, піднебіння нижньої щелепи. Часті серцебиття, головокружіння, панічні атаки.

Об'єктивно: Обличчя асиметричне, ніс асиметричний. в області верхньої губи післяорперативний рубець. Виявлено малий верхній пристінок рота, дефект твердого піднебіння переднього відділу, двостороннє незрошення альвеолярного відростка, перехресний прикус. Крім основного діагнозу, пацієнтка має коморбідні стани, які необхідно враховувати при наданні медичної допомоги. Зараз проходить обстеження.

Був підтверджений **Діагноз:** дефект твердого піднебіння переднього відділу. Двостороннє незрошення альвеолярного відростка. Перехресний прикус.

Суттєвий діагноз: Синдром Вандермеєра. Синдром дисплазії сполучної тканини. Сколіоз. Пропалс мітрального клапана.

Електрокардіографія: переважання біопотенціалів ЛШ. Міграція водія ритму по передсердям.

Ехокардіографія: пролапс мітрального клапана І ст. Дистонія хорди мітрального клапану.

Пацієнтці були запропоновані інноваційні методи діагностики на основі яких розроблені персоналізовані рекомендації щодо подальшої тактики лікування та реабілітації.

Висновки: Кожна патологія має свій генетичний та метаболічний портрет. У пацієнтів з вродженими вадами розвитку зростає тяжкість основного захворювання та погіршується прогноз, що необхідно враховувати при діагностиці та лікуванні. Такі патологічні стани потребують значного збільшення медичних ресурсів, їх лікування вимагає мультидисциплінарного підходу з урахуванням імуно - та фармакогенетичного, метаболічного портрету, що корелюють з можливістю та ефективністю реабілітаційного потенціалу даної категорії пацієнтів.

Ключові слова: вроджені вади розвитку, генетичний та метаболічний портрет

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19 У ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Романчук Л.І.

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

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Завідувач кафедри д. мед. н., професор Колоскова О.К.

Буковинський державний медичний університет

м. Чернівці, Україна

Вступ: коронавірусна інфекція COVID-19 стала одним з наймасштабніших викликів сучасності за останні десятиліття. Вірус гострого респіраторного синдрому (SARS) виник ще у 2002 році у провінції Гуандун, Китай, а починаючи з 2019 року пандемія коронавірусної інфекції COVID-19 поширилася світом і стала причиною летальності різних вікових груп населення.

Мета: встановити амністичні та епідеміологічні особливості перебігу захворювання у дітей різних вікових категорій, лабораторно підтверджених випадків SARS-CoV-2.

Матеріали і методи: спостереження проводились на базі інфекційних відділень ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» у період 2020-2022 рр. Верифікація збудника відбувалась за допомогою полімеразної ланцюгової реакції зі зворотною транскриптазою, використовувались статистичні карти пацієнтів. Дослідження проводилось з дотримання етичних норм.

Результати: За період спостереження було обстежено 346 пацієнтів, питома частка хлопчиків склала 52,6 %. З сільської місцевості 64,7 % пацієнтів потребували госпіталізації, натомість кількість хворих містян склала 34,6 %. У 31,5 % найчастіше інфікувались діти старшого шкільного віку, 21,4 % дітей молодшого шкільного віку госпіталізувались до інфекційного стаціонару, дошкільнята хворіли у 15,3 % випадків, тоді як частка дітей грудного віку склала 19 %. Щодо періоду новонародженості, то тільки 1,4 % пацієнтів консультувались лікарями інфекційного профілю.

Встановлюючи епідеміологічний ланцюг поширення коронавірусної інфекції COVID-19 у дітей Чернівецької області, нами встановлено, що джерелом у 59,5 % випадків була родина, 34,7 % пацієнтів не могли пов'язати своє захворювання з контактом з іншими інфікованими і тільки 4,9 % пацієнтів вказали на колектив, як джерело COVID-19. Госпіталізація пацієнтів до стаціонару відбувалась на $4,4 \pm 0,25$ день захворювання.

Висновки: Встановлено, що найчастіше гострою респіраторною хворобою COVID-19 хворіли підлітки, що ймовірно пов'язано з активними соціальними контактами даної вікової групи. Джерелом інфікування для всіх пацієнтів були члени родини (59,5 %), у яких лабораторно було підтверджено SARS-CoV-2.

Ключові слова: коронавірусна інфекція, COVID-19, діти, епідеміологія, полімеразна ланцюгова реакція

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ТА РОЗРОБКА МАРШРУТУ ПАЦІЄНТА З БРОНХІОЛІТОМ

Рудан К.В.

Науковий керівник к.мед.н. доцент Богуцька Н.К.

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Завідувач кафедри д. мед. н., професор Колоскова О.К.

Буковинський державний медичний університет

Обласне комунальне некомерційне підприємство «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня»

м. Чернівці, Україна

Вступ: бронхіоліт - це захворювання нижніх дихальних шляхів, яке зазвичай вражає дітей віком до 2 років. Актуальність проблеми менеджменту бронхіоліту пов'язана не лише з можливим тяжким перебігом та ускладненнями, що потребують госпіталізації та більш інтенсивного лікування, але й зі значною поширеністю. За даними когортних лонгитудинальних досліджень частка звернень по невідкладну допомогу, спричинену бронхіолітом, коливається від 3 до 38%, щорічний рівень захворюваності, що має сезонний характер, становить приблизно 3,2% для дітей до 2-х років, однак при стабільних рівнях захворюваності та смертності зростає частка госпіталізацій у відділення інтенсивної терапії (ВІТ). У процесі створення маршруту пацієнта доцільно враховувати коморбідності та фонові фактори ризику пацієнта, необхідність постійного моніторингу за тяжкістю стану та його динамікою, потребу в індивідуалізації та координації підходів до лікування, забезпеченні етапності, важливо раціонально використовувати діагностичні процедури. Отже, питання менеджменту та розробки маршруту пацієнта з бронхіолітом є актуальними.

Мета: метою розробки маршруту пацієнта з бронхіолітом є забезпечення ефективної та безпечної медичної допомоги, покращення результатів лікування та зменшення можливості виникнення ускладнень на різних етапах надання допомоги, тому вважали за доцільне здійснити попередню оцінку ведення госпіталізованих пацієнтів із бронхіолітом.

Матеріали та методи: у групу дослідження (1-а група) увійшло 28 дітей із заключним діагнозом бронхіоліт. Порівняльну другу групу склали 90 пацієнтів з іншими гострими респіраторними захворюваннями (ГРЗ): назофарингіт, гострий бронхіт, гострий обструктивний бронхіт, гострий бактеріальний трахеобронхіт, гострий тонзилофарингіт тощо. Критерієм виключення був діагноз пневмонія. Вік госпіталізованих із бронхіолітом дітей знаходився в межах 0,5-24 міс, усі діти народились доношеними. Середній вік дітей групи порівняння, які хворіли на інші ГРЗ, становив $12,5 \pm 10,7$ міс (min-max: 0,5-57, $p < 0,01$). За статтю групи не різнились.

Результати: пацієнти, хворі на бронхіоліт, поступали в стаціонар на $2,8 \pm 1,8$ день хвороби проти $4,0 \pm 3,4$ день при інших ГРЗ ($p > 0,05$). Тривалість госпіталізації дітей 1-ї клінічної групи становила $9,9 \pm 3,8$ днів (min-max: 4-20) проти $6,8 \pm 2,5$ днів (min-max: 2-14, $p < 0,01$) у обстежених дітей із іншими ГРЗ. Тривалість хвороби у днів істотно не відрізнялась у дітей обох груп порівняння і становила $12,5 \pm 4,1$ днів (min-max: 7-24) у 1-й групі проти $10,7 \pm 4,7$ днів (min-max: 3-30, $p > 0,05$) в дітей, хворих на інші ГРЗ. Маршрут пацієнта повинен передбачати оптимальний моніторинг стану дитини, включаючи оцінку клінічних симптомів, динаміку пульсоксиметрії, спостереження за диханням та іншими вітальними показниками, а також використання спеціальних шкал для оцінки тяжкості стану. Тяжкий стан при поступленні у пацієнтів із діагнозом бронхіоліт констатували у 17,9% випадків проти 2,2% у дітей з іншими ГРЗ. В процесі лікування 33,3% дітей з бронхіолітом були переведені з ВІТ, серед дітей з іншими ГРЗ ця частка становила 3,3%. При поступленні частота дихань становила $47,7 \pm 5,8$ на хв (min-max: 38-68) проти $36,7 \pm 6,4$ на хв (min-max: 32-55, $p < 0,01$), сатурація $91,2 \pm 8,1\%$ (min-max: 74-98) проти $95,8 \pm 2,0\%$ (min-max: 92-99, $p < 0,08$) в дітей 1-ї та 2-ї клінічних груп відповідно. Додаткова киснева терапія за бронхіоліту рекомендована при $SpO_2 < 90\%$ під час неспання або $< 88\%$ під час сну впродовж > 20 сек. Шумне дихання на момент поступлення відзначалося у 64,3% дітей із бронхіолітом проти 4,4% у пацієнтів з іншими ГРЗ. У 33% пацієнтів, хворих на бронхіоліт, та у 26,7% хворих на інші ГРЗ при первинному огляді спостерігались тракції грудної клітки. Під час стаціонарного лікування лише у 10,7% дітей із бронхіолітом відзначалася гіпертермія, а у 75% випадків температура не підіймалася вище субфебрильних значень. Особливу увагу слід приділити раціональному використанню медикаментів відповідно до клінічних рекомендацій та результатів діагностики, з уникненням необґрунтованого призначення антибіотиків, що може сприяти розвитку антибіотикорезистентності. До госпіталізації діти, хворі на бронхіоліт, отримували антибіотики у 7% випадків, а на етапі стаціонарного лікування – у 61%, причому у 18% випадків два антибіотики, тривалістю $7,5 \pm 2,6$ днів. Загалом діти з бронхіолітом отримували антибіотики впродовж

8,0±3,0 днів проти 6,4±2,0 днів ($p<0,02$) у групі пацієнтів з іншими ГРЗ. Рутинне рентгенологічне та лабораторні дослідження не рекомендовані у випадку діагнозу бронхіоліт. Дійсно, у групі дітей з бронхіолітом у зіставленні з групою пацієнтів, хворих на інші ГРЗ, істотних відмінностей в лабораторних показниках не спостерігалося: абсолютна кількість лейкоцитів становила 10,3±4,1 проти 10,2±5,4 Г/л, абсолютна кількість нейтрофілів – 4,7±2,3 проти 5,2±4,4 Г/л, швидкість осідання еритроцитів 4,4±2,1 проти 5,4±3,7 мм/год ($p>0,05$), анемія відзначалася у 3,7% пацієнтів з бронхіолітом та у 22,2% дітей з іншими ГРЗ. У першій групі зсув лейкоцитарної формули вліво відмічався у 25%, лейкоцитоз у 57,1%, нейтрофіліоз у 39,3% пацієнтів. Рентгенологічне дослідження грудної клітки здійснено 43% хворим на бронхіоліт. Під час лікування дітей 1-ї групи не використовували монтелукаст, кортикостероїди, фізіотерапію, інгаляції з гіпертонічним розчином натрію хлориду, адреналіну, рутинні інгаляції із салбутамолом тощо. У половині випадків у 1-й групі дітям здійснювали інфузійну терапію, її тривалість становила 3,5±3,0 днів при бронхіоліті проти 1,9±1,2 днів при інших ГРЗ ($p<0,01$). Моніторинг за ознаками погіршення стану дитини (летаргія, значне браді- або тахіпноє, погана перфузія, прогресуюча гіпоксемія) під час лікування у стаціонарі дозволяє не допустити значних ускладнень.

Висновки: за даними дослідження за однакової тривалості хвороби, тривалість госпіталізації хворих на бронхіоліт більша, діти частіше поступають у тяжкому стані, з вираженішими проявами респіраторного дистресу та частіше потребують переведення у ВІТ у порівнянні з іншими ГРЗ. Істотною проблемою при веденні пацієнтів із бронхіолітом є необґрунтоване призначення антибіотиків як на первинній ланці, так і, особливо, у стаціонарі. Також значній частці пацієнтів із бронхіолітом здійснюють нераціональні додаткові діагностичні рентгенологічні та лабораторні дослідження. Локальні протоколи ведення та маршрут пацієнта з бронхіолітом мають містити якнайменше втручань, а догляд за дитиною має передусім передбачати епідеміологічні заходи, підтримуюче лікування з позиціонуванням, частим відсмоктуванням, адекватною гідратацією/харчуванням (бажано ентральним) та додатковим кисневим забезпеченням при гіпоксемії.

Ключові слова: бронхіоліт, маршрут пацієнта, медична допомога.

СИНДРОМ РЕЙНО У ДІТЕЙ І КОВІД 19. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

¹Скорнякова Г.Р., ²Бардась Д.С.

Науковий керівник: проф. кафедри педіатрії №4 Чуриліна А.В.

¹Кафедра педіатрії №4

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф.. Мітюряєва-Корнійко І.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

²ПВНЗ «Київський медичний університет»

м.Київ, Україна

Вступ: коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) — це інфекція дихальних шляхів, спричинена новим вірусом SARS-CoV-2. Вірус SARS-CoV-2 має спайковий білок, який зв'язується з рецептором АПФ-2, що призводить до його входження в клітини організму. Головним чином він знаходиться на мембранах пневмоцитів II типу, ентероцитах тонкого кишківника, ендотеліальних клітинах артерій і вен, а також гладком'язових клітинах більшості органів. У наукових джерелах західних клініцистів все частіше зазначають можливість зв'язку COVID-19 з вторинним синдромом Рейно (CR), що є одним з проявів патологічних порушень мікроциркуляції. Синдром Рейно характеризується спазмом судин у кінцівках, який може призводити до болю або їх оніміння. Виділяють первинний синдром Рейно - як окреме захворювання і вторинний синдром Рейно - як прояв інших захворювань і станів (системна склеродермія, СЧВ, синдром Шегрена). За даними Фремінгемського дослідження, серед дорослого населення поширеність CR становить від 4,8 до 10% (9,6% у жінок та 8,1% – у чоловіків), а за відомостями деяких авторів досягає 20%, причому велику роль у цьому патологічному процесі відіграє спадковість – 15,6%.

Мета: дослідити випадок вторинного синдрому Рейно у дитини, яка перехворіла на коронавірусну інфекцію, розглянути особливості симптомів та ознак цього захворювання, описати процес діагностики та прогноз.

Матеріали і методи: лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, серологічне дослідження на антинуклеарні антитіла IgG), інструментальні методи обстеження (реоенцефалографія, ЕКГ, УЗД щитоподібної залози, коагулограма, капіляроскопія нігтьового ложа фаланг пальців верхніх та нижніх кінцівок).

Опис клінічного випадку: Дівчинка А., 15 років звернулася до ДКЛ №6 Шевченківського району м. Києва, після того, як перехворіла на ГРЗ.

З анамнезу життя відомо, що дитина народжена від 2 вагітності, 2 пологів. В терміні 40 тижнів. Оцінка по Апгар 8 балів. Пологи фізіологічні. Психічний розвиток відповідає віку. Щеплення зроблені за графіком. Алергологічний анамнез не обтяжений.

З анамнезу захворювання відомо, що пацієнтка хворіла на коронавірусну інфекцію 2 роки тому. Основні скарги: скарги на посилення пальців лівої ноги (I палець – синіє тільки коли дитина встає, II і III пальці – постійно синюшні, I палець правої ноги синіє, коли дитина встає). Симптоми з'явилися 2-3 місяці тому. Причина – невідома. Травми не було. Пальці не болять, не печуть, неприємні відчуття – відсутні, дитина їх відчуває. Коли в закритому приміщенні, мало кисню, вони синіють сильніше (зі слів дівчинки).

Загальний стан задовільний, маса 56 кг, зріст 184 см. ІМТ = 16,5, що свідчить про дефіцит маси тіла, дисгармонійний розвиток. Шкіра блідо-рожева, чиста. Підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Астенічної тілобудови. Лімфатичні вузли за змішаним типом. Слизова оболонка ротоглотки та мигдалики чисті, бліді. Кістково-м'язова система без особливостей. При огляді дихальної системи: носове дихання вільне, перкуторно: ясний легеневиий звук. Аскультативно дихання

везикулярне . При огляді серцево-судинної системи: межі серця відповідають віковій нормі. Серцеві тони звучні, ритмічні, АТ в нормі. При огляді травної системи: язик чистий , вологий . Живіт – не збільшений , м'який , безболісний , доступний до глибокої пальпації . Печінка біля края реберної дуги . Селезінка не пальпується . Стул та діурез норма .

За даними лабораторних обстежень: у загальному аналізі крові: еритроцити – $5,23 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін – 165 г/л, тромбоцити – $212 \cdot 10^9/л$, ШОЕ – 3 мм/год, лейкоцити – $5,5 \cdot 10^9/л$; біохімічний аналіз крові: загальний білок – 68,1 г/л, АЛАТ – 12,8 Од/л, АСАТ -17,5 Од/л, креатинін – 75,9 мкмоль/л, сечовина- 4,9 ммоль/л, білірубін- 12,3 мкмоль/л, глюкоза – 4,13 ммоль/л , АСЛЮ та СРБ негативні; загальний аналіз сечі: реакція – кисла, білок н/в, глюкоза н/в, відносна щільність сечі – 1027, епітелій-плоский в поодинокій к-ті, слиз присутній. Серологічне дослідження на антинуклеарні антитіла IgG (ANA Screen)= <0,2.

За даними інструментальних методів дослідження: реоенцефалографія : коефіцієнт асиметрії =14% , відповідає нормі; ЕКГ:Заключення :ритм синусовий , правильний , процеси реполяризації не порушені ;УЗД щитоподібної залози : патології не виявлено; Коагулограма: Підвищений тромбіновий час (ТЧ)23,7 при нормі 14-21, Д-Димер підвищений 0,68 при нормі <0,55.

Комп'ютерна капіляроскопія : при дослідженні нігтьового ложа фаланг пальців верхніх та нижніх кінцівок більшість капілярів неправильної форми (звивисті, S-подібної форми), наявна аваскулярна ділянка (менше 7 на 1 мм), деякі капіляри з периваскулярним набряком, наявні поодинокі «кущеподібні» капіляри. Це може відповідати синдрому Рейно, 2 ступеня.

Висновок: з урахуванням скарг пацієнтки, анамнестичних, лабораторних та інструментальних даних, капіляроскопії, можна поставити діагноз Синдром Рейно II ст. Прогноз залежить від перебігу основного захворювання.

Ключові слова: аутоімунна реакція , артеріоли , запалення, терапія , ускладнення.

«ТАЄМНИЦЯ» РОЖЕВОЇ ПЛЯШКИ МОЛОКА

Хакім К.М.

Науковий керівник:к.мед.н., доцент Копійка Г.К.,
Кафедра педіатрії №3 з післядипломною підготовкою
В.о. завідувача кафедри: к.мед.н. доцент Кравченко Т.Ю.
Одеський національний медичний університет,
м.Одеса, Україна

Вступ: грудне молоко може набувати рожевого кольору внаслідок колонізації *Serratia marcescens*, яка є доброякісною умовно – патогенною бактерією. Пофарбування місць колонізації бактерії в червоний колір відбувається внаслідок продукції пігменту продигіозину. Бактерії розмножуються у вологих місцях, як то: волога підлога у ванній кімнаті, пральні машини, раковини, тощо. Найчастіше *Serratia marcescens* потрапляє в зціджене грудне молоко через забруднені бактеріями пляшечки, при колонізації кухонних раковин, рушників, тощо. Літературні дані свідчать, що *Serratia marcescens* може бути збудником маститу у крупної рогатої худоби, а отже на сьогодні висувається гіпотеза про те, що дана бактерія потенційно може викликати розвиток маститу у жінок. В літературі описані лише поодинокі випадки інфікування грудного молока *Serratia marcescens*, а також не існує протоколів лікування та діагностики даного стану, що і обумовлює актуальність даного питання.

Мета: проаналізувати відомі можливі причини змін кольору грудного молока згідно даним літератури та за даними власного спостереження.

Матеріали та методи: клінічний аналіз випадку зміни кольору грудного молока на рожевий у жінки, що годує грудьми, на підставі власного спостереження.

Опис клінічного випадку: жінка, що годує грудьми 4х місячну дитину, звернулась зі скаргами на зміну кольору залишків грудного молока на предметах (рушник, деталі молоковідсмоктувача) на яскраво - рожевий через деякий час після їх використання. Інших скарг з боку матері та дитини не було.

Загальний педіатричний огляд визначив, що дитина на момент огляду є здоровою та має параметри розвитку згідно віку. Знаходиться на грудному вигодовуванні за потребою, а також з періодичністю один раз на добу отримує зціджене грудне молоко у зв'язку з короткочасним виходом матері на роботу. Огляд ротової порожнини дитини без патології. Прикладання до грудей матері перевірено, проблем не виявлено.

Груди матері оглянуті, зовнішніх змін та уражень не виявлено. З анамнезу тріщин сосків, запальних процесів, лактостазів – не було. Медикаменти мати не вживає. Протягом останнього місяця мають місце нерегулярні зціджування грудного молока за допомогою молоковідсмоктувача для забезпечення дитини молоком на період відсутності матері.

Запідозрений етіологічний чинник *Serratia marcescens*. Згідно даним літературних джерел не кожен випадок *S.marcescens* потребує антибіотикотерапії, а лише за наявності симптомів. Інші бактерії, наприклад *Pseudomonas*, також можуть виділяти рожевий пігмент, тому вкрай важливо провести посів грудного молока.

Проведений посів грудного молока, зібраного безпосередньо з грудей матері з дотриманням санітарних умов збору молока, а також залишків молока з молоковідсмоктувача, яке мало вже рожевий колір. За даними результатів висіву з грудного молока безпосередньо з грудей матері – висіяний епідермальний стрептокок у кількості менше ніж 103 . Висів з молока з молоковідсмоктувача – виявив *Serratia marcescens* у кількості більше ніж 105.

В данному випадку була обрана тактика очікування та спостереження в динаміці без специфічної терапії. Продовжена підтримка грудного вигодовування.

Висновки. Зміна кольору грудного молока завжди потребує уваги з боку лікаря, ретельного огляду як дитини, так і матері, а також проведення диференційної діагностики зі станами, які можуть загрожувати здоров'ю матері та дитини. Представлений клінічний випадок зміни кольору грудного молока за рахунок колонізації *S.marcescens* є досить рідкісним станом в педіатричній практиці та представляє професійний інтерес для педіатрів та сімейних лікарів.

Ключові слова: *Serratia marcescens*, грудне вигодовування, грудне молоко

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДИСПРАКСІЇ ТА МОТОРНОЇ АЛАЛІЇ У ДИТИНИ

Холоша О.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Гнилоскуренко Г.В.

Кафедра педіатрії №4

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Мітюрєва-Корнійко Інга Олександрівна

Національний університет імені О.О.Богомольця

медичний психолог Майстер К.Г.

ПП «Інститут проблем болю»

м.Київ, Україна

Вступ: диспраксія та моторна алалія є не лише медичною проблемою, а й соціальною. Діти з даним захворюванням мають труднощі в адаптації до навчальних закладів, комунікації, засвоєння матеріалу та фізичній активності. Поширеність пацієнтів із диспраксією у всьому світі становить 5% дітей шкільного віку, а моторної алалії - 2% серед дітей дошкільного віку.

Мета роботи: дослідити проблему діагностики диспраксії та моторної алалії у дітей дошкільного віку та встановити взаємозв'язок між раннім виявленням патології та ефективністю лікування.

Опис випадку: у хлопчика у віці 3 роки 4 місяці була діагностована моторна алалія, диспраксія рук і ніг, міоклонії за синання. Дитина погано говорила, вимовляла лише 1 склад з слів іменників, не використовувала дієслова, не могла довго зосереджувати увагу та тримати концентрацію. Зі слів мами у хлопчика у віці до року були перші слова-склади, в подальшому нові слова не з'являлися. Розвиток мови почав покращуватися тільки після того, як дитина почала ходити до дитячого садочка. Батьки помічали у хлопчика посмикування кінцівками під час сну. При обстеженні неврологом словарний запас оцінений в 50 слів. Натомість, хворий розумів звернену до нього мову в повному обсязі. При огляді не володів пальчиками. Добре взаємодіяв через гру, слідував за предметами, посміхався. Під час дослідження виявили, що біоелектрична активність головного мозку сформована відповідно віку, епілептичної активності не виявлено. Зі слів мами до цього віку на прийомах у педіатрів спеціалісти не бачали у такому стані проблеми, обґрунтовуючи це незрілістю нервової системи дитини. Через 1,5 років занять з нейропсихологом було досягнуто повного усунення моторної алалії: хлопчик має великий словниковий запас слів, добре рахує, підтримує діалог. Залишилися незначні прояви диспраксії.

Висновки: такі діагнози як моторна алалія, диспраксія рук та ніг можуть підлягати корекції у результаті ранньої діагностики та початку лікування. Тому, для педіатрів важливо вміти диференціювати ці діагнози та направити пацієнта до вузькопрофільного спеціаліста. За 1,5 років терапії у хворого були усунуті всі порушення, окрім залишкових явищ диспраксії та порушення координації.

Ключові слова: диспраксія, алалія, міоклонії, мовлення, діти.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КОНСТАТАЦІЇ СМЕРТІ МОЗКУ ДИТИНИ

Холоша О.О.

Науковий керівник: Ворончук К.В.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Ярославська С.М.

Національний університет імені О.О.Богомольця

м.Київ, Україна

Вступ. Для лікаря-реаніматолога однією з найскладніших критичних ситуацій є лікування пацієнта з пошкодженнями головного мозку, метою якого є збереження функціонування нейронів. Якщо це не вдається проводиться констатація смерті мозку та стає можливим трансплантація органів цього пацієнта. В Україні посмертне донорство є недостатньо розвинутою сферою, адже за даними Міжнародного реєстру трансплантації в Україні станом на 2022 рік на дану медичну процедуру погоджується лише 0,25 людей у розрахунку на мільйон населення.

Мета роботи. Дослідити процедуру констатації смерті мозку дитини, описати її критерії, наголосити на важливості посмертної трансплантології.

Опис випадку. Пацієнт Х., віком 8 років, був доставлений у відділення інтенсивної терапії у важкому нестабільному стані з діагнозом Гостре порушення мозкового кровоотуку; крововилив за геморагічним типом в басейні ПМА із формуванням інсульт гематоми, переважно у правій лобній долі ГМ та частковим розповсюдженням до міжпівкульної щілини, проривом до переднього рогу правого бічного шлуночку; САК; масивний набряк головного мозку. При огляді було встановлено кому, по FOUR 0б, по ШКГ 3б (E1 V1 M1). За першу добу спостерігався мідріаз, D=S, без фотореакції Шкірні покриви були тілесного кольору, теплі. Слизові рожеві, сухі. Температура тіла: в межах норми, дитина періодично потребувала зігрівання. Дихання: ШВЛ, параметри нормовентиляції, через інтубаційну трубку (FiO2 25%, Freq 14, PEEP 6, PC 11, PS 11, I:E=1:2.5). Аускультативно: дихання жорстке, проводиться в усі відділи, без хрипів. Гемодинаміка підтримується симпатоміметиками – норадrenalін- 1.4 мкг/кг/хв, дофамін- 7 мкг/кг/хв. САТ: більше 75 мм.рт.ст. АТ: чергування періодів гіпо- та гіпертензії. Темп діурезу: 7мл/кг/год. Баланс динамічний: - 730мл. Глікемія: 9 ммоль/л. За даними УЗД: невелика кількість вільної рідини у перикарді. Лабораторно: гіпернатріємія, гіпокаліємія, гіперхлоремія, КЛС компенсований, збільшена РаО2 (знижений FiO2), гіперглікемія 20 ммоль/л б/з (15ммоль/л капілярна), декомпенсована коагулограма (МНС 1.75, ПТЧ 25.1,

АЧТЧ 36.1). Була назначена терапія: морфін 10 мг\кг\год, антибіотикотерапія (цефтріаксон і ванкоміцин), симпатоміметики (норадреналін та дофамін відповідно до клінічної ситуації), корекція гіпернатріємії, глюкоза 1,3 мг\кг\хв, квател, актрапід ситуаційно, канавіт 10 мг. Відмічала негативна динаміка: кома III ст., відсутність самостійного дихання, атонія та арефлексія, гіпотермія до 35,0 С, декомпенсація коагулограми. На 6 день перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії, було прийнято рішення створення консилиуму для констатації смерті мозку дитини. Під час першого тесту апное тривалістю 8 хвилин були отримані такі результати: вихідний рівень PaCO₂: 41.6mmHg, рівень PaCO₂ після тесту:81.9mmHg. На 7 добу під час другого тесту апное тривалістю 7 хвилин було встановлено: вихідний рівень PaCO₂: 39.7mmHg, рівень PaCO₂ після тесту:81.0mmHg. На основі акту про констатацію смерті мозку дитини (відповідно до наказу МОЗ України від 09 листопада №2559) у пацієнта зафіксована смерть мозку. Був викликаний трансплант-координатор. Відповідно до порядку припинення активних заходів щодо підтримання життя пацієнта (Наказ МОЗ України від 09 листопада №2559 та наказ НДСЛ «Охматдит» МОЗ України від 30.07.2021 року №154) - зупинена ШВЛ, інфузійна терапія, ентеральне харчування. Констатована біологічна смерть пацієнта.

Висновки. У дітей клінічна смерть мозку констатується на основі наявності у пацієнта коми III ступеня встановленої етіології (3 бали за ШКТГ), результатів проведених двох тестів апное та додаткових методів дослідження за потреби. За згоди родичів такі пацієнти можуть стати посмертними донорами органів. Однак, згідно з чинним законодавством, донорами не можуть бути загиблі в зоні бойових дій, діти-сироти, невідомі особи та в'язні, іноземці. Ймовірно, при підвищенні обізнаності медичних працівників та їх кваліфікації щодо посмертного донорства кількість трансплантацій в Україні була б збільшена. Припинення підтримки життєдіяльності пацієнта зі смертю мозку є соціально важливо для можливої пересадки органів.

Ключові слова. Мозок, трансплантація, кома, апное, арефлексія.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІНФЕКЦІЇ ВИКЛИКАНОЇ SARS-CoV-2, ЩО СПРИЧИНИЛА ПЕДІАТРИЧНИЙ МУЛЬТИСИСТЕМНИЙ ЗАПАЛЬНИЙ СИНДРОМ (PMIS)

Чередніченко О.С.

Науковий керівник: Ізрінська Ю.Р.

Кафедра фундаментальних та медико-профілактичних дисциплін

Міжнародний Європейський університет

м. Київ, Україна

Вступ: мультисистемний запальний синдром (MIS-C) являє собою постінфекційне ускладнення помірно тяжкого або безсимптомного COVID-19, яке може з'явитися непередбачувано через декілька тижнів після хвороби. Смертність пацієнтів із K-ID, пов'язаною з COVID-19, становить 6,7% через тяжку серцеву недостатність, зупинку серця та стійку гіпотензію

Мета: проаналізувати клінічний випадок інфекції викликаної SARS-CoV-2 як системний патологічний процес з серцево-судинним ураженням.

Опис випадку: пацієнт у віці 1 рік і 9 місяців дитина контактувала з дітьми, і через 2 тижні у нього з'явилися респіраторні симптоми, кашель і температура. Дитина лікувалася вдома симптоматичними препаратами та антибіотиками протягом 5 днів, що призвело до повного зникнення захворювання. Не маючи жодних доказів COVID-19, приймаємо цей епізод «terminus suo», оскільки в пацієнта з'явилися ознаки та симптоми MIS-C через 4 тижні після початку інфікування SARS-CoV2, діагноз підтверджений лабораторними тестами. Через 4 місяці після епізоду MIS-C цей пацієнт звернувся до клініки з інфарктом міокарда з елевациєю ST.

Анамнез: Хворий народився в термін, без ускладнень (гестаційний вік 36 тижнів, вага при народженні 2800 г, бал за APGAR 10). Обоє батьків були здорові, без хронічних захворювань в анамнезі. Хворий поступив з підозрою на гострий інфаркт міокарда. За 3 дні до звернення був епізод діареї (4 випороження на добу) та блювоти (1 епізод добу), після чого у нього виник пароксизмальний криз, що проявлявся генералізованою гіпотонією, ціанозом і втратою свідомості приблизно на 20 хв. Після клінічного обстеження, ЕКГ та ехокардіографії його було переведено для інтервенційної діагностики та лікування. MIS-C був діагностований після клінічної, біологічної та ехокардіографічної оцінки. У нього була висока стійка лихоманка, шкірний висип (еритематозний висип на тулубі та кінцівках, періоральна еритема) та шлунково-кишкові прояви (діарея, блювання, анорексія). Біологічні дослідження показали неспецифічний запальний синдром, підвищені значення D-димерів і NT-proNPB, а також позитивний серологічний тест на антитіла IgG проти SARS-CoV-2. Ехокардіографія виявила периферичний перикардіальний та плевральний випіт, розширення лівої коронарної артерії 3,4 мм (Z бал +3,8). Було діагностовано важку змішану аутоімунну гемолітичну анемію, опосередковану аглютиніном, пов'язану з інфекцією COVID-19. Лікування внутрішньовенними імуноглобулінами (IVIg) (IgVena), кортикостероїдами (солумедрол), ритуксимабом (Mabthera), антиагрегантом (Аспентер), підшкірним антикоагулянт (Клексан). А також застосовувалась антибіотикотерапія та симптоматична терапія.

Лікування було сприятливе, з випискою через місяць і рекомендаціями щодо антиагрегантної терапії та подальшого спостереження дитячого кардіолога.

Висновки Інфекція викликана SARS-CoV-2 є однією з актуальних проблем сучасної клінічної медицини. Оскільки COVID-19 є не лише суто інфекційною патологією, а й системним патологічним процесом з мультиорганним ураженням. Викликом для педіатрів на сьогодні є постінфекційне ускладнення помірно тяжкого або безсимптомного COVID-19, а саме педіатричний мультисистемний запальний синдром (MIS-C), що може з'явитися непередбачувано через декілька тижнів після хвороби та стати причиною серцево-судинних ускладнень у дітей.

Ключові слова: мультисистемний запальний синдром, аутоімунна гемолітична анемія, серцево-судинні ускладнення

ОСОБЛИВОСТІ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ПАЦІЄНТІВ З БУЛЬОЗНИМ ЕПІДЕРМОЛІЗОМ

¹Черняєв С.В., ¹Басманов С.М., ²Гедєон І.В., ²Федорець Є.А.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент, Ярославська С.М.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

В.о. завідувача кафедри: к.мед.н., доцент, Ярославська С.М.

Ярославська Світлана Миколаївна, кандидат медичних наук, доцент.

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

²Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», Київ, Україна

Вступ: проблема бульозного епідермолізу (БЕ) вийшла за межі дерматології, оскільки це група захворювань із системними проявами. При тяжкому генералізованому пограничному та дистрофічному бульозному епідермолізі рівень летальності в перший рік життя досягає 40%. Основними спеціалістами, які займаються пацієнтами з БЕ є дерматолог та сімейний лікар (педіатр/терапевт), які у свою чергу залучають інших фахівців відповідно до потреб на певних етапах лікування. Досить часто доводиться виконувати інвазивні процедури та хірургічні втручання, ця проблема потребує мультидисциплінарного підходу. Є необхідність залучення таких фахівців, як анестезіолог, хірург, окуліст, отоларинголог, стоматолог, лікар функціональної діагностики, нутриціолог, проктолог, реабілітолог і, в обов'язковому порядку, психолог.

-Пацієнти з БЕ страждають на больовий синдром змішаного характеру, який включає соматичний і нейропатичний генез болю. Головною проблемою БЕ є зниження якості життя, яке з часом переходить в інвалідизацію та нездатність до самообслуговування. На тлі зниження якості життя у хворих виникають психологічні та психосоматичні проблеми. Також значна проблема анестезіологічного та хірургічного забезпечення при таких ургентних станах, як вроджена атрезія пілоруса, балонна дилатація стравоходу, гострий апендицит, кишкова непрохідність, ущемлена кіла тощо.

Мета: дослідити проблемні питання забезпечення адекватного догляду за шкірою та ранами, особливості проведення медичних маніпуляцій, знеболювання, проведення анестезіологічного забезпечення при оперативних та інвазивних втручаннях у пацієнтів з БЕ.

Матеріали та методи: «Спеціалізований кабінет медичної допомоги дітям з БЕ» (Кабінет) на базі НДСЛ «Охматдит» МОЗ України є координаційним центром по областях в Україні, де відбувається догляд за всіма пацієнтами з БЕ. Близько 150 пацієнтів проходять щорічно обстеження та лікування, включаючи хірургічні втручання. Медична допомога надається дітям віком від 0 до 18 років у повному обсязі, а також консультативна допомога дорослим пацієнтам з БЕ.

Окремі пацієнти потребують багаторазових загальних анестезій для виконання малоінвазивних та інвазивних втручань, таким чином, одному пацієнту за 5 років було проведено 79 наркозів.

Для забезпечення анестезіологічної допомоги проводяться маскова та ендотрахеальна загальна анестезія, виконання яких неможливе без захисних засобів. У середньому кожен пацієнт у період лікування отримує 6 наркозів і більше. 7 пацієнтів зі 100 у зв'язку з наявною мікростомією та контрактурами щелеп, які є ускладненнями БЕ, вимагали застосування ендоскопічної техніки для інтубації трахеї. Під час проведення маніпуляцій використовувалися м'які матраци для попередження здавлення. Проводилася оцінка психологічного стану за шкалою Спілбергер-Ханіна та за допомогою тесту Люшера.

Результати: з метою ідентифікації інтенсивності болю застосовуються такі шкали, як: візуально-аналогова, вербальна, мімічна. З метою комплексного лікування больового синдрому, застосовуються такі заходи, як: підтримання температурного режиму (запобігання переохолодженню та перегріву); застосування вільного одягу та постільної білизни з натуральної тканини (шовк, м'яка бавовна), вільного та м'якого взуття з натуральних матеріалів; захист ділянок постійної травматизації шляхом застосування захисного бинтування; застосування такого перев'язувального матеріалу, як м'яка силіконова губка Meriplex Lite / Meriplex Transfer / Meriplex / Atrauman silicon; постійне спостереження у педіатра, дерматолога та інших фахівців залежно від перебігу захворювання та для попередження інфікування ран, корекції анемії, рубцевих стенозів, остеопенії або остеопорозу, білково-енергетичної недостатності; створення психологічного комфорту в сім'ї із застосуванням таких відволікаючих факторів, як: арт-терапія, музикотерапія, соціалізація дитини, робота з психологом; фармакологічне лікування болю.

При фармакологічному лікуванні болю повинні застосовуватися такі принципи, як індивідуалізований підхід (залежно від форми БЕ і тяжкості стану); етапність стратегії лікування болю: при слабкій або помірній інтенсивності болю – застосування нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) в комбінації з парацетамолом, при сильному болю – опіати та прегабалін або габапентин; регулярність частоти застосування препаратів.

Вибір антибактеріальної терапії при ускладненому перебігу БЕ проводився згідно з результатами бактеріологічного дослідження виділень з ран (найчастішими збудниками були *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus faecalis* і *Candida albicans*). Найчастіше препаратом вибору були цефалоспорини III-IV покоління, фторхінолони. У 32 пацієнтів із 100 із генералізованим інфікуванням ран та частим використанням антибактеріальної терапії розвинулася антибіотикорезистентність, що утруднило вибір адекватної антибіотикотерапії.

Наявність хронічних ран, періодичної кровоточивості та запалення сприяє втраті рідини, білка, солей, мікроелементів, що призводить до хронічної анемії, білково-енергетичної недостатності, зниження рівня вітаміну Д, цинку, селену, проявів вторинного імунодефіциту. 16 пацієнтів зі 100 із показниками рівня гемоглобіну від 63 до 39 г/л, вимагали проведення гемотрансфузій з розрахунку 10 мл/кг ваги тіла, корекції анемії внутрішньовенними препаратами заліза, введення 10-20% розчину альбуміну з розрахунку 10 мл/кг ваги.

Для проведення інтубації трахеї застосовувалися деполаризуючі міорелаксанти короткої дії з прекураризацією, міорелаксантами середньої дії при таких маніпуляціях, як дилатація стравоходу, фіброгастроскопія, введення дуоденального зонда на короткий час. При більш травматичних втручаннях, таких як постановка гастростоми, реконструктивні втручання на кисті, застосовувалися міорелаксанти середньої дії (піпекуроній, атракуріум). Застосування ендоскопічної техніки дозволяє уникати проблем з інтубацією трахеї, коли контрактири нижньої щелепи ускладнювали проведення цієї маніпуляції. Фіксація ендотрахеальної трубки, зондів, внутрішньовенних катетерів проводилася неадгезивним фіксуючим пластиром Meritas, при знятті якого відсутнє відшарування шкіри. Періопераційна інфузійна терапія проводилася збалансованими кристалідами розчинами. Для проведення загальної анестезії використовували інгаляційний анестетик «Севофлуран» та внутрішньовенний гіпнотик 1% «Пропофол» з розрахунку 1-2 мг/кг, знеболюючий компонент «Фентаніл» 0,005%, 3-5 мкг/кг. Незважаючи на часте проведення загальної анестезії, підвищення рівня трансаміназ крові та сечовини не спостерігалось, хоча починаючи з 5-6-го наркозу, потреба в інгаляційному анестетику «Севофлуран» підвищувалася з 3 до 6-8 об.%, щоб мати можливість катеризувати периферичну вену. Вихід із загальної анестезії здебільшого проходив без особливостей.

У 12 випадках зі 100 спостерігалось загальне збудження, яке було причиною травмування шкіри та слизових оболонок у цієї групи пацієнтів. Майже всі пацієнти мали почуття тривоги, емоційну лабільність.

Висновки: БЕ потребує мультидисциплінарного підходу на всіх етапах лікування: амбулаторному, стаціонарному, реабілітаційному, важливим компонентом якого є професійні злагоджені дії всіх спеціалістів. Хворі з БЕ вимагають індивідуального підходу та застосування неадгезивного перев'язувального матеріалу. Залежно від тяжкості перебігу БЕ потрібна корекція анемії, білково-енергетичної недостатності. Вибір анестезіологічного забезпечення та знеболювання залежить від обсягу втручання та інтенсивності болювого синдрому. Створення психологічного комфорту вдома, в оточенні дитини та сім'ї з БЕ є важливим компонентом у лікуванні.

Ключові слова: вроджені патології, догляд за пацієнтами, лікування болю, паліативна допомога, патології шкіри,

ОЦІНКА ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Шлімкевич Н.С.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Шлімкевич І.В.
Кафедра педіатрії
Завідувач кафедри педіатрії: д.м.н., професор Волосянко А.Б.
Івано-Франківський національний медичний університет
м.Івано-Франківськ, Україна

Вступ: патологія серцево – судинної системи займає одне з провідних місць у структурі загальної захворюваності. Урбанізація, стресові ситуації, паління, нераціональний спосіб життя, пізня діагностика і неадекватна терапія призводять до постійного збільшення кількості хворих на серцево – судинні захворювання [Сенаторова Г.С., Гончарь М.О., 2018]. Як відомо, артеріальна гіпертензія (АГ) бере свій початок в дитячому віці та займає одне з цільних місць у структурі загальної захворюваності [Марушко Ю.В., Гишак Т.В., 2022]. Щорічно реєструється понад 10,2 мільйони смертей та 208 мільйонів випадків інвалідизуючих ускладнень, спричинених високим артеріальним тиском (АТ) [Ковальчук Т.А., Боярчук О.Р., 2020].

Мета: встановлення особливостей добового профілю АТ у дітей з АГ.

Матеріали і методи: обстежено 54 дитини віком 13-18 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в КНП «Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня» протягом 2019-2022-го років. Усі пацієнти підлягали комплексному обстеженню відповідно до сучасних уніфікованих клінічних протоколів, рекомендацій Американського коледжу кардіології (ACC) / Американської асоціації серця (АНА) з первинної профілактики серцево-судинних захворювань (2019) та настанов розроблених Європейською асоціацією з гіпертензії / Європейською асоціацією кардіології (ESC/ESH) з лікування артеріальної гіпертензії (The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. Guidelines for the management of arterial hypertension European Heart Journal, 2021). Згідно з даними клінічного дослідження та добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) у 12 хворих діагностовано стабільну АГ (САГ), у 22 – лабільну АГ (ЛАГ), у 20 дітей – вегето-судинну дисфункцію за гіпертензивним типом (ВСД). Вивчали такі параметри ДМАТ: середні добові значення систолічного АТ, діастолічного АТ, середнього АТ, пульсового АТ, ЧСС (срСАТ, срДАТ, АТср, срПАТ, срЧСС), коефіцієнт варіабельності АТ (КВ), добові індекси САТ і ДАТ (ДІ САТ і ДІ ДАТ). Результати: Хворі із САГ мали суттєво вищі значення срСАТ, ср ДАТ, АТср, срПАТ порівняно з хворими інших груп. В середньому срСАТ у хворих із САГ був вищим 95 перцентилей і становив 132,4±0,3 мм. рт. ст., тоді як у хворих з ЛАГ та ВСД – 120,6±0,12 мм рт. ст. та 117,2±0,21 мм рт. ст. відповідно. Хворі із САГ відрізнялись від хворих з ЛАГ максимальним САТ протягом доби. Хворі з ВСД мали достовірно нижчі максимальні підйоми САТ протягом доби порівняно з хворими з ЛАГ. Для хворих з ЛАГ та ВСД характерною була висока варіабельність АТ. КВ у дітей з САГ відповідали нормальним величинам, тоді як у хворих з ЛАГ, ВСД в середньому перевищували нормальні показники (16,4±0,09%, 14,9±0,2%, 17,8±0,14%, відповідно). ДІ у хворих із САГ був достовірно нижчим, ніж у хворих з ЛАГ та з ВСД (p < 0,001). Звертають на себе увагу високі значення ДІ ДАТ (більше 22%) у хворих з ЛАГ і ВСД.

Висновки: таким чином, САГ у дітей та підлітків носить гіперсистолический характер, що характеризується зростанням систолічного та пульсового АТ. Для хворих з ЛАГ та ВСД характерна підвищена варіабельність АТ, значне падіння діастолічного АТ в нічний період, що свідчить, можливо, про гіперреактивність судин.

Ключові слова: діти, гіпертензія, систолічний, діастолічний, тиск

ПРОБЛЕМИ КОМОРБІДНОСТІ У ДИТИНИ З СИНДРОМОМ ПОРУШЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ГІСТАМІНУ

Яновицький Г.Є., Гаспарова Я.Е.

Науковий керівник: к.м.н., доцент Салтикова Г.В.

Кафедра педіатрії №4

Завідувач кафедри: професор, д.м.н. Мітюряєва-Корнійко І.О.

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

Вступ: непереносимість гістаміну є розладом, пов'язаним із порушенням здатності організму метаболізувати гістамін, який був описаний на початку 21 століття. Незважаючи на те, що інтерес до непереносимості гістаміну значно зріс за останні роки, все ще потрібні додаткові наукові докази, щоб допомогти визначити, коректно діагностувати та лікувати цей стан. Основною проблемою коректної діагностики та лікування становлять коморбідні стани, які обумовлюють спотворення клінічної картини та зміни вираженості клінічних проявів. Згідно із дослідженнями ESFA (European Food Safety Authority) 2011 перші наукові згадки про непереносимість гістаміну датуються більше 20 років тому, але 80% з них припадають на останнє десятиліття, що відображає посилення зацікавленості науковців і дослідників до даної патології.

Мета: привернути увагу лікарів-педіатрів до проблеми диференційної діагностики синдрому непереносимості гістаміну із захворюваннями, що мають схожі клінічні прояви.

Опис клінічного випадку: основними скаргами на момент звернення були: тривалий інтенсивний абодомінальний болювий синдром, закрепи, періодичні порушення загального стану дитини із задишкою, алергічними висипаннями на шкірі верхніх кінцівок, м'язовою слабкістю у нижніх кінцівках. Анамнез захворювання: госпіталізована вперше в ПІАГ у віці 5-ти років. DS: Хронічний неінфекційний коліт неуточнений, проктосигмоїдит. Лактазна недостатність, вторинна, хронічний гастродуоденіт, період субремсії. У віці 8-ми років у дитини почали виникати періодичні загострення. Друга госпіталізація в хірургічне відділення ПІАГ була в 9 років. DS. хронічний гастрит, загострення (H.pylori +). Алергічний коліт. Дефіцит ДАО. Лактазна недостатність, вторинна. Курс консервативного лікування приніс нетривале покращення стану. У віці 11-ти років госпіталізована в хірургічне відділення НДСЛ «Охматдит» для подальшого проведення діагностики та визначення тактики лікування. Результати лабораторних досліджень: підтверджений дефіцит ДАО – 2,9 Од/мл. Підвищений рівень фекального кальпротектину – 241,28 мкг/г, підвищений рівень лактоферину – 53, 89 мкг/г, що свідчить про наявність запального процесу. Виявлено підвищення рівня IgG до молочних продуктів, зернових культур, глютену – виставлений діагноз лактазної недостатності. Також виявлено підвищення рівня IgE – 434,6 Од/мл. Результати інструментальних обстежень: під час знаходження у НДСЛ «Охматдит» дитині були проведені: іригографія (17.02.23), заключення: доліхоколон, синдром Пайра, порушення випорожнювальної функції товстої кишки. Колоноскопія (24.02.23), заключення: патології не виявлено. ФГДС (24.02.23), заключення: дуоденально-гастральний рефлюкс. Результати гістологічного дослідження дванадцятипалої кишки: незначне сплюснення окремих ворсин; шлунку: початкові гістологічні прояви хронічного гастриту, в шлункових ямках виявляються структури, схожі на неактивні форми хелікобактеру; товстого кишківника: запальні зміни слизової оболонки, не виключається наявність колагенозного коліту.

Прогноз захворювання є несприятливий, підтримуюча терапія може короткостроково покращувати стан дитини, але не приносить повного покращення стану, чим зумовлює погіршення якості життя дитини та матері.

Висновок: синдром ПТГ значено погіршує якість життя дітей та їх батьків, що зумовлює необхідність більшої обізнаності лікаря про даний стан. Необхідність діагностики як ізольованого ДАО, так і коморбідних станів наявних у дитини, що можуть погіршувати якість життя. Ефективне лікування передбачає використання комплексного підходу із врахуванням усіх складових діагнозу даної дитини.

Ключові слова: непереносимість гістаміну, діаміноксидаза

Захворюваність на гострі кишкові інфекції серед дітей в місті Суми

Яресько Т.Ю., Лопя Я.С., Сядриста Ю.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Васильєва О.Г

Кафедра педіатрії

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Сміян О.І.

*Сумський державний університет, навчально-науковий медичний інститут
м. Суми, Україна*

Вступ: гострі кишкові інфекції (ГКІ) досить широко розповсюджені та займають друге місце після гострих респіраторних захворювань. За оцінками ВООЗ, щорічно в світі реєструють від 68,4 до 275 млн випадків діарейних захворювань, кількість яких зростає з року в рік. В Україні склалася несприятлива епідеміологічна ситуація щодо розповсюдженості ГКІ. Особливо гостро стоїть ця проблема в дитячому віці. Як свідчать дані ВООЗ, дизентерія й інші ГКІ щорічно стають причиною смерті більше ніж 5 мільйонів дітей. Широка розповсюдженість кишкових інфекцій у дітей, формування у деяких випадках несприятливих варіантів перебігу та виходу захворювання, погіршення соціально-економічного статусу пацієнтів, бойові дії на території нашої держави та інше, все це виділяє проблему боротьби з ними в розряд найбільш важливих та першорядних, особливо в педіатрії.

Мета: проаналізувати рівень захворюваності на ГКІ серед дітей м. Суми за період 2018-2021 років.

Матеріали і методи: дослідження проводилось на базі інфекційних відділень та відділення анестезіології та інтенсивної терапії комунального некомерційного підприємства «Дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» Сумської міської ради. Статис-

тичні дані опрацьовано та проаналізовано автоматизованим способом на ПК з використанням програм Microsoft Office Excel 2016.

Результати: Проаналізувавши статистичні карти обстежуваних пацієнтів, визначили, що за 2018 рік кількість дітей, які хворіли на ГКІ складала 346 за рік, з них було 26 дітей до 1 року, що склало 7,51 %. Загальна кількість ліжко-днів з ГКІ складала 1608. За 2019 рік кількість дітей з ГКІ зросла на 31,5 % від попереднього року та складала 455, з них дітей до 1 року було 42 (9,23 %). Кількість ліжко-днів з даною патологією складала 2184. В 2020 році на фоні пандемії COVID-19 кількість дітей з ГКІ значно знизилась – на 75 % в порівнянні з 2019 роком та складала 114 хворих, з них 13 дітей до 1 року 11,40 %. Кількість ліжко-днів складала 641. За 2021 рік кількість дітей з ГКІ в місті знизилася ще більше і складала 92 випадки, що майже на 80 % менше, ніж в період до пандемії, з них 15 дітей до 1 року 16,30 %, а кількість ліжко-днів склала 357. Якщо порівнювати захворюваність у період до пандемії COVID-19 (2018 та 2019 роки) та на фоні її, то можна сказати, що захворюваність у місті Суми знизилась на 75 % та 80 % відповідно. А питома вага дітей до року, хворих на ГКІ, навпаки зростає з року в рік, а саме з 7,51 % у 2018 році до 16,30 % - у 2022.

Висновки: Таким чином, простежується поступове зниження кількості хворих дітей на ГКІ. Можливо, таке явище пов'язане зі збільшенням захворюваності на COVID-19 та першочерговою госпіталізацією дітей з даною патологією. Також, в зв'язку з пандемією діти перестали або рідше стали відвідувати великі колективи та місця значної скупченості людей, стали більш ретельно виконувати правила особистої гігієни (миття рук, використання дезінфектантів, тримання дистанції та інше), тобто відмічається позитивний вплив як неспецифічної, так і специфічної профілактики населення. З іншого боку, зростаюча питома вага дітей до року з ГКІ, може бути пов'язана з госпіталізацією дітей раннього віку з будь-якими проявами гострих респіраторних інфекцій, а у цих дітей частіше діагностували гострі кишкові інфекції саме вірусної етіології.

Ключові слова: госпіталізація, діарея, діти, інфекційні хвороби, ліжко-дні.