

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

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Матеріали ювілейної X науково-практичної конференції молодих вчених
та студентів з міжнародною участю



Харків 2025

утрудненого дихання – 27,5%, кашлю – 10,1%, візінгу, свистячого або стогнучого дихання – 69,6%, порушення апетиту – 59,4%; змін кольору шкіри – 11,6%; проявів дегідратації, зниження тургору – 44,9%, зниження споживання рідини від 50 до 75% від норми або відсутність мокрих підгузків впродовж 12 год – 7,2%.

Це підвищувало ймовірність пропуску оцінювання цих клінічних проявів при об'єктивному обстеженні, а отже і об'єктивізацію оцінки тяжкості стану.

Вважали за доцільне оцінити ймовірну залежність тяжкості стану дітей, хворих на Б, від наявності таких факторів ризику, як передчасне народження та персистенція фетальних шунтів. Серед хворих на Б 16,2% були народжені раніше 36 тижня гестації. Тяжкий стан при поступленні відмічено у 18% передчасно народжених та 26% доношених дітей відповідно, також не різнилась і тривалість госпіталізації у передчасно народжених проти доношених дітей і відповідно становила $9,2 \pm 2,5$ та $8,3 \pm 3,0$ днів. Середнє значення показників SpO_2 не різнилось у підгрупах дітей з різним гестаційним віком, однак, у підгрупі передчасно народжених дітей частіше відмічали візінг, свистяче або стогнуче дихання (45,5 проти 22,8%); кашель (100 проти 93%), ознаки дегідратації (9,1 проти 1,8%). У 59,4% дітей з Б відмічали персистенцію фетальних шунтів (ПФШ), зокрема овального вікна. За наявності ПФШ рівень SpO_2 при поступленні дітей з Б мав тенденцію до зниження - 90,7 проти 92,2%. Дещо частіше при наявності ПФШ відзначали втягнення грудної клітки при надходженні: у 46,3 проти 39,3% випадків, а також асиметричні прояви при аускультації: у 12,2% проти 7,1% дітей.

За наявності скарг при поступленні на кашель, утруднене дихання, лихоманку в дітей перших двох років життя, при підозрі на Б для оцінки тяжкості стану доцільно застосовувати чек-лист, що дозволить зменшити суб'єктивність такої оцінки, з урахуванням показників, виокремлених як діагностично релевантні в Стандарті медичної допомоги «Бронхіоліти у дітей» (СМД-2023).

Висновок. Кожна четверта дитина, хвора на Б, поступала у стаціонар у тяжкому стані. За умови передчасного народження та персистенції фетальних шунтів, клінічні прояви Б в цілому характеризувались дещо вираженішими ознаками респіраторного дистресу. Задля поліпшення оцінки тяжкості стану дітей, хворих на Б, доцільно застосовувати чек-лист, оскільки неоцінювання клінічних ознак, що асоціюють з тяжкістю стану, в медичній документації може коливатись у межах від 7,2% до 95,7%.

ЛАКТОФЕРИН ЯК ІНТЕГРАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК ГЛИБИНИ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ

Савченко Д.С.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кафедра госпітальної педіатрії

Актуальність. Поширеність захворювань гастроудоденальної зони продовжує залишатись на високому рівні у дітей в Україні. Ураження слизової оболонки шлунково-кишкового тракту мають різний ступінь вираженості морфологічних змін – від поверхневих запальних процесів до більш інвазивних – виразкових дефектів. У відповіді на ураження слизових оболонок беруть участь антимікробні пептиди (АМП), до яких відноситься лактоферин. Лактоферин є компонентом захисту макроорганізму при розвитку запальних процесів, в тому числі у шлунково-кишковому тракті.

Мета. Дослідити вміст лактоферину у сироватці крові дітей із різною глибиною ураження слизової оболонки гастродуоденальної зони.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 60 дітей, госпіталізованих до КНП «ЗОКДЛ» ЗОР упродовж 2022-2024 років, із захворюваннями гастродуоденальної зони, віком від 10 до 17 років 11 міс. 29 днів (середній вік $14,8 \pm 1,9$), серед яких у 39(65%) дітей встановлено діагноз гастрит, у 21(35%) дитини виявлено виразки шлунку та/або дванадцятипалої кишки (ДПК). Контрольна група - 20 умовно здорових дітей, репрезентативних за віком і статтю. Рівень лактоферину визначався в сироватці крові методом ІФА з використанням комерційного набору Human LTF\LT (Lactoferrin).

Результати. Встановлено, що рівень лактоферину у дітей із захворюваннями гастродуоденальної зони був у межах 9,90 (6,93; 15,47) нг/мл, що в 6 разів вище в порівнянні з даними отриманими у дітей з групи контролю - 1,68 (1,24; 2,17) нг/мл.

Спираючись на знання фізіологічної ролі лактоферину можна розцінити отримані дані як активацію захисних механізмів на тлі запального процесу.

Подальше ранжування результатів показало, що рівень лактоферину у сироватці крові дітей із більш глибокими дефектами слизової оболонки у вигляді виразок перевищив показник контролю в 4,5 разів і склав 7,62(4,65;9,74) нг/мл ($p < 0,01$).

Нами було встановлено, що у дітей із поверхневими запальними процесами вміст антимікробного пептиду, що досліджувався зріс на 30% більше, ніж за наявності виразки, його відзначено на рівні 12,91(6,62;6,86) нг/мл ($p < 0,01$), що перевищило показник контролю в 7,7 разів.

Висновок. Таким чином встановлено, що рівень лактоферину є додатковим показником глибини ураження слизової оболонки, а саме: зростання рівня лактоферину відповідає розвитку менш інвазивних запальних процесів і виступає свідченням його протективної ролі в перебігу запальних захворювань гастродуоденальної зони.

ІРИЗИН, ЯК МАРКЕР РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ ОСТЕОАРТРОПАТІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Сивогривова К.Б.

**Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Кафедра госпітальної педіатрії**

Актуальність. Провідне місце в механізмі розвитку діабетичної остеоартропатії займає хронічна гіперглікемія та абсолютна інсулінова недостатність. В літературі наведені дані про зв'язок діабетичної остеоартропатії з наявністю мікро-, макроангіопатії та нейропатії. Ряд досліджень вказує на серйозний вплив іризину на систему кісткового гомеостазу шляхом посилення мінералізації остеобластів та їх диференціації. В результаті дозованого фізичного навантаження відбувається підвищення рівню іризину в крові, як наслідок, можемо спостерігати ремоделювання кісткової тканини, покращення показників мінеральної щільності кістки, що в подальшому забезпечує міцність кістки та знижує ризики переломів у майбутньому.

Мета. Дослідити вміст іризину у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, в залежності від тривалості захворювання та встановити його роль в розвитку діабетичної остеоартропатії.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 69 дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, віком від 10 до 17 років (середній вік $13,67 \pm 0,26$ років). В залежності від

37	<i>Савченко Д.С.</i> ЛАКТОФЕРИН ЯК ІНТЕГРАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК ГЛИБИНИ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ	48
38	<i>Сивогризова К.Б.</i> ІРИЗИН, ЯК МАРКЕР РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ ОСТЕОАРТРОПАТІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ	49
39	<i>Синоверська О.Б., Лазуркевич Х.О.</i> ПОЛІСОМНОГРАФІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ДІТЕЙ З РЕКУРЕНТНИМИ ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА ФОНІ ЛІМФАДЕНОЇДНОЇ ГІПЕРТРОФІЇ	50
40	<i>Спільник М.С.</i> МОЖЛИВОСТЬ ВИКОРИСТАННЯ БІЛКУ S100 В ДІАГНОСТИЦІ ПЕРИФЕРИЧНОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ДІТЕЙ	52
41	<i>Ткачук Р.В., Білоус Т.М., Гарас М.Н., Ткачук В.І.</i> МОЖЛИВОСТІ ЗАСОСУВАННЯ ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ У ВИЗНАЧЕННІ АКТИВНОСТІ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПОЗАГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ	53
42	<i>Фісун К.О., Рябова С.В., Карпушенко Ю.В.</i> ГОДУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ	54
43	<i>Харук Н.В., Гарас М.Н.</i> НОЗОЛОГІЧНА СТРУКТУРА РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	56
44	<i>Чумак О.Ю., Волоха А.П.</i> ЗВ'ЯЗОК ОКРЕМИХ НЕОНАТАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ІМУНІТЕТУ З ІНФЕКЦІЙНОЮ ЗАХВОРЮВАНІСТЮ ДІТЕЙ ВІКОМ 1-36 МІСЯЦІВ	57
45	<i>Шевченко Н.С., Крутенко Н.В.</i> ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПІДЛІТКІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	59
46	<i>Шевченко Н.С., Крутенко Н.В.</i> ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КАРДІОСПЕЦИФІЧНИХ МАРКЕРІВ У ПІДЛІТКІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	60
47	<i>Школьна І.І., Обзор Т.А.</i> ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ	62
48	<i>Шлєєнкова Г.О., Черкашин М.М., Шевченко Н.С.</i> СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НА ТЛІ СТРЕССОВОГО ФАКТОРУ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ В УКРАЇНІ	63
49	<i>Popeliuk N.O., Nechitailo Y.M., Popelyuk O.-M.V.</i> CHARACTERISTICS OF DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ATYPICAL RESPIRATORY CONDITIONS IN CHILDREN	65
50	<i>Popeliuk N.O., Popelyuk O.-M.V.</i> PECULIARITIES OF TREATMENT OF RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN WITH FUNCTIONAL DIGESTIVE DISORDERS	66
51	<i>Popov S.V., Profatylo A.O.</i> EVALUATION OF INFLAMMATORY REACTIONS IN NEWBORNS WITH NEONATAL ENCEPHALOPATHY	67
52	<i>Popov S.V., Profatylo A.O.</i> FEATURES OF CLINICAL ASSESSMENT OF NEWBORNS WITH NEONATAL ENCEPHALOPATHY	68
53	<i>Voloshyn K.V., Letiaho H.V., Slobodyanuk O.L.</i> ESOPHAGEAL MUCOSA CHANGES IN CHILDREN WITH GASTRODUODENAL MOTILITY DISFUNCTION	69