



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ ПЕДІАТРІВ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПЕДІАТРІЇ №1 ТА НЕОНАТОЛОГІЇ**

МАТЕРІАЛИ

**Всеукраїнської науково-практичної конференції з
міжнародною участю**

«ПЕДІАТРИЧНІ ЗДОБУТКИ СЬОГОДЕННЯ»

**присвяченої 130-річчю з дня організації
першої кафедри педіатрії в м. Харкові**

**13–14 січня 2022 р.
м. Харків**

УДК: 616-053.2-036.21/.22(082)

Педіатричні здобутки сьогодення // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю / Під редакцією Гончарь М.О., Саніної І.О., Стрелкової М.І., Власенко О.В. – Харків, 13-14 січня 2022 р. – 108 с.

До збірки увійшли матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Всі роботи викладені в авторській редакції.

Конференцію внесено до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2022 році.

Затверджено Вченою радою ХНМУ.

Протокол № 14 від 16.12.2021р.

©Харківський національний медичний університет, 2021 р.

Дані обстеження: Клінічний аналіз крові помірний лейкоцитоз 9.8×10^9 , ШОЕ 6 мм/год. Рентгенографія ОГП: Серце мітральної форми,талія згладжена за рахунок II дуги, в розмірах не збільшено. Глюкоза крові 5,2 ммоль/л.

ДЕХОКГ: УЗД порожнини шлуночків в межах вікової норми. Задня стінка лівого шлуночку помірно гіпертрофована (12,5 мм). Міжшлуночкова перетинка 11,1 мм. Гіпертрофія папілярних м'язів. Фракція викиду лівого шлуночку збережена (71%). Систолична та діастолічна функція лівого шлуночку не порушені.

ЕКГ: Реєструється виражена брадикардія, ЧСС 43 уд/хв. Вольтаж збережено.

На ЕКГ відмічається виражена гіпертрофія лівого шлуночку – глибокі зубці S в відведеннях V2, та високі зубці R в відведеннях V4-V6, сума зубців RV6-SV2=50 мм. RV5-RV6 > RV4. Широкі зубці P в II відведенні P=0,13 сек., що свідчить на користь дилатації лівого передсердя. Початок сегменту ST від точки J вище ізолінії на 5 мм в V2 свідчить про ЕКГ- синдром ранньої реполяризації, правий тип. Виражене порушення реполяризації на ЕКГ відмічається у вигляді глибоких гігантських негативних зубців T, за типом T «коронарних» у відведеннях V3-V6.

Отримував лікування з приводу гострого гастроентериту: інфулган, цефтріаксон, метоклопрамід. Після покращення стану дитина переведена до ІЗНХ ім. Зайцева для проведення КТ судин серця з контрастом. В результаті проведеного дослідження встановлено діагноз: Стеноз правої коронарної артерії. Подальше спостереження і лікування дитячого кардіолога, консультація кардіохірурга через 1 місяць, з вирішенням питання стосовно кардіохірургічної корекції.

Висновок. Особливістю даного спостереження є те що, встановлений діагноз стеноз правої коронарної артерії є рідкісним. У хворого спостерігалась втрата свідомості, після чого було проведено обстеження та вчасно встановлений діагноз для подальшого спостереження та вирішення тактики лікування.

ОЦІНКА ЗНАЧУЩОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ТЕСТІВ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ІМУННОЇ ТРОМБОЦИТОПЕНІЇ У ДІТЕЙ

Ярцева М. О.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя

Імунна тромбоцитопенічна пурпура (ІТП) відноситься до набутих імунних тромбоцитопеній, що характеризується ізольованим зменшенням кількості тромбоцитів периферичної крові нижче 100 тисяч/л за відсутності інших причин або захворювань, що можуть викликати тромбоцитопенію. Всі імунні тромбоцитопенії поділяють на первинні та вторинні (обумовлені основним захворюванням або дією лікарських препаратів). Відмінності

між первинною та вторинною ІТП мають важливе клінічне значення, оскільки потребують різних підходів до терапії. Зазвичай первинні тромбоцитопенії в дитячому віці диференціюють із наступними станами: системні захворювання крові, мієлодиспластичні стани, первинні імунodefіцити, вроджені апластичні анемії та TAR-синдром. Враховуючи низьку обізнаність медичного загалу стосовно причин розвитку імунної тромбоцитопенії у дітей, і, призначення, часто невиправданих всебічних обстежень із застосуванням інвазивних методик, нами оцінено діагностичну значущість лабораторних методів, які застосовуються у дітей із вперше виявленою та затяжною імунною тромбоцитопеніями. Діти, включені у дослідження, перебували на стаціонарному лікуванні та під амбулаторним спостереженням (після виписки) у Запорізькій обласній клінічній дитячій лікарні та поліклініці. Всього у дослідження було залучено 48 дітей впродовж 2013-2020 років. Серед обстежених було 21 дівчинка та 27 хлопчиків. Середній вік обстежених складав $11 \pm 4,2$ роки. Всі пацієнти мали клінічні та параклінічні прояви геморагічного синдрому. Згідно рекомендацій міжнародної групи експертів, в перелік лабораторних досліджень при ІТП входять обов'язкові, потенційно корисні та тести з недоведеною користю. До обов'язкових досліджень віднесено аналіз крові із підрахунком лейкоцитарної формули та визначенням морфології тромбоцитів, визначення кількості імуноглобулінів, проба Кумбса, визначення групи крові, визначення антитів до ВІІ та вірусних гепатитів, дослідження на *Helicobacter pylori*. Серед потенційно корисних тестів виділяють визначення антитіл до GP тромбоцитів, визначення антифосфоліпідних та антинуклеарних антитіл, визначення парвовірусу В19 та ЦМВ методом ПЛР. Тестами з недоведеною користю при ІТП є визначення тромбоцитасоційованих АТ, дослідження системи комплемента, визначення тривалості кровотечі, дослідження виживаності тромбоцитів, визначення глікокаліцина. Одним із ключових питань діагностики ІТП є виконання кістково-мозкової пункції із дослідженням мієлограми. Згідно міжнародного консенсусу по веденню пацієнтів із ІТП, при ізольованій тромбоцитопенії та нормальній морфології тромбоцитів в мазках периферійної крові, а також за відсутності клінічних ознак злоякісної гемопатії, виконання кістково-мозкової пункції не рекомендується. Дані мієлограми не можуть підтверджувати діагноз ІТП, вони лише виключають лейкемію, мієлодиспластичний синдром чи наявність метастазів в кістковий мозок будь-якої іншої злоякісної пухлини. Серед обстежених нами пацієнтів обов'язкові тести, за виключенням дослідження на *Helicobacter pylori*, проводилося в 100% випадків, майже всім пацієнтам з вперше виявленою тромбоцитопенією було проведено стерильну пункцію із дослідженням мієлограми. Серед потенційно корисних тестів нашим пацієнтам було проведено лише вірусологічне дослідження, антитіла до GP тромбоцитів, антифосфоліпідні та антинуклеарні антитіла не визначалися внаслідок їх значної вартості

та доступності лише в комерційних лабораторіях. Із тестів з недоведеною користю в клініці продовжується використання визначення тривалості кровотечі. Таким чином, при діагностиці ІТП використовується майже весь комплекс обов'язкових лабораторних методів, затверджених консенсусом міжнародної групи експертів до лікуванню ІТП у дітей та дорослих. Існує необхідність більш широкої популяризації переліку обов'язкових лабораторних тестів при діагностики захворювань системи крові, що дозволить мінімізувати витрати батьків хворих дітей на необгрутовані інвазивні методи досліджень та прискорить встановлення правильного діагнозу та початок доцільного лікування.

ДІАГНОСТИКА ПРИЧИН ЦИТОПЕНІЙ У ДІТЕЙ

Ярцева М.О., Гиря О.М., Кокоркін О.Д.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

В практиці сімейного лікаря та педіатра досить часто зустрічаються пацієнти з лабораторними ознаками цитопеній, як однопаросткових, так і панцитопеній незначного ступеня, після перенесених «застудних» чи соматичних захворювань. Розповсюдження вірусів герпетичної групи серед населення світу набуває масштабів пандемії. Поширеність вірусів сімейства *Herpesviridae*, до яких відносяться вірус Епштейн-Барр, цитомегаловірус, віруси простого герпесу 1,2 та 6 типу сягає подекуди до 80-90% серед дорослого населення різних країн. Дослідження розповсюдженості вірусоносійства серед дитячого населення дещо обмежене, за рахунок етичних перепон та частого маскування під «банальні» застудні інфекції. Виявлення вірусів в організмі дитини, найчастіше, можливе після появи скарг чи маніфестації вірусної інфекції з нетиповим перебігом, що призводить до госпіталізації у спеціалізовані стаціонари.

Виходячи з цього, зацікавлення викликають чинники цитопенії у вищеперерахованих пацієнтів, за умов виключення онкологічних гемопатій. За період 2018-2021рр. проведено аналіз результатів обстеження та лікування 47 хворих, які перебували під спостереженням з імунною пурпурою, та транзиторними різнопаростковими цитопеніями. Переважну більшість серед пацієнтів складала хлопці, середній вік дітей склав $6,43 \pm 4,11$ років. Клінічні симптоми були поліморфними: лабораторна цитопенія, шкірний синдром, лімфо-проліферативний та астено-вегетативний синдроми. Всім дітям під час знаходження на стаціонарному лікуванні було проведено повний комплекс лабораторних обстежень, що включав аналіз крові із підрахунком лейкоцитарної формули та визначенням морфології клітин крові, визначення кількості імуноглобулінів, проба Кумбса, визначення групи крові, визначення антитіл до ВІЛ та вірусних гепатитів, час