

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 VIII науково-практичної конференції молодих вчених
з міжнародною участю



Харків 2023

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 VIII щорічної науково-практичної конференції
молодих вчених з міжнародною участю**

23 лютого 2023 року – Харків, 2023. – 65 с.

**Відповідальний за випуск
Волошин К.В.**

Харків 2023

Висновки.

Клінічний діагноз: Муковісцидоз з панкреатичною недостатністю (гомозигота F508del/F508del), важкий перебіг. Синдром втрати електролітів у поєднанні з метаболічним алкалозом (Синдром псевдо-Барттера).

Ускладнення: Холестатичний гепатит. Панкреатична недостатність тяжкого ступеня. Білково-енергетична недостатність І ступеня (д.м.т.14,3%).

Дитина отримує терапію згідно протоколу лікування муковісцидозу. Катамнез: нарастають ознаки холестатичного гепатиту.

СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Пащенко І.В., Соляник О.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Функціональні гастроінтестинальні розлади є найпоширенішою патологією органів травлення як в дитячому віці так і у дорослих. Згідно Римських критеріїв IV (2016) синдром подразненого кишечника (СПК) – це функціональний розлад кишечника, при якому біль або дискомфорт в животі пов'язані з актом дефекації, порушенням частоти і характеру стула з частотою не менш 4 днів на місяць тривалістю не менш 2 місяців. Важливо враховувати не тільки зазначені критерії, а і підтипи СПК: СПК з діареєю - СПК-Д, СПК з закрепом (констипацією) – СПК-З, СПК-М (змішаний – діарея + констипація), некласифікований тип СПК – Н (альтернація діареї і закрепа).

Згідно сучасній концепції, на розвиток СПК впливає зв'язок психологічних факторів, вегетативних дисфункцій, моторних та секреторних розладів різних відділів кишківника. Сучасні умови війни в Україні створюють ризик впливу психо-емоційних факторів, депресій, стану тривожності, а також порушення режиму та якості харчування на виникнення СПК як у дорослих, так і дітей.

Метою дослідження була оцінка особливостей перебігу СПК у дітей в сучасних умовах для вибору оптимальної схеми лікування.

Під нашим спостереженням знаходилося 28 дітей віком від 7 до 17 років (12 хлопчиків та 16 дівчаток) з діагнозом СПК. Тригерними факторами розвитку СПК були емоціональні переживання, і супутні захворювання нервової системи, нераціональне харчування, спадкова схильність до гастродуоденальної патології. У всіх дітей періодичні болі або дискомфорт в животі зменшувались після дефекації, супроводжувались зміною частоти чи характеру стула. СПК- Д (з діареєю) виявлено у 9 (32,1%) дітей, СПК-С (з констипацією) у 13 (46,43%) хворих, СПК-М (змішаний – діарея + констипація) у 2 (7,14%), у 4(14,28%) СПК-А (альтернація діареї і закрепа). Скарги загального характеру зустрічаються незалежно від варіанта СПК: головний біль, стомлюваність, біль в області серця, утруднення вдиху, почуття кому при ковтанні, нудота, почуття швидкого насичення, переповнення у верхній частині живота, відрижка, відчуття тремтіння, порушення сечовиділення. На болі в животі, що посилювались до чи під час дефекації, але зникали або зменшувались після дефекації і супроводжувались метеоризмом, скаржились всі хворі. Звертає увагу, що за даними анамнезу у 13 дітей (46,4%) схожі прояви спостерігались і раніше. Більш ніж у половини дітей, що знаходились під спостереженням, прояви СПК вперше діагностовано за останній рік. При аналізі скарг і перебігу хвороби, об'єктивному дослідженні виявлені

прояви астено–вегетативних порушень у вигляді емоціональної лабільності, в'ялості, дефіциту маси тіла, під час пальпації – біль протягом всієї товстої кишки або її частини.

Лікування СПК треба проводити з урахуванням психо-емоційного стану дитини і обов'язково враховувати варіант перебігу захворювання. Призначення спазмолітиків, за необхідністю – седативних препаратів разом з елімінаційною дієтою сприяє нормалізації якості життя.

СТАН ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ ДО ДИФТЕРІЇ ТА ПРАВЦЯ У ДІТЕЙ, ЩО ПЕРЕХВОРИЛИ НА ВЕБ-ІНФЕКЦІЮ

Попова А.М.

**Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна
Кафедра інфекційних хвороб та клінічної імунології**

ВЕБ-інфекція є однією із найпоширеніших інфекцій у світі. Вірусом Епштейна-Барр (ВЕБ) інфіковано близько 90% населення земної кулі. Захворювання спостерігається і у дітей, і у дорослих і може маніфестувати як у гострій, так і хронічній формі. ВЕБ здатен вражати імунокомпетентні клітини, викликати лімфаденопатію, гепато- та спленомегалію, довічно зберігатися в лімфоцитах організму, викликати імунодефіцитний стан.

Добре відомо, що найефективнішим засобом боротьби з інфекційними хворобами є вакцинація. В Україні, як і в інших країнах, розроблено та впроваджено план календарних щеплень від найбільш небезпечних інфекцій. Це дозволяє зберігати життя та здоров'я мільйонам дітей та дорослих. Тому актуальною проблемою медицини і, зокрема, імунології, є підтримка високого рівня протективного захисту щодо керованих інфекцій, враховуючи функціонування та стан загального та специфічного імунітету.

Метою дослідження було вивчення впливу ВЕБ на стан поствакцинального імунітету до дифтерії та правця у дітей. Для цього було обстежено 83 дитини віком 9-13 років, що перехворіли на інфекційний мононуклеоз (ІМ). Серед них тяжка форма була зареєстрована у 23, середньотяжка – у 26, легка – у 34 дітей. Рівень АТ до дифтерійного та правцевого анатоксинів виміряли методом ІФА. Отримані дані виражені у МО/мл. Захисний титр АТ до дифтерії та правця згідно з рекомендацією ВОЗ вважали >0.1 МО/мл. Контрольну групу склали 46 дітей, які не хворіли на ІМ.

В результаті проведених досліджень було встановлено відсутність захисних титрів антитіл до дифтерійного токсину у дітей, які перехворіли на ІМ: в тяжкій формі – у 73.2%, в середньотяжкій – у 53.8%, а до правцевого токсину відповідно – у 69.5% та 46.1% дітей. В контрольній групі дітей захисних титрів АТ до дифтерії не було у 23.8%, до правця – у 13.0%.

Мінімальні та низькі титри АТ до правцевого токсину в дітей, що перехворіли у тяжкій формі, спостерігалися у 26.0% дітей, у середньотяжкій формі – у 30.7% дітей, до дифтерійного токсину – відповідно у 17.3% та 26.9% дітей. У контрольній групі дітей ці показники були наступні: до правцевого токсину – 23.8%, до дифтерійного токсину – 17.3% дітей.

Середні титри АТ до правцевого токсину у дітей, що перехворіли в тяжкій формі, реєструвались у 4.3%, при середньотяжкій формі – у 22.9% дітей, до дифтерійного токсину відповідно у 8.6% та 19.2% обстежених. У жодної дитини не реєструвалося АТ до правцевого та дифтерійного токсину у високих титрах (3.0 - 5.0 МО/мл та >1.0 МО/мл).

ЗМІСТ

1	<i>Андрікевич І.І., Пасік В.Ю., Стецун О.О.</i> МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	3
2	<i>Білих В.М.</i> ВІДДАЛЕНИЙ ВПЛИВ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ГОСТРОЇ ДІАРЕЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ НА СТАН ЗДОРОВ'Я КИШЕЧНИКУ	4
3	<i>Булига А.О., Краснопольська К.О., Гайденко В.Є.</i> ПАТОЛОГІЯ ПЛОДУ В КОНТЕКСТІ ЗАРАЖЕННЯ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	4
4	<i>Буринюк- Глов'як Х.П. Марараи Г.Г.</i> ПОКАЗНИКИ РЕГУЛЯЦІЇ ОБМІНУ ГЛЮКОЗИ ЗА РІЗНОГО СТУПЕНЯ КОНТРОЛЬОВАНОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ	6
5	<i>Буринюк- Глов'як Х.П. Буринюк П.П.</i> ВПЛИВ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ІНГАЛЯЦІЙНИМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДНИМИ ПРЕПАРАТАМИ НА РЕГУЛЯЦІЮ КАЛЬЦІЮ У ШКОЛЯРІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	7
6	<i>Białoszycka M.M., Пачевська А.В.</i> ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ В м.ОЛЬШТИН ВАРМІНСЬКО-МАЗУРСЬКОГО ВОЄВОДСТВА РП	8
7	<i>Гарас М.Н.</i> ВПРОВАДЖЕННЯ КЕЙС-МЕТОДУ ТА СЦЕНАРІЇВ ВІРТУАЛЬНИХ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ВИКЛАДАННІ ПЕДІАТРИЧНИХ ДИСЦИПЛІН СТУДЕНТАМ-МЕДИКАМ ВИПУСКНОГО КУРСУ	10
8	<i>Горбатюк І.Б., Руда Т.Д.</i> ОКРЕМІ ПАРАКЛІНІЧНІ ПОКАЗНИКИ ГОСТРИХ СТРЕПТОКОКОВИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТІВ У ДІТЕЙ	12
9	<i>Ковальчук Т.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА СМАКОВИХ ПЕРЕВАГ У ДІТЕЙ ІЗ ПСИХОГЕННИМИ ТРАНЗИТОРНИМИ ВТРАТАМИ СВІДОМОСТІ	12
10	<i>Крецу Н.М.</i> МАРКЕРИ СЕПСИС-ІНДУКОВАНОЇ МІОКАРДІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА РІЗНОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ВІКУ	14
11	<i>Кречківська Л.М., Молоток В.В., Серветник А.В.</i> ЗМІНА КОГНІТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ ШКОЛЯРІВ І СТУДЕНТІВ ПІСЛЯ ПОЧАТКУ РОСІЙСЬКОЇ АГРЕСІЇ.	15
12	<i>Крутенко Н.В., Шевченко Н.С.</i> ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ ЩОДО ФУНКЦІОНУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПІДЛІТКІВ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	17
13	<i>Матвієнко С.О., Єлоєва З.В., Філонова Т.О., Гарбар К.Б.</i> ОСОБЛИВОСТІ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ПОЗАЛІКАРНЯНИЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ З ПЕРСИСТЕНЦІЄЮ ПАТОГЕНІВ	18
14	<i>Мироняк Ю.І.</i> МАНІФЕСТАЦІЯ МУКОВІСЦИДОЗУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМ ПСЕВДО-БАРТТЕРА)	19
15	<i>Пащенко І.В., Соляник О.В.</i> СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	21