

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. КАРАЗИНА

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Матеріали VI науково-практичної конференції молодих вчених
з міжнародною участю



Харків 2021

ЗМІСТ

1	<i>Бузницька О.В.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПІДЛІТКІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	3
2	<i>Волошин К.В., Слободянюк О.Л., Шлеєнкова Г.О., Цюра О.М., Крутенко Н.В.</i> ЕНДОСКОПІЧНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ 7-17 РОКІВ	3
3	<i>Гавенко Г.О.</i> СОМАТИЧНА ПАТОЛОГІЯ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ	4
4	<i>Герасимова О.М., Савво В.М.</i> ПИТАННЯ НАСЛІДКІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИХ РЕФЛЮКСІВ У ДІТЕЙ	6
5	<i>Говорун Д.А., Попов С.В., Кривошеєнко А.А., Мисник А.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ГІПОКСІЧНО – ШЕМІЧНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ НА ФОНІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ	6
6	<i>Грабовська О.І.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА БІОХІМІЧНОГО СКЛАДУ ЖОВЧІ У ДІТЕЙ З НАЖХП	7
7	<i>Даниленко Г.М., Авдієвська О.Г., Мету Чуквуномнсо</i> АНАЛІЗ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ СЕРЕД УКРАЇНСЬКИХ ПІДЛІТКІВ	8
8	<i>Дружиніна А.Є.</i> ПОШИРЕНІСТЬ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ Д СЕРЕД ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ	10
9	<i>Дудник В.М., Андрікевич І.І., Мантак Г.І., Звенігородська Г.Ю.</i> ПРОБЛЕМИ ОЖИРІННЯ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ	11
10	<i>Іванціва Ю.Ф., Баденко Т.Ю., Пацера М.В.</i> ЗАЛЕЖНІСТЬ РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ ВІД РІВНЯ ТЕСТОСТЕРОНУ	13
11	<i>Казарян Л.В.</i> КОМОРБІДНІСТЬ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ЯК МОЖЛИВА ПРИЧИНА ПОЛІПРАГМАЗІЇ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ	14
12	<i>Колісник А.М., Стародуб А.С.</i> ПОШИРЕНІСТЬ І ХАРАКТЕР ГОСТРИХ ОТРУЕНЬ У ДІТЕЙ В М.ХАРЬКОВІ ЗА ОСТАННІ 5 РОКІВ	15
13	ВИКОРИСТАННЯ КІЛЬКІСНОЇ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДЕНСИТОМЕТРІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ РІЗНОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ВІКУ <i>Котлова Ю.В., Цимбал А.Ю.</i>	16
14	<i>Лебець І.С., Толмачова С.Р., Ніконова В.В., Кобзар Д.С.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ РЕВМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	17
15	<i>Моргун В.В., Кокоркін О. Д., Ярцева М. О.</i> ТАКТИКА ЛІКАРЯ ПЕДІАТРА ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ДІТЕЙ ІЗ ПІДОЗРОЮ НА НЕЙРОЕКТОДЕРМАЛЬНІ ПУХЛИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	19
16	<i>Мужановський В.Ю.</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ І МАРКЕРІВ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ ВИСОКОДИНАМІЧНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ	20
17	<i>Неляпіна М.М.</i> КОРЕЛЯЦІЯ МІЖ ЕКГ- ПОКАЗНИКАМИ (ІНДЕКСОМ СОКОЛОВА-ЛАЙОНА ТА КОРНЕЛЬСЬКИМ) ТА ЕХО-КГ- ОЗНАКАМИ ГІПЕРТРОФІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ДІТЕЙ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	22

Доведено, що наявність хронічної соматичної патології негативно впливає на фізичний розвиток дітей шкільного віку що проявляється формуванням його дисгармонійності.

ТАКТИКА ЛІКАРЯ ПЕДІАТРА ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ДІТЕЙ ІЗ ПІДОЗРОЮ НА НЕЙРОЕКТОДЕРМАЛЬНІ ПУХЛИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Моргун В.В.¹, Кокоркін О. Д.¹, Ярцева М. О.²

Запорізький державний медичний університет

¹Кафедра дитячої хірургії та анестезіології

²Кафедра госпітальної педіатрії

Одними із найбільш злоякісних ембріональних пухлин головного мозку, є медулобластоми мозочку (МБМ), які зустрічаються переважно у дитячому віці, характеризуються високою частотою метастазування у лікворні шляхи і у 70-75% випадках супроводжуються формуванням оклюзійної гідроцефалії МБМ виникають у 0,5-9 випадках на 100 000 дитячого населення, складаючи при цьому до 20-30% усіх пухлин ЦНС дитячого віку. У 35-80% дітей із МБМ, яким була проведено променеве лікування і поліхіміотерапія, у подальшому формується неврологічний дефіцит, отоневрологічні, ендокринні та когнітивні порушення, які безпосередньо впливають на якість життя і соціальну адаптацію пацієнтів. Дані чисельних досліджень виявили, що віддалені результати лікування МБМ у дітей залежать від гістобіологічних та молекулярно-генетичних особливостей пухлини, віку дитини, наявності метастазів на момент виявлення МБМ, об'єму хірургічного лікування та подальшої ад'ювантної терапії тощо. Виходячи з цього, нами досліджено хворих дітей, які мали в анамнезі МБМ та розроблена тактика обстеження таких пацієнтів лікарем педіатричного профілю. Ретроспективно проаналізовано результати комбінованого лікування 17 дітей із МБМ. Критерієм включення до дослідження був вік пацієнтів від 0 до 18 років, гістологічна верифікація пухлини – МБМ (код за МКХ-10 С71.6), проведення хірургічного етапу та комбіноване лікування МБМ. Співвідношення дівчаток та хлопчиків було 1:1,8. Аналіз віддалених результатів комбінованого лікування МБМ у дітей різних вікових груп виявив, що на тривалість безрецидивного виживання, вираженість післяопераційної неврологічної симптоматики та якість і загальну тривалість життя хворих можуть впливати радикальність хірургічного лікування, наявність метастазів, гістологічний тип пухлини, об'єм подальшої ад'ювантної терапії та вік хворих. Однак ступінь впливу на показники виживання кожного із цих чинників у різних вікових групах суттєво відрізняється. Так, при лише хірургічному лікуванні МБВ в усіх вікових періодах не перевищувала 12-24 міс., при доповненні лише ПХТ або ПТ -24-36 міс, а при повному виконанні протоколів лікування МБМ у дітей МБВ у дітей старше 3 років склала 36 міс. У дітей перших 3-х років, враховуючи особливості локалізації, переважання «класичного» та великолітинного/анапластичного гістологічного варіантів пухлини, виявлено вищий ризик післяопераційних ускладнень та меншу ефективність та можливості у проведенні ад'ювантної терапії – МБВ у цій віковій групі не перевищує 18-24 міс. Початковий гарний функціональний стан сприяє більш високому ІК/ІЛ у віддаленому післяопераційному періоді та відповідно забезпечує збільшення тривалості безрецидивного періоду, загальної тривалості життя та підвищення якості життя хворих. Розроблена тактика ведення хворих із підозрою на МБМ та ведення дітей із верифікованим діагнозом. При наявності клінічних симптомів медулобластоми мозочку (МБМ) проводиться МРТ головного мозку з контрастним підсиленням, після підтвердження діагнозу – оперативне лікування (проведення

резекції максимально обґрунтованого об'єму МБМ). Доцільним є проведення МРТ головного та спинного мозку з контрастним підсиленням в перші 24-72 год. після операції та оцінка люмбального ліквору на наявність атипичних клітин на 10-14 добу після операції. Після хірургічного видалення пухлини, хворі розподіляються за групами ризику та розпочинають отримувати поліхіміотерапію та променеву терапію (за показаннями). Діти з групи стандартного ризику до 3 років і діти з групи високого ризику 4-18 років проходять контрольну МРТ головного та спинного мозку кожні 3 місяці впродовж 2-х років, а потім кожні 6 місяців впродовж 3-х років; потім 1 раз на рік; консультуються дитячим неврологом кожні 3 місяці впродовж 1-го року, потім кожні 6 місяців впродовж 5 років; консультуються отоневрологом з проведенням аудіограми кожні 6 місяців впродовж 5-ти років, консультація ендокринолога 1-2 рази на рік з аналізом вмісту гормонів. Діти з групи високого ризику 0-3 років проходять оцінку неврологічного статусу перед кожним циклом ПХТ. Після кожного циклу ПХТ: МРТ головного та спинного мозку. Показане вивчення цитології ліквору.

Таким чином, діти що перенесли комбіноване лікування МБМ потребують подальшого спостереження лікарями вузьких спеціальностей (дитячого невролога, ендокринолога, отоневролога, нейропсихолога) з метою ранньої діагностики та корекції порушень.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ І МАРКЕРІВ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ ВИСОКОДИНАМІЧНИМИ ВИДАМИ СПОРТУ

Мужановський В.Ю.

**Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
Національної академії медичних наук України»
Відділення реабілітації дітей та підлітків**

В останні роки у всьому світі наголошується важлива мета підвищення фізичної активності для дітей і підлітків як ефективний засіб профілактики багатьох захворювань, у тому числі ожиріння та метаболічних розладів. Регулярні спортивні навантаження, які дитина отримує в спортивних секціях, впливають на її фізичний розвиток і підвищують функціональні резерви серцево-судинної системи. Проте надмірні навантаження в періоди інтенсивного зросту нерідко призводять до зниження адаптаційного потенціалу, що на перших етапах проявляється в зміні біохімічних показників, а на пізніх – у порушеннях гомеостазу й розвитку патологічного стану. Встановлення частоти й характеру змін таких біохімічних показників, що мають значення в метаболізмі та енергетичних процесах скелетних м'язів, як креатинін, лактат, сечовина, а також ферментів метаболічних процесів - креатинфосфокінази (КФК), лактатдегідрогенази (ЛДГ) у дітей на тлі спортивних тренувань можуть бути використані для побудови ранніх прогнозів щодо напруження та виснаження адаптаційних механізмів.

Мета: Визначити особливості фізичного розвитку, морфо-функціональних та біохімічних показників у дітей 13-15 років, що займаються високодинамічними видами спорту.

Матеріали та методи: Обстежено 32 дитини 13–15 років, що займаються високодинамічними видами спорту в ДЮСШ № 9 м. Харкова, в клініці ДУ “ІОЗДП НАМН” упродовж 2020-2021 років. Дослідження проводилося з дотриманням принципів Гельсінгської декларації. Хлопчики склали 78% з них, середній вік їх становив 14,0±0,78 років. Дівчатка склали меншу групу (22%), і за віком вони істотно не відрізнялися від