

# Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології

Липень-Вересень 2021  
Том 14 №1

July /September 2021  
Volume 14  
Number 1

## В НОМЕРІ:

### ПЕДІАТРІЯ:

Актуальні проблеми педіатрії. Матеріали XV конгресу педіатрів України (12-13 жовтня 2021 р., м. Київ)

Клінічні рекомендації щодо лікування інфекцій сечового тракту у дітей та харчування дітей з діареєю і блюванням

Пам'яті академіка НАМН України Майданника Віталія Григоровича  
Життєвий та творчий шлях



# International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology

---

# МІЖНАРОДНИЙ ЖУРНАЛ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

## Головний редактор

В.Г. Майданник (Київ, Україна)

## В.о. головного редактора

І.О. Мітюряєва-Корнійко (Київ, Україна)

## Заступники головного редактора

О.З. Гнатейко (Львів, Україна)

Б.С. Каганов (Москва, Російська Федерація)

В.О. Бенюк (Київ, Україна)

В.М. Запорожан (Одеса, Україна)

## Відповідальний секретар

І.Л. Станішевська

## Науковий редактор

І.О. Мітюряєва-Корнійко

---

## Редакційна колегія

Абабков В.В. (Київ, Україна)

Абатуров О.Е. (Дніпропетровськ, Україна)

Авраменко Т.В. (Київ, Україна)

Антипкін Ю.Г. (Київ, Україна)

Аряєв М.Л. (Одеса, Україна)

Багдасарова І.В. (Київ, Україна)

Белих Н.А. (Рязань, Російська Федерація)

Беляєва Л.М. (Мінськ, Білорусь)

Бойчук А.В. (Тернопіль, Україна)

Вдовиченко Ю.П. (Київ, Україна)

Венцівський Б.М. (Київ, Україна)

Волков І.К. (Москва, Російська Федерація)

Вороненко Ю.В. (Київ, Україна)

Вохідов А.В. (Душанбе, Таджикистан)

Геппе Н.А. (Москва, Російська Федерація)

Горелов А.В. (Москва, Російська

Федерація)

Гречаніна О.Я. (Харків, Україна)

Даниленко Г.М. (Харків, Україна)

Дудник В.М. (Вінниця, Україна)

Жабченко І.А. (Київ, Україна)

Жук С.І. (Київ, Україна)

Зайцева О.В. (Москва, Російська

Федерація)

Захарова І.М. (Москва, Російська

Федерація)

Зейгарник М.В. (Москва, Російська

Федерація)

Зрячкін М.І. (Саратов, Російська

Федерація)

Камілов А.І. (Ташкент, Узбекистан)

Квашніна Л.В. (Київ, Україна)

Клименко Т.М. (Харків, Україна)

Колоскова О.К. (Чернівці, Україна)

Коренев М.М. (Харків, Україна)

Коровіна Н.О. (Москва, Російська

Федерація)

Короленко В.В. (Київ, Україна)

Крамарьов С.О. (Київ, Україна)

Крючко Т.О. (Полтава, Україна)

Лінне Т. (Стокгольм, Швеція)

Лукашук В.Д. (Київ, Україна)

Мальцев С.В. (Казань, Російська

Федерація)

Маменко М.Є. (Київ, Україна)

Маркін Л.Б. (Львів, Україна)

Маркевич В.Е. (Київ, Україна)

Медвідь В.І. (Київ, Україна)

Моренко М.О. (Астана, Казахстан)

Нечитайло Ю.М. (Чернівці, Україна)

Омельченко Л.І. (Київ, Україна)

Павлишин Г.А. (Тернопіль, Україна)

Пирогова В.І. (Львів, Україна)

Потапов В.О. (Дніпропетровськ,

Україна)

Сенаторова Г.С. (Харків, Україна)

Сміян І.С. (Тернопіль, Україна)

Сміян О.І. (Суми, Україна)

Содер О. (Стокгольм, Швеція)

Степанківська Г.К. (Київ, Україна)

Тяжка О.В. (Київ, Україна)

Узакбаєв К.А. (Бішкек, Киргизстан)

Хайтович М.В. (Київ, Україна)

Шамсієв Ш.С. (Ташкент, Узбекистан)

Шунько Є.Є. (Київ, Україна)

Чуриліна А.В. (Київ, Україна)

Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології» цитується й індексується в інформаційно-довідкових виданнях Index Copernicus, РІНЦ та Google Scholar Citations та представлений в в Ulrich's International Periodical Directory

**Видавці:** Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

Євразійська асоціація педіатрів

**Адреса редакції:** вул. Л. Толстого, 10, 01601 Київ, Україна

**E-mail:** [ijpog.editor@gmail.com](mailto:ijpog.editor@gmail.com); [ijpog.editor@ukr.net](mailto:ijpog.editor@ukr.net)

**Тел.:** +38 044 234 53 75; Факс: +38 044 235 53 45

---

# INTERNATIONAL JOURNAL OF PEDIATRICS, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

## Editor

Vitaly Maidannyk (Kyiv, Ukraine)

## Acting editor in Chief

I.O. Mityuryayeva-Korniyko (Kyiv, Ukraine)

## Associate Editors

Oleg Hnateyko (Lvov, Ukraine)  
Boris Kaganov (Moscow, Russian Federation)  
Vasiliy Benyuk (Kyiv, Ukraine)  
Valeriy Zaporozhan (Odessa, Ukraine)

## Managing Editor

Irina Stanishevskaya

---

## Editorial Board

Abaturov A.E. (Dnepropetrovsk, Ukraine)	Zhuk S.I. (Kyiv, Ukraine)	Mazkevich V.E. (Kyiv, Ukraine)
Antipkin Yu.G. (Kyiv, Ukraine)	Zaytseva O.V. (Moscow, Russian Federation)	Medved V.I. (Kyiv, Ukraine)
Avramenko T.V. (Kyiv, Ukraine)	Zakharova I.N. (Moscow, Russian Federation)	Morenko M.A. (Astana, Kazakhstan)
Aryayev N.L. (Odessa, Ukraine)	Zryachkin N. I. ( Saratov, Russian Federation)	Nechitaylo Yu.N. (Chernovtsy, Ukraine)
Bagdasarova I.V. (Kyiv, Ukraine)	Kamilov A.I. (Tashkent, Uzbekistan)	Omelchenko L.I. (Kyiv, Ukraine)
Belykh N.A. (Ryazan, Russian Federation)	Kvashnina L.V. (Kyiv, Ukraine)	Pavlishin G.A. (Ternopol, Ukraine)
Belyayeva L.M. (Minsk, Belarus)	Klimenko T.M. (Kharkiv, Ukraine)	Pirogova V.I. (Lvov, Ukraine)
Boychuk A.V. (Ternopol, Ukraine)	Koloskova E.K. (Chernovtsy, Ukraine)	Potapov V.A. (Dnepropetrovsk, Ukraine)
Vdovichenko Yu.P. (Kyiv, Ukraine)	Korenev N.M. (Kharkiv, Ukraine)	Smiyan A.I. (Ternopol, Ukraine)
Ventskiy B.M. (Kyiv, Ukraine)	Korovina N.A. (Moscow, Russian Federation)	Smiyan I.S. (Ternopol, Ukraine)
Volkov I.K. (Moscow, Russian Federation)	Korolenko V.V. (Kyiv, Ukraine)	Soder O. (Stockholm, Sweden)
Vokhidov A.V. (Tadzhikistan)	Kramarev S.A. (Kyiv, Ukraine)	Stepankovskaya G.K. (Kyiv, Ukraine)
Voronenko Yu.V. (Kyiv, Ukraine)	Kryuchko T.A. (Poltava, Ukraine)	Tyazhka O.V. (Kyiv, Ukraine)
Geppe N.A. (Moscow, Russian Federation)	Linne T. (Stockholm, Sweden)	Uzabkayev K.A. (Bishkek, Kirgizstan)
Gorelov A.V. (Moscow, Russian Federation)	Lukashuk V.D. (Kyiv, Ukraine)	Khaytovich N.V. (Kyiv, Ukraine)
Grechanina E.Ya. (Kharkiv, Ukraine)	Maltsev S.V. (Kazan, Russian Federation)	Shamsiyev Sh.S. (Tashkent, Uzbekistan)
Danilenko G.M. (Kharkiv, Ukraine)	Senatorova A.S. (Kharkiv, Ukraine)	Shunko Ye.E. (Kyiv, Ukraine)
Dikanbayeva S.A. (Almata, Kazakhstan)	Mamenko M.E. (Kyiv, Ukraine)	Churilina A.V. (Kyiv, Ukraine)
Dudnik V.M. (Vinnitsa, Ukraine)	Markin L.B. (Lvov, Ukraine)	
Zhabchenko I.A. (Kyiv, Ukraine)		

The International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology is quoted and indexed in the Index Copernicus, RINC and Google Scholar Citations and presented in the Ulrich's International Periodical Directory

**Publishers:** O.O. Bohomolets National Medical University,  
Euroasian Pediatric Association

**Address:** 10, Tolstogo str., 01601 Kyiv, Ukraine

**E-mail:** [ijpog.editor@gmail.com](mailto:ijpog.editor@gmail.com); [ijpog.editor@ukr.net](mailto:ijpog.editor@ukr.net)

**Tel.:** +38 044 234 53 75; **Fax:** +38 044 235 53 45

---

- 5,9 доби ( $p < 0,05$ ). Разом з тим, сильно турбуючий малопродуктивний кашель відмічався у 28,6% дітей I групи та 13,5% хворих II групи ( $p > 0,05$ ). За частотою наявності явищ тахіпное чи тахікардії значних відмінностей не виявлено, однак явища задишки на першу добу стаціонарного етапу лікування реєструвалися частіше у хворих I клінічної групи (86,0%) порівняно з пацієнтами групи порівняння (66,0%,  $p < 0,05$ ), так само як і явища дихальної недостатності II ступеня (23,8% проти 15,7% відповідно,  $p > 0,05$ ). Слід зазначити, що за наявності супутньої анемії у дітей із обструктивним бронхітом співвідношення шансів наявності дихальної недостатності II ступеня становило 1,7, абсолютний ризик - 1,3. Водночас показник сатурації кисню  $SpO_2$  за даними пульсоксиметрії у дітей I клінічної групи у середньому сягав 92,5% та 94,9% у пацієнтів II групи ( $p > 0,05$ ), а співвідношення шансів наявності, показник сатурації кисню  $SpO_2$  за даними пульсоксиметрії, визначалося на рівні 3,0 (95% ДІ: 1,65-5,46), абсолютний ризик - 1,7, відносний ризик - 26,7%.

**Висновки.** Отже, у дітей із гострим обструктивним бронхітом із супутньою полідефіцитною анемією порівняно з хворими на бронхіт без анемічного синдрому перебіг захворювання характеризується дещо виразнішими клінічними симптомами, вірогідно вищим ризиком дихальної недостатності та нижчих показників сатурації кисню за даними пульсоксиметрії.

## МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕІНВАЗИВНИХ ПОКАЗНИКІВ У ВЕРИФІКАЦІЇ ЕТІОЛОГІЇ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Ткачук Р.В., Білоус Т.М., Дікал М.В.  
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Мета.** Дослідити неінвазивні показники при негоспітальній пневмонії у дітей з метою вивчення клініко-епідеміологічного ризику їх застосування у верифікації етіологічного чинника захворювання.

**Матеріали та методи.** На базі Обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці (Україна) методом простої випадкової вибірки за методикою "випадок-контроль" обстежено 40 дітей із верифікованою негоспітальною неускладненою пневмонією. У 30 дітей за результатами бактеріологічного дослідження мокротиння встановлено наявність бактеріальних збудників (стафілококи, стрептококи та ін.) і відсутність вірусних збудників за результатами вірусологічного дослідження мазків із ротоглотки (I клінічна група, середній вік дітей становив  $10,1 \pm 0,91$  року, із них 48,3% було хлопчиків), у 10 пацієнтів підтверджено наявність вірусних збудників за результатами вірусологічного дослідження мазків із ротоглотки та відсутність позитивних бактеріологічних засівів (II клінічна група, середній вік хворих  $4,1 \pm 0,71$  року ( $p_0 < 0,05$ ), серед них частка хлопчиків становила 70,0% випадків). Діагностика та лікування пневмонії базувалися на відповідних діючих протоколах.

**Результати.** Виявлено, що за тяжкістю та формою пневмонії клінічні групи вірогідно не відрізнялися. Вміст метаболітів монооксиду нітрогену в конденсаті видихуваного повітря становив  $54,9 \pm 7,99$  мкмоль/л у дітей I групи та  $22,6 \pm 2,61$  мкмоль/л у пацієнтів II групи ( $p < 0,05$ ), загальний білок -  $3,4 \pm 0,26$  г/л проти  $3,4 \pm 0,70$  г/л відповідно ( $p > 0,05$ ), активність каталази -  $71,6 \pm 14,13$  мкмоль/(хв \* мг білка) у хворих I групи та  $28,1 \pm 4,17$  мкмоль/(хв\*мг білка),  $p < 0,05$ . Водночас у сироватці крові вміст церулоплазміну у хворих із верифікованою бактеріальною пневмонією сягав  $189,0 \pm 30,97$  мг/л, у дітей із вірусним запаленням легень -  $133,9 \pm 55,13$  мг/л ( $p > 0,05$ ), а вміст С-реактивного білка -  $13,8 \pm 2,22$  мг/л проти  $2,4 \pm 1,37$  мг/л відповідно ( $p < 0,05$ ). Разом із тим, за наявності вмісту метаболітів монооксиду нітрогену в конденсаті видихуваного повітря більше 40 мкмоль/л співвідношення шансів наявності негоспітальної пневмонії бактеріальної етіології становило 23,3, абсолютний ризик - 4,3, а за вмістом метаболітів монооксиду нітрогену в конденсаті видихуваного повітря більше 40 мкмоль/л та С-реактивного білку у сироватці крові більше 12 мг/л - співвідношення шансів наявності негоспітальної пневмонії бактеріальної етіології визначалося на рівні 24,0, абсолютний ризик - 4,0, відносний ризик - 65,2%.

**Висновки.** Таким чином, окремі неінвазивні показники, на кшталт вмісту метаболітів монооксиду нітрогену в конденсаті видихуваного повітря, можна рекомендувати до застосування щодо ранньої верифікації етіологічного чинника розвитку запального процесу легень та для подальшої оптимізації тактики лікування у дітей із негоспітальною пневмонією.

## АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПІДЛІТКІВ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Товма А.В., Іванько О.Г., Скрипникова Я.С.  
Запорізький державний медичний університет

Артеріальна гіпертензія (АГ) як одне з найпоширеніших хронічних захворювань суттєво впливає на тривалість життя населення. В зв'язку з цим проблеми діагностики, визначення тактики лікування первинної артеріальної гіпертензії (ПАГ) у молодих людей є однією з важливих в практиці сімейного лікаря.

**Матеріали та методи.** В ході нашого дослідження ми встановили особливості артеріального тиску (АТ) у підлітків 16-17 років на підставі офісних вимірювань та його добового моніторингування (ДМАТ), визначили поширеність підвищеного АТ серед підлітків під час



скринінгу та встановили діагноз ПАГ на підставі клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, дослідили динаміку ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) у підлітків з ПАГ під впливом немедикаментозних методів лікування, встановили взаємозв'язок експресії генів сімейства NFATC та їх однонуклеотидних поліморфізмів з клінічними особливостями АГ, виявили зміни самооцінки якості життя (ЯЖ) у підлітків з ПАГ в залежності від поліморфізму генів сімейства NFATC, визначили та обґрунтували фактори ремоделювання ЛШ у підлітків з ПАГ.

**Результати.** Поширеність підвищених цифр АТ серед обстежених під час проведення профілактичного огляду підлітків 16-17 років складає 29,1%, з яких в 67,7% випадків підтвердилась первинна АГ. На підставі подальших офісних вимірів АТ, проведеного ДМАТ, клініко-лабораторних та інструментальних досліджень діагноз первинної АГ встановлений у 19,7% осіб від загальної кількості підлітків, які до цього не були обізнані про наявність у них захворювання. Ехокардіографічні ознаки ремоделювання ЛШ за концентричним типом виявлені у 14,9% підлітків на момент встановлення діагнозу первинної АГ. У 42,5% обстежених з АГ в подальшому впродовж 6-12 місяців спостереження розвинулась гіпертрофія ЛШ (ГЛШ). ЕКГ-індекс Соколова-Лайона продемонстрував прогностичну властивість щодо передбачення розвитку ГЛШ за 6-12 місяців до її клінічного підтвердження. Підлітки - носії алелі С rs7240256 гену NFATC1 знаходяться у стані ризику підвищеного АТ. Низькі самооцінки ЯЖ пацієнтів з АГ, а саме загального рівня здоров'я, фізичного функціонування, емоційного стану, а також наявності різноманітних больових симптомів, властиві підліткам з генотипом ТТ rs11665469 гену NFATC1.

**Висновки.** Таким чином, на підставі наших досліджень слід рекомендувати педіатрам та сімейним лікарям при виявленні у підлітків 16-17 років офісних цифр АТ  $\geq 120/80$  мм рт. ст. щонайменше два рази з інтервалом в один-два тижні слід продовжити офісні вимірювання АТ та провести його добове моніторування, клініко-лабораторне обстеження, Ехо-КГ, ЕКГ з розрахунком індексу Соколова-Лайона з метою діагностики первинної АГ і визначення ризику ремоделювання ЛШ, при виявленні якого доцільне призначення медикаментозного лікування на тлі немедикаментозного.

## ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ БРОНХІОЛІТУ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Токарчук Н.І., Оверчук А.А.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Актуальність.** Бронхіоліт, за даними європейських досліджень, найпоширеніша вірусна інфекція нижніх дихальних шляхів, на яку припадає 18% усіх госпіталізованих дітей першого року життя. Останніми роками особлива увага науковців приділяється вивченню нових предикторів розвитку бронхіоліту, наявність алергічних захворювань та спадкова схильність до atopії розглядаються як фактори ризику у дітей першого року життя (Tenere L., et al, 2018). Відомо, що еозинофільний катіонний білок (ECP) є найбільш вивченим клінічним маркером активності еозинофілів, а також одним із показників алергічного запалення (Jon Olav Gjengst? Hunder., et al, 2020). Враховуючи підвищення частоти захворюваності на бронхіоліт на тлі обтяженого алергологічного анамнезу, доцільним є вивчення ECP як маркера алергічного запалення при бронхіоліті.

**Мета роботи.** Визначення рівня ECP, IgE у сироватці крові у дітей першого року життя, хворих на бронхіоліт.

**Матеріали та методи.** Обстеження пацієнтів проводилось на базі КНП "ВОДКЛ ВОР" у інфекційно-боксовому відділенні №2. Проведено клінічне обстеження 50 дітей першого року життя. Основну групу становили 25 дітей із бронхіолітом, які мали обтяжений алергологічний анамнез. Групу порівняння склали 15 дітей, хворих на бронхіоліт без обтяженого алергологічного анамнезу. До контрольної групи було включено 10 умовно здорових дітей. В комплекс клініко-лабораторного обстеження дітей входило визначення рівня ECP та IgE в сироватці крові. Статистична обробка отриманих даних проводилася із використанням програмного пакету IBM SPSS "STATISTICA 12" StatSoftInc. та Excel XP для Windows 10 на персональному комп'ютері з використанням параметричних і непараметричних методів обчислення.

**Результати.** Під час проведення дослідження встановлено, що у більшості (18 обстежених ( $72 \pm 2,14\%$ )) дітей основної групи рівень IgE знаходився у межах референтних значень ( $19,8 \pm 1,23$ МО/мл). Варто зазначити, що лише у 7 ( $28 \pm 1,16\%$ ) обстежених даний показник був підвищеним ( $56,4 \pm 1,32$ МО/мл), ( $p < 0,05$ ). Встановлено, що у всіх дітей групи порівняння рівень IgE не виходив за межі вікової норми.

У подальшому нами проведено аналіз рівня ECP у обстежених дітей. Дослідження показало, що у дітей основної групи середній вміст ECP ( $42,3 \pm 2,12$  нг/мл) у сироватці крові був достовірно вищим, ніж у дітей групи порівняння ( $19,3 \pm 1,16$  нг/мл), ( $p < 0,05$ ). Встановлено, що у дітей основної групи достовірно частіше визначався ( $17$  ( $68 \pm 5,32\%$ ) обстежених) підвищений рівень ECP, із його середнім значенням ( $46,1 \pm 1,34$  нг/мл), у решти дітей (8 обстежених ( $32 \pm 1,14\%$ )) рівень ECP знаходився у межах норми, із його середнім значенням ( $16,4 \pm 1,24$  нг/мл), ( $p < 0,05$ ). У ході подальшого дослідження встановлено, що у дітей, хворих на бронхіоліт без обтяженого алергологічного анамнезу, підвищений рівень ECP був виявлений лише у 6 ( $40 \pm 5,22\%$ ) хворих із його середнім значенням ( $28,6 \pm 1,27$  нг/мл), тоді як у решти дітей групи порівняння 9 ( $60 \pm 4,62\%$ ) рівень ECP знаходився у межах вікової норми. У всіх дітей контрольної групи рівень ECP не виходив за межі референтних значень.

Разом з тим, необхідно зазначити, що у дітей групи порівняння середнє значення ECP було достовірно вищим, ніж у дітей контрольної групи ( $11,5 \pm 1,32$  нг/мл), ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Підвищений рівень ECP може розглядатися як маркер алергічного запалення при бронхіоліті у дітей першого року життя.