



**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 сьогодні // 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.

чи смерті. Вперше в медицині цей термін з'явився у 1983 році. На сьогоднішній день описано близько 7 тисяч різновидів орфанних хвороб, і їх число щороку зростає. Одна і та ж хвороба може бути рідкісною для мешканців одного континенту, та поширеною для жителів іншого. Тому кожна країна розробляє свою класифікацію орфанних хвороб. Збільшення кількості орфанних захворювань в останні роки (близько 8 тисяч), особливості клінічного перебігу (хронічно прогресує, призводить до скорочення тривалості життя громадянина або до інвалідизації), погіршення якості життя пацієнтів, труднощі пов'язані зі специфічною діагностикою обізнаності населення щодо захворювання.

**Мета роботи.** Проаналізувати кількість дітей з ураженням бронхолегеневої системи ,які надходили у відділення рідкісних захворювань КНП ХОР «ОДКЛ» для конотрольного обстеження та лікування.

**Матеріали та методи.** На базі КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня » у пульмонологічному відділенні за останні 5 років зареєстровано 11 дітей з рідкісними захворюваннями.

**Результати дослідження.** За даними аналізу ми маємо:

11 дітей хворих на такі рідкісні захворювання, як:

- дефіцит L1-антитрепсин – 9 %, ( 100 % - хлопці),
- муковісцедоз – 64 % (з них дівчаток - 44,4 %, хлопців 55,6 %),
- бронхоектатична хвороба – 18 % (100 %-хлопці),
- трахеобронхомалія – 9 % (100 %-хлопці).

**Висновок.** Таким чином , орфанні захворювання бронхолегеневої системи у дітей є різноманітними , зустрічаються частіше , ніж виявляються. Останнє потребує поліпшення інформованості лікарів-педіатрів, своєчасного обстеження та вивчення сучасних підходів до терапії.

## **КОРЕКЦІЯ ПРИХОВАНИХ ПОРУШЕНЬ КОАГУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ 6 МІСЯЦІВ ЖИТТЯ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ВИКЛЮЧНО ПРИРОДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ**

*Соляник О.В., Іванько О.Г.*

Запорізький державний медичний університет

У немовлят віком від 1-6 місяців життя, за нашими даними, після курсу антибактеріальної терапії цефтриаксоном спостерігались лабораторні ознаки вітамін –К-дефіцитних порушень протромбінового комплексу, які були не пов'язані з його токсичною

дією. Ці приховані порушення коагуляції виявлялись цілком достатніми для розвитку пізньої геморагічної хвороби. Дійсно, на момент закінчення терапії збільшення МНВ (міжнародне нормоване відношення) за медіаною досягало 1,8(1,3;8) од., подовження ПТЧ(протромбіновий час)- до 22(15,8; 96) с, з одночасним зниженням ПТ (протромбіну за Квіком) до 33 (18; 60) %.

**Мета дослідження** - корекція порушень коагуляції у дітей перших 6 місяців життя, які отримують виключно природне вигодовування шляхом призначення пробіотичного препарату *Bacillus clausii*. Для цього проведено відкрите, рандомізоване дослідження 26 дітей, які перенесли гострі респіраторні захворювання та отримали антибактеріальну терапію цефтриаксоном. Всі діти були на природному вигодовуванні, яке може сприяти дефіциту жиророзчинних вітамінів, насамперед вітаміну К, внаслідок низької концентрації цього нутрієнту у материнському молоці (Erick M., 2018; Prell C., 2016). З них 13 дітям після завершення терапії цефтриаксоном призначений препарат *Bacillus clausii* в дозі  $2 \times 10^9$  КУО в 5 мл суспензії 1 раз на добу перорально протягом 10 діб, який здатен активно виробляти менакінони (Yong A.V., 2012). Групу порівняння склали ще 13 дітей, які отримували антибіотик, але не приймали *Bacillus clausii*. Дослідження протромбінового комплексу проведено всім дітям на перший та десятий день спостереження. Критерієм залучення до дослідження був показник МНВ понад 1,3 од., що свідчило про порушення синтезу протромбіну внаслідок попереднього застосування антибактеріальної терапії. При спостереженні у динаміці як в групі дітей, які отримали *Bacillus clausii*. так і в групі порівняння відзначалась тенденція до нормалізації показників протромбінового комплексу після завершення терапії. Але саме призначення пробіотичного препарату *Bacillus clausii* сприяло повній нормалізації вмісту вітамін-К- залежного протеїну- протромбіну за Квіком. За даними проведеного дослідження, повна нормалізація показника протягом 10- денної терапії відзначена в 11 з 13 немовлят, тоді як серед хворих групи порівняння таких дітей було лише 3 з 13 (OR=18,33; CI=3,6-447; p=0,003). Отже, призначення пробіотичного препарату *Bacillus clausii* сприяло повній нормалізації вмісту протромбіну протягом 10- денної терапії в 11 з 13 немовлят, тоді як серед хворих групи порівняння таких дітей було лише 3 з 13 (OR=18,33; CI=3,6-447; p=0,003). Це свідчить про відновлення менакінон продукуючої мікрофлори та подолання вітамін-К-дефіцитного стану. Показники протромбінового комплексу у дітей перших 6 місяців життя, які одержали пробіотичний препарат *Bacillus clausii* у вигляді спор штамів *C*, *NC* і *T* в дозі  $2 \times 10^9$  КУО на добу протягом 10 діб після антибактеріальної терапії цефтриаксоном, відновлюються до референтних значень, що підтверджується зміною вмісту ПТ з 33 (18; 60) до 95 (60; 115) % в той час, як

у дітей групи порівняння, яким пробіотик не призначався, зберігаються ознаки гіпопротромбінемії: рівень ПТ складає 73 (55; 106) %.

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ ПРОГРЕСУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ.**

*Страшок Л.А.<sup>1</sup>, Хоменко М.А.<sup>2</sup>, Бузницька О.В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти, м.Харків

<sup>2</sup>Харківський національний університет ім. В.Г.Каразіна, м.Харків.

У світі спостерігається неухильний ріст розповсюженості дитячого ожиріння, що часто супроводжується розвитком асоційованих з ним захворювань, які раніше вважалися притаманними лише дорослому населенню. Серед найбільш частот патологій, пов'язаної з ожирінням, є неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП). Дані сучасних досліджень свідчать про те, що патогенез ожиріння та неалкогольної жирової хвороби печінки є складним та багатофакторним. Дослідження останніх років наголошують на важливій ролі шлунково-кишкового тракту в якості одного з найбільших гормонпродуруючих органів в організмі людини, а гастроінтестинальні гормони розглядають як частину єдиної системи регуляції енергетичного балансу, в якій ці сполуки впливають на масу тіла, харчову поведінку та резистентність до інсуліну і, таким чином, роблять внесок у патогенез як ожиріння так і неалкогольної жирової хвороби печінки. Грелін – гастроінтестинальний орексигенний гормон, що синтезується клітинами шлунку і тонкого кишечника, в підшлунковій залозі та центральній нервовій системі. Результати досліджень свідчать про зниження базального рівню греліну в сироватці крові дітей, хворих на ожиріння та НАЖХП. Повідомляється, що зміни рівня греліну можуть грати ключову роль у розвитку стеатозу та його прогресуванні через участь у порушеннях ліпідного обміну, формуванні інсулінорезистентності (ІР), запаленні та апоптичній загибелі клітин, що є факторами патогенезу як ожиріння, так і НАЖХП.

Останні дані свідчать, що наявність фібротичних змін у печінці є важливим фактором для прогнозування подальшого розвитку НАЖХП та у передбаченні ризику формування цирозу. Використання простих неінвазивних тестів оцінки фіброзу дозволяє виключити призначення біопсії печінки з діагностичної програми значної кількості підлітків, хворих на ожиріння та НАЖХП.

**Мета.** Визначити фактори ризику прогресування НАЖХП у підлітків з ожирінням на основі клініко-лабораторного обстеження, розрахунку індексу фіброзу печінки PNFІ та визначення вмісту гастроінтестинального гормону греліну.