

Охорона здоров'я дітей та підлітків

український міжвідомчий збірник

Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю

Актуальні питання фізіології,
патології, та організації
медичного забезпечення
дітей шкільного віку
та підлітків

17-18 грудня 2020 року



1
2020

ДО УВАГИ АВТОРІВ!

У збірнику наукових статей представлені епідеміологічні дані про стан соматичного і психічного здоров'я школярів, частоту та перебіг донозологічних порушень у них, а також організаційно-методичні питання моніторингу здоров'я дітей та підлітків. Висвітлено питання лікування і реабілітації дітей та підлітків з патологією нервової, ендокринної та серцево-судинної систем, органів травлення, ревматичними захворюваннями та репродуктивними порушеннями.

Публікації приймаються українською, російською та англійською мовами.

Увага! Роботи повинні бути ретельно відредаговані автором згідно із зазначеними вимогами. Матеріали, оформлені без урахування даних правил опубліковані не будуть!

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ:

1. Формат: файл *.doc, *.docx або *.rtf.
2. Обсяг: від 5 сторінок – формат А4.
3. Поля: 2 см з усіх боків.
4. Шрифт: Times New Roman, кегль – 14, міжрядковий інтервал – 1,5.
5. Всі величини вказуються в одиницях СІ, умовні скорочення і позначення повинні бути розшифровані. Текст не повинен мати синтаксичних і орфографічних помилок. При наборі не використовуйте переноси, в тому числі, поставлені вручну.
6. Слова, написані латинською мовою, виділяти курсивом (напр. *Helicobacter pylori*). При перенесенні кількох рядків на нову сторінку, рядки скорочуються або сторінка оплачується повністю.

ПЕРША СТОРІНКА СТАТТІ

УДК

Назва

Автори (вказати вчений ступінь, вчене звання) - українською, російською, англійською мовами.

Заклад (овою статті)

Анотація, яка розкриває суть роботи - українською, російською, англійською мовами (до 50 слів)

Резюме англійською мовою (до 250 слів)

Ключові слова: (не більше 5 слів)

СТРУКТУРА СТАТТІ

Вступ.

Матеріали і методи дослідження.

Результати та їх обговорення. (Таблиці повинні мати назву і бути максимально компактними. Рисунки (*.jpg) і фото додаються в окремих файлах – повинні мати підписи. Літературу по ходу статті цитувати в квадратних дужках [Прізвище автора без ініціалів, рік; ...]. Якщо автори два – вказуються обидва прізвища, три та більше – прізвище першого і др., рік.)

Висновки. Перспективи подальших розробок.

Список літератури (за алфавітом!) Без нумерації. Література оформлюється згідно з останніми вимогами ДАК щодо оформлення дисертацій.

ОГЛЯДОВА СТАТТЯ НЕ розбивається на розділи, але формулюється мета. Закінчується Висновками і перспективами подальших розробок.

Відомості про авторів (ПІБ повністю, звання, посада, установа, контактний телефон, електронна пошта).

Додаються такі документи (кольорові скан-копії, формат *.pdf):

- 1) супровідний лист;
- 2) висновок експертної комісії за підписом керівника установи та завірений печаткою;
- 3) рецензія доктора наук;
- 4) перша сторінка статті з візою керівника установи і остання – з підписами всіх авторів.

Автор несе відповідальність за зміст поданих матеріалів, достовірність результатів.

Електронний варіант статті і скани супровідних документів надсилати на journal@iozdp.org.ua

Детально вимоги до статей викладені на <http://journal.iozdp.org.ua>.

NB! Підтвердження отримання матеріалів обов'язково!

НЕІНВАЗИВНИЙ СКРИНІНГ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ Завгородня Н. Ю., Коненко І. С., Ягмур В. Б., Завгородня О. Ю., Дементій Н. П., Петішко О. П.	53
ГОРМОНАЛЬНИЙ СТАТУС ПІДЛІТКІВ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Іванько О. Г., Пацера М. В., Товма А. В.	54
АРТЕРІАЛЬНА І ВЕНОЗНА ЦЕРЕБРАЛЬНА ГЕМОДИНАМІКА У ПОДРОСТКОВ С ЦЕРВИКОГЕННОЇ ГОЛОВНОЇ БОЛЮ Калашников В. И.	55
ОЦІНКА ЗНАТЬ, ВІДНОШЕННЯ ТА ПРАКТИКИ ЩОДО СПОЖИВАННЯ ПРОДУКТІВ, ЯКІ МІСТЯТЬ ЗАЛІЗО, ДІТЬМИ ШКІЛЬНОГО ВІКУ В УКРАЇНІ Клименко В. А., Чумаченко Т. О., Гончар М. О., Чайченко Т. В., Плахотна О. М., Райлян М. В., Поливянна Ю. І., Литвинець Л. Я., Диганова О.О.	56
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ГІПОФІЗАРНО-ГОНАДНОЇ СИСТЕМИ У ХЛОПЦІВ З ЗАТРИМКОЮ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ТА РІЗНИМ СТУПЕНЕМ АНДРОГЕННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Костенко Т. П.	57
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХІЧНИХ І ПСИХО-ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ У ВИГЛЯДІ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ЛІКУВАННЯ НА ФОНІ ПРИЙОМУ ПРЕПАРАТУ «ГАМАЛАТЕ В6» Кувічка І. Б.	58
НЕБУЛАЙЗЕРНА ТЕРАПІЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГРВІ ТА ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ Люта Л. В., Носова О. М.	59
ЗВ'ЯЗОК КИШКОВОЇ ПРОНИКНОСТІ ТА СТАНУ ПЕЧІНКИ У ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ Пархоменко Л. К., Страшок Л. А., Хоменко М. А.	60
ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ ПІДЛІТКІВ ПРИ ОПАНУВАННІ РАДІОТЕХНІЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ В ТЕХНІКУМІ Подаленко О. В.	61
ЗАКОНОМІРНОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ І ПСИХІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ УЧНІВ ТА СТУДЕНТІВ Сергета І. В., Тимошук О. В., Браткова О. Ю., Лукіна Н. Ю., Макарова О. І.	62
ВИКЛИКИ СУЧАСНОСТІ ТА РІВЕНЬ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ У ДИНАМІЦІ НАВЧАННЯ В ЗАКЛАДІ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ Сергета І. В., Стоян Н. В., Дреженкова І. Л., Краснова Л. І., Дударенко О. Б., Процюк Л. О., Гончарук Т. І.	63
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ ВИРАЖЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО СТРЕСУ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ Сергета І. В., Серебреннікова О. А., Макаров С. Ю.	64
СТАН ФІЗИЧНОГО ТА СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА РЕВМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ Лебець І. С., Толмачева С. Р.	65
ГЕНЕАЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СІМЕЙ ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ ОЛІГОМЕНОРЕЄЮ Багацька Н. В., Нефідова В. Є.	65
СПАДКОВА ОБТЯЖЕНІСТЬ ЩОДО ПОРУШЕНЬ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ У ХЛОПЦІВ З ГІПОАНДРОГЕНІЄЮ З УРАХУВАННЯМ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ Багацька Н. В.	67
ДИНАМІКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ У ЗАКЛАДАХ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ Межибецька І. В.	68

ГОРМОНАЛЬНИЙ СТАТУС ПІДЛІТКІВ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Іванько О. Г., Пацера М. В., Товма А. В.

Запорізький державний медичний університет
iog@ukr.net, 7dr.marina@gmail.com, ia175wewe@gmail.com

Первинна (ессенціальна) артеріальна гіпертензія (ПАГ) не може вважатися як захворювання з повністю визначеним патогенезом. Саме цей факт створює умови лише для симптоматичного лікування, спрямованого на підтримання нормального тиску крові. Останнім часом стали відомі генетичні основи гіпертензії. Експресія гіпертензивних генів формує рівні гормонів, які в свою чергу виступають чинниками підвищеного артеріального тиску (АТ), ось чому дослідження гормонального статусу у підлітків може бути важливим для діагностики і попередження цього хронічного захворювання з несприятливим прогнозом у дорослому віці.

Мета дослідження

Визначити у підлітків 16-17 років із вперше виявленою ПАГ сироваткові концентрації найважливіших гормонів людини: тестостерону, ендотеліну, копептину, реніну, PIVKA II, остеокальцину для визначення їх діагностичного та прогностичного значення у виникненні хвороби.

Матеріали та методи

Дослідили 89 підлітків. З них контрольну групу склали 30 здорових осіб із нормальними цифрами АТ (10 хлопців та 20 дівчат), підтверджені добовим монітуванням АТ. Групу хворих на ПАГ склали 59 підлітків (29 хлопців та 30 дівчат), діагноз яких ґрунтувався на виявленні під час профілактичного огляду підвищених показників АТ (> 120/80 мм.рт.ст.) та АГ за даними добового моніторингу. План обстеження у цих дітей був спрямований на виключення симптоматичної АГ. Тестостерон визначали за допомогою тесту Monobind Inc., USA. Для вивчення системи регуляції артеріального тиску вивчали рівень ендотеліну (USA), реніну (USA), копептину (Philippines). Стан забезпечення вітаміном К та умови мінералізації кісток досліджували за допомогою PIVKA II (China) і остеокальцину (ids®, U.K.) методами ІФА. Показники центру групування, розсіювання, t-критерій Стьюдента, ризик та відношення шансів досліджували за методами математичної статистики.

Результати та обговорення

Відмінностей досліджених показників за t-критерієм Стьюдента у хлопців та дівчат серед досліджених показників за винятком тестостерону не відзначалося ($p > 0,05$). Спостереження показали, що при порівнянні груп дослідження шанси розвитку ПАГ при підвищенні PIVKA II були в 1,9 разів вище, ніж у підлітків з нормальними показниками. Водночас зниження рівня тестостерону у юнаків менше норми (18 пг/мл) підвищували ризик хвороби у 2,9 разів. Зниження рівня тестостерону у юнаків може бути пов'язане із ожирінням, відсутністю фізичної активності, вегетаріанством, стресом, курінням. Патогенетичний вплив недостатності тестостерону на розвиток ПАГ також може бути пов'язаний із зниженням синтезу основного вазоділататора, оксиду азоту, що можливо тільки при нормальному забезпеченні судинного ендотелію і нервових закінчень андрогеном-тестостероном. Інші розрахунки ризиків та шансів розвитку ПАГ у порівнянні із показниками здорових та хворих на ПАГ підлітків на засадах дослідження тестостерону, ендотеліну, копептину, реніну, PIVKA II, остеокальцину наближалися до нуля.

Висновки

Ґрунтуючись на порівнянні результатів лабораторних досліджень у здорових підлітків контрольної групи та підлітків з ПАГ виявлені найбільш значущі асоціації підвищення концентрації PIVKA II як у юнаків, так і у дівчат з ризиком розвитку ПАГ. Крім того, зниження рівня тестостерону у юнаків пізнього пубертатного віку можна вважати суттєвим фактором ризику розвитку ПАГ. Необхідні подальші дослідження причин розвитку прихованої андрогенної недостатності у юнаків та встановлення участі цього розладу у формуванні патогенетичних механізмів розвитку ПАГ в пізньому пубертатному віці.