

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

29 лютого 2024 року – Харків, 2024. – 75 с.

Відповідальний за випуск

Волошин К.В.

Харків 2024

дослідження грудної клітки у випадку типового бронхіоліту не рекомендоване, оскільки підвищує частоту неправильної діагностики бактеріальної пневмонії та непотрібного застосування антибіотиків. У всіх попередніх та чинних настановах використання рентгенологічного дослідження як рутинного втручання для підтвердження діагнозу «бронхіоліт» не рекомендоване. Згідно Bronchiolitis guideline (Starship Child Health, 2019), Clinical Practice Guideline (AAP, 2014) пропонується розглядати питання про використання рентгенографії грудної клітки лише при підозрі на ускладнення, наприклад, плевральний випіт або пневмоторакс, у важких випадках або при невизначеності діагнозу, що дозволить зменшити витрати на медичне обслуговування, скоротити час очікування у відділенні невідкладної допомоги, уникнути зайвого впливу іонізуючого випромінювання та нераціональної антибіотерапії. Рекомендації чинного Стандарту медичної допомоги «Бронхіоліти у дітей» (Україна, 2023) не відрізняються щодо додаткових методів обстеження від раніше перерахованих закордонних документів.

Отже, сучасні протоколи ведення і/та маршрутизація пацієнтів з бронхіолітом повинні бути спрямовані на мінімізацію медичних втручань. Однак, за нашими даними, у допандемічний період у значної частини госпіталізованих пацієнтів із бронхіолітом нерекomenдовані згідно «Стандарту» додаткові лабораторно-інструментальні обстеження без індивідуального обґрунтування здійснювали в 43-100% випадків, причому в аспекті диференційного діагнозу з пневмонією діагностичного значення вони не мали і могли спонукати до призначення нераціональної антибіотикотерапії.

ОЦІНКА РУХЛИВОСТІ СУГЛОБІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Сивогривова К. Б.

**Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Кафедра госпітальної педіатрії**

Актуальність теми. Формування діабетичної остеоартропатії (ДОАП) пов'язано з особливостями скелету в дитячому віці, набором кісткової маси та ростовим стрибком. Зазвичай у дітей для оцінки стану суглобової системи більше уваги приділяється функції променевоzap'ясних суглобів. Нажаль поза увагою залишаються інші суглоби дитячого організму, які також потрапляють під вплив гіперглікемії та абсолютної недостатності інсуліну.

Мета роботи: оцінка рухливості суглобів у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, в залежності від стану глікемічного контролю.

Матеріали і методи: під спостереженням знаходилось 50 дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, віком від 11 років до 17 років. В залежності від стану глікемічного контролю діти були розподілені на три групи. Перша група – 8 дітей з ідеальним та оптимальним рівнем глікемічного контролю, друга група - 12 дітей з субоптимальним рівнем глікемічного контролю, третя група - 30 дітей з глікемічним контролем з високим ризиком для життя. Групи були репрезентативні за віком, статтю та тривалістю перебігу цукрового діабету Групу контролю склали 20 умовно здорових однолітків. Всім пацієнтам з цукровим діабетом та дітям групи контролю була проведена оцінка функції суглобів з використанням гоніометричних методів діагностики з визначенням об'єму активної та пасивної рухливості суглобів.

Отримані результати дослідження. Проведені дослідження показали, що в групі контролю відхилень в функції суглобів в жодному випадку не спостерігалось. В той же час було встановлено, що у 32 (64%) дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, спостерігалися обмеження рухливості в різних групах суглобів. Частота обмеження рухливості суглобів у дітей, хворих на цукровий діабет, зростала при погіршенні глікемічного контролю. Якщо серед дітей першої групи обмеження рухливості суглобів було зареєстровано лише в 1 (12,5%) випадку, то в другій групі – у 4 (33%) дітей, а у дітей третьої групи практично у всіх дітей відмічалось зменшення амплітуди рухів у суглобах - 27 (90%) випадків. Слід відмітити, що як активні, так і пасивні рухи у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, не супроводжувалися вираженим болем під час руху або в спокої, а лише незначними дискомфорними відчуттями під час фізичних навантажень. У всіх випадках обмеження рухливості суглобів мало двобічний характер. При погіршенні стану глікемічного контролю кількість суглобів, в яких відмічалось зменшення амплітуди рухів, збільшувалася. Якщо у пацієнтів першої та другої груп обмеження рухливості спостерігалися в 1–2 суглобах, то в групі з глікемічним контролем з високим ризиком для життя – в 3–5 суглобах. Найчастіше у дітей другої групи страждала розгинальна функція променево-зап'ясткових суглобів та підшовне згинання гомілково-ступневих суглобів – по 33% випадків. В групі пацієнтів з глікемічним контролем з високим ризиком для життя переважали обмеження підшовного та тильного згинання в гомілково-ступневих суглобах – 57% та розгинальної та згинальної функція променево-зап'ясткових суглобів – 50%, які в 17% випадках поєднувалися з обмеження рухливості в ліктьових суглобах, в 10% випадків – з порушенням згинальної функції колінних суглобів та в 10% – з обмеженням амплітуди згинання та приведення в кульшових суглобах.

Висновок. Таким чином, у дітей, хворих на цукровий діабет, має місце висока частота формування синдрому обмеження рухливості суглобів, серед клінічних проявів якого переважають обмеження рухливості в гомілково-ступневих та променево-зап'ясткових суглобах. Встановлено, що розвиток та клінічні прояви даного ускладнення залежать від стану глікемічного контролю.

ХРОНІЧНА КРОПИВ'ЯНКА ЧИ УРТИКАРНИЙ ВАСКУЛІТ

– ДІАГНОСТИЧНА ДІЛЕМА?

Скрябіна К. В., Самсоненко С. В.

Дніпровський державний медичний університет

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб та педіатрії 2

Уртикарний васкуліт (УВ) це рідкісне захворювання, що має дві складові: клінічні прояви кропив'янки та гістопатологічні ознаки шкірного лейкоцитокластичного васкуліту дрібних судин, переважно з залученням посткапілярних венул. На даний момент не існує єдиних клінічних рекомендацій, а підходи до діагностики та лікування УВ відрізняються. Це обумовлено, в першу чергу, різноманіттям шкірних, системних та серологічних ознак, які утруднюють встановлення діагнозу.

Мета роботи – навести власний клінічний випадок УВ, розкрити ключові моменти патогенетичних механізмів, диференційної діагностики та лікувальної тактики УВ.

Клінічний випадок. Хлопчик 17 років звернувся до алерголога зі скаргами на тривалий висип (більше трьох тижнів), що супроводжувався свербіжем. З анамнезу захворювання відомо, що провокаційними факторами початку захворювання були: укуси

