

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. КАРАЗІНА

ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Матеріали ювілейної X науково-практичної конференції молодих вчених
та студентів з міжнародною участю



Харків 2025

залучення до патологічного процесу легень, ставився діагноз: внутрішньолікарняна пневмонія з рентгенологічним підтвердженням. Під час обстеження 1 групи дітей виявлено фактори, що сприяли розвитку пневмонії. Перинатальна енцефалопатія виявлена у 15 дітей (60%), штучне вигодовування у 19 дітей (76%), наявність алергії у 14 дітей (56%), анемія у 19 дітей (76%), рахіт у 10 дітей (40%), TORCH інфекція у 12 дітей (48%), частота захворювання на першому році життя понад 3 рази на рік у 23 дітей (92%).

У дітей 2 групи - 55 дітей (69%), де не спостерігалось залучення до патологічного процесу легень, при наявності ГРВІ супутня патологія була виявлена: перинатальна енцефалопатія у 5 дітей (10%), штучне вигодовування у 11 дітей (20%), наявність алергії у 4 дітей (6%) анемія у 8 дітей (14%), рахіт у 7 дітей (13%), TORCH інфекція у 2 дітей (4%), частота захворювання на першому році життя більше 3 разів на рік у 8 дітей (14%).

Проведені спостереження показали, що у дітей з ГРВІ, що протікає на тлі множинних супутніх станів, частіше спостерігається внутрішньолікарняна пневмонія. У випадках розвитку бактеріальних ускладнень клініко-рентгенологічні дані дозволили встановити середньотяжку вогнищеву пневмонію. Процес частіше мав односторонній характер. Хворі були виписані через 14-18 днів у задовільному стані.

Висновки. Проведене спостереження підтвердило, що розвитку внутрішньолікарняної пневмонії у дітей раннього віку сприяє перинатальна патологія, вигодовування та наявність супутніх захворювань. Поєднання декількох супутніх захворювань сприяли збільшенню частоти пневмоній. Комплексна терапія із застосуванням ступінчастої антибактеріальної терапії та корекції супутньої патології сприяли одужанню. З метою профілактики повторних захворювань, такі діти мають отримувати повторні курси лікування супутньої патології.

ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПІД МІКРОСКОПОМ: ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЗБУДНИКА

Захарченко Н.А.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кафедра госпітальної педіатрії

Актуальність. Сечовивідні шляхи людини є одним із найпоширеніших місць бактеріальних інфекцій. Незважаючи на те, що бактерії регулярно проникають у сечовий міхур, інфекції сечовидільних шляхів (ІСШ) розвивається не завжди. Цьому сприяють місцеві механізми захисту стінок сечового міхура, такі як вироблення слизу та виділення антимікробних пептидів уроепітелієм, що у свою чергу обмежують чи унеможливають приєднання бактерій до уроепітеліальних клітин. Кателіцидин є компонентом вродженого імунітету сечовивідних шляхів, виконуючи антимікробну функцію шляхом руйнування мембранних патогенів і запобігання їх адгезії до уротелію. Незалежно від цього, він модулює запальну відповідь, регулюючи вироблення цитокінів і сприяючи активації імунних клітин. Дослідження рівня кателіцидину при різних формах ІСШ може сприяти розумінню механізмів імунної відповіді та пошуку нових підходів до лікування інфекційних сечовивідних шляхів.

Мета. Дослідити особливості вмісту кателіцидину у сироватці крові дітей у залежності від збудника та клінічної форми ІСШ.

Матеріали і методи. До нашого дослідження увійшло 84 дитини віком від 6 до 14 років (середній вік $10 \pm 1,3$), які перебували на стаціонарному лікуванні у Запорізькій

обласній дитячій клінічній лікарні упродовж 2018-2020 рр. Основну групу досліджу склали 64 дитини з первинними інфекціями сечовидільної системи.

Основну групу було розділено на чотири підгрупи: до першої увійшли 17 дітей з гострим пієлонефритом, до другої – 21 пацієнт з хронічним пієлонефритом, до третьої – 16 пацієнтів з гострим циститом, до четвертої – 10 пацієнтів з інфекціями сечовидільної системи не уточненими. У групу контролю було включено 20 умовно здорових дітей, репрезентативних за статтю та віком, без ознак запалення органів сечовидільної системи.

Дослідження вмісту кателіцидину проводилося методом імуноферментного аналізу (ІФА) за допомогою комерційного набору Hycult Biotech, LL37, Human, ELISA (Нідерланди).

Результати дослідження. Найвищий рівень кателіцидину в сироватці крові спостерігався у дітей з гострим пієлонефритом та гострим циститом ($p < 0,05$). У дітей з хронічним пієлонефритом та не уточненими ІСШ рівень кателіцидину також мав тенденцію до підвищення, але ця різниця не була статистично значущою ($p > 0,05$). Результати дослідження свідчать про те, що гострі запальні процеси в сечовивідних шляхах, особливо ті, що мають чітку локалізацію, призводять до значного підвищення рівня кателіцидину.

У дітей першої підгрупи, хворих на гострий пієлонефрит, статистично значуще підвищення рівня кателіцидину ($p < 0,05$) відбувалося за рахунок грампозитивної флори та становило 1,99 (1,44; 2,54) нг/мл проти 1,34 (1,18; 1,66) нг/мл у групі контролю та 1,54 (1,26; 1,7) нг/мл у дітей з грамнегативною флорою. У пацієнтів другої підгрупи, з хронічним пієлонефритом, так само, як і у першої підгрупи, спостерігався низький рівень сироваткового кателіцидину у дітей з грам-негативною флорою 1,6 (1,5; 1,8) нг/мл, у порівнянні з дітьми з грам-позитивною флорою 1,8 (1,5; 2,3) нг/мл. У дітей із гострим циститом рівень кателіцидину був найвищим у хворих з виявленою Гр- флорою та становив 2,03 (1,5; 2,7) нг/мл, що достовірно перевищував ($p < 0,01$) показник дітей з Гр+ флорою 1,34 (1,26; 1,76) нг/мл та 1,34 (1,18; 1,66) нг/мл у дітей контрольної групи. Цікавим виявився той факт, що рівень кателіцидину не мав достовірної різниці ($p > 0,05$) у дітей з Гр+ мікрофлорою та у дітей із групи контролю. У пацієнтів, хворих на не уточнені ІСШ, найвищий рівень сироваткового кателіцидину спостерігався при виявленні грамнегативної флори та становив 1,64 (1,22; 2,01) нг/мл, проте статистично значущої різниці не було виявлено ($p > 0,05$) в порівнянні як з дітьми з грампозитивною флорою (1,45 (1,27; 1,66) нг/мл), так і з дітьми контрольної групи (1,34 (1,18; 1,66) нг/мл).

Висновки. Вміст сироваткового кателіцидину залежить не тільки від клінічної форми захворювання сечовидільних шляхів, але й від етіологічного фактора, тобто від виду патогенної мікрофлори, що спричинила запальний процес. Це необхідно враховувати при визначенні тактики терапії.

ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Іванова Л.А., Паламарчук М.І., Друзул – Мельник Н.В.

**Буковинський державний медичний університет
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб**

Актуальність. Пандемія коронавірусної інфекції (COVID-19) стала викликом для медичної галузі в усьому світі. Медичні працівники є основною ланкою для подолання пандемії. Епідеміологічно небезпечним в ланцюзі надання медичної допомоги дітям є ризик зараження медичних працівників, а він, безумовно вищий, ніж у інших верств населення.

ЗМІСТ

1	<i>Андрікевич І.І., Жмурчук В.М., Пасік В.Ю., Мантак Г.І.</i> ФЕОХРОМОЦИТОМА У ДІТЕЙ. КЛІНІЧНИЙ КЕЙС	3
2	<i>Андрущенко В.В., Дяченко М.С., Головачова В.О.</i> КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ	4
3	<i>Безерко Т.М., Іванова Л.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ: ВІКОВІ АСПЕКТИ	5
4	<i>Вакуленко А.І.</i> ПРОЯВИ ПЕРВИННОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ ПІД МАСКОЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ	7
5	<i>Гончаренко Д.В.</i> ГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ СИНДРОМУ ПРАДЕРА- ВІЛЛІ	8
6	<i>Дігтяр В.А., Галаган А.А., Лук'яненко Д.М.</i> УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ПЛЕВРАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ДЕСТРУКТИВНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ	9
7	<i>Дяченко М.С., Андрущенко В.В.</i> АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ, ІНФІКОВАНИХ ХЛАМІДІЯМИ	11
8	<i>Дяченко М.С., Усенко С.Г., Усенко С.А.</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ХЛАМІДІЯМИ	12
9	<i>Зайцев І.Е., Лопат Я.С.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ ДО 2 РОКІВ	13
10	<i>Захарченко Н.А.</i> ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИДИЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПІД МІКРОСКОПОМ: ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЗБУДНИКА	14
11	<i>Іванова Л.А., Паламарчук М.І., Друцун – Мельник Н.В.</i> ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19	15
12	<i>Іванців О.Р., Федяк І.О., Ткачук З.В., Татарин Б.Б., Пронів В.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ	17
13	<i>Ільченко С.І., Маковійчук О.А.</i> ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ТА СПЕЦИФІЧНІСТЬ РІВНЯ СИРОВАТКОВОЇ ОСТЕАЗИ У ВИЯВЛЕННІ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ	18
14	<i>Камінська М.О.</i> ВПЛИВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНОЮ ЛІЙКОПОДІБНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ГРУДНОЇ КЛІТКИ	20
15	<i>Карпушенко Ю.В., Кожина О.С.</i> АНКЕТУВАННЯ ШКОЛЯРІВ ЩОДО АЛЕРГОПАТОЛОГІЇ ЯК СРІНІНГ ДІАГНОСТИКА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	21
16	<i>Катрич Ю.О., Підкова В.Я.</i> СТАН ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ДІТЕЙ-СПОРТСМЕНІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ	22
17	<i>Колоскова О.К., Кисельова А.А.</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МАТЕРИНСЬКИХ ЧИННИКІВ РИЗИКУ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСУ ІЗ ВМІСТОМ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ	23