

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 XI науково-практичної конференції молодих вчених та
студентів з міжнародною участю



Харків 2026

визначався в сироватці крові методом ІФА з використанням комерційного набору Human SP-D, ELISA Kit, Elabscience Biotechnology, USA.

Результати дослідження: Встановлено, що рівень SP-D у дітей із захворюваннями гастроудоденальної зони складав $43,1 \pm 2,1$ нг/мл і був майже вдвічі менший за показники контрольної групи - $77,9 \pm 3$ нг/мл ($p < 0,05$). Знижений рівень означеного пептиду у дітей із патологією верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, вказував на зрушення в імунному захисті, та вочевидь, виступав тригером, що унеможлилював попередження розвитку запального процесу у слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки.

Подальше ранжування з урахуванням наявності інфекції *H.pylori* показало, що різниці між рівнем SP-D у сироватці крові дітей із захворюваннями, асоційованими та неасоційованими з *H.pylori*, не було, а показники становили $42,3 \pm 3$ нг/мл та $43,9 \pm 3,2$ нг/мл відповідно ($p > 0,05$). Одержані результати свідчили про відсутність прямого впливу *H.pylori* на концентрацію SP-D і одночасно вказували на те, що зниження рівня даного антимікробного пептиду не створювало більш сприятливих умов для доєднання бактерії. Отримані дані вказували на те, що патогенетичним механізмом розвитку захворювань гастроудоденальної зони у дітей є порушення імунного захисту, а запальний процес формується на тлі зниження SP-D незалежно від наявності чи відсутності *H.pylori*.

Висновок. Розвиток запальних процесів верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у дітей відбувається на фоні зниження рівня SP-D в сироватці крові, незалежно від наявності *H.pylori*.

ДОДАТКОВІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ ОСТЕОАРТРОПАТІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Сивоєризова К.Б.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кафедра госпітальної педіатрії

Одним з розповсюджених ускладнень цукрового діабету 1 типу у дітей є діабетична остеоартропатія (ДОАП). На фоні абсолютної інсулінової недостатності та хронічної гіперглікемії розвиваються ангіопатія та нейропатія, що в подальшому виражається в погіршенні мінерального обміну кісток та порушенні рухливості суглобів. Через компенсаторні можливості дитячого організму ці порушення виявляють не одразу, а з часом, що може проявлятися підвищеними ризиками переломів кісток та погіршенням якості життя через діабетичну остеоартропатію.

Мета та задачі роботи. Дослідити вміст дезоксиіпрідиноліну в сечі у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, та визначити його роль в якості додаткового діагностичного маркеру розвитку діабетичної остеоартропатії.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходились 98 дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, віком від 10 до 17 років. Групу контролю склали 24 умовно здорових дитини. Групи були репрезентативні за віком та статтю. Всім дітям проводилося визначення кісткової маси, жирової маси та їх співвідношення. З метою мінімізації впливу віку дитини, її маси та росту проводився розрахунок індексів даних показників. Визначення об'єму рухів в суглобах проводилося за допомогою гоніометра. Ступінь обмеження рухливості суглобів визначали за методикою та класифікацією Arian L. Rosenbloom (1982). ДОАП діагностували при наявності обмеження рухливості суглобів 1 та більше ступеню. Додатково проводилося визначення рівню загального кальцію та фосфору в сироватці крові. Дослідження вмісту

дезоксипіридиноліну в сечі проводилося за допомогою методу ІФА (MICROVUE DPD EIA, QuidelOrtho, USA).

Отримані результати та їх обговорення. За результатами проведеного дослідження діабетичну остеоартропатію було встановлено у 69,4% обстежених дітей, клінічна картина якої характеризувалася різним ступенем порушення рухливості суглобів, в тому числі, 1 ступінь обмеження рухливості суглобів виявлено у 41 (41,8%) пацієнта, 2 ступінь – у 21 (21,4%) пацієнта та 3 ступінь обмеження рухливості суглобів визначено у 6 (6,1 %) дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу. Встановлено, що збільшення ступеню порушення рухливості суглобів супроводжувалося зменшенням індексу кісткової маси за рахунок збільшення відсотка жирової маси, що підтверджувалося зменшенням співвідношення кісткової маси до жирової тканини. Якщо у дітей без ознак ДООП та з 1 ступенем обмеження рухливості суглобів дане співвідношення не мало статистичної відмінності з показниками групи контролю і склало $2,86 \pm 0,27$ у.о. та $2,75 \pm 0,17$ у.о., відповідно проти $3,13 \pm 0,26$ у.о. групи контролю ($p > 0,05$), то у пацієнтів з 2 та 3 ступенем цей показник склав $2,35 \pm 0,13$ у.о., що в 1,3 рази менше, ніж в групі контролю ($p > 0,05$). В той же час, нами не було виявлено статистичної різниці між вмістом загального кальцію та фосфору сироватки крові у пацієнтів, хворих на цукровий діабет 1 типу, та групи контролю. Було встановлено лише тенденція до зниження рівня загального кальцію у пацієнтів з 2-3 ступенем обмеження рухливості суглобів, але без статистичної значущості ($p > 0,05$). Тому на наступному етапі роботи ми проаналізували рівень дезоксипіридиноліну, як продукту деградації колагену кісткової тканини, в сечі у дітей з груп спостереження. Було встановлено, що збільшення ступеню порушення рухливості в суглобах супроводжувалося підвищенням рівню дезоксипіридиноліну в сечі. Рівень дезоксипіридиноліну у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу, без ознак ДООП не мав статистичної різниці від аналогічного показника контрольної групи ($1,4 \pm 0,04$ mMol/l проти $1,39 \pm 0,03$ mMol/l, відповідно, ($p > 0,05$); в той час як серед дітей з ознаками ДООП спостерігалася поступове підвищення цього показника до $1,49 \pm 0,07$ mMol/l у дітей з 1 ступені обмеження рухливості та $1,51 \pm 0,05$ mMol/l з 2-3 ступенем порушення рухливості суглобів. Слід відмітити, що найбільша екскреція дезоксипіридиноліну спостерігалася у пацієнтів з глікемічним контролем з високим ризиком для життя, в той час, як при наявності ідеального та оптимального глікемічного контролю, вміст дезоксипіридиноліну в сечі не відрізнявся від аналогічних показників контрольної групи ($p > 0,05$).

Висновки. Таким чином, отримані результати дослідження свідчать, що діабетична остеоартропатія є поширеним ускладненням, яка зустрічається у 69,4% дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу. Основним клінічним проявом даного ускладнення є синдром обмеження рухливості суглобів із залученням в патологічний процес усіх груп суглобів. Прогресування ДООП супроводжується збільшенням екскреції з сечею дезоксипіридиноліну, визначення якого можна використовувати в якості одного із ранніх маркерів діабетичної остеоартропатії. Додатковим незалежним фактором розвитку ДООП виступає стан глікемічного контролю.

32	<i>Музика О.О., Шлеєнкова Г.О., Волошин К.В., Слободянюк О.Л., Цюра О.М.</i> ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКУ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ ЗА ШКАЛОЮ SIBDQ	41
33	<i>Олійник Р.А., Круліковська І.О., Урбась О.В. Голодних О.А.</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НОВОГО ВАРІАНТУ ТЯЖКОГО КОМБІНОВАНОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ В ГЕНІ DOCK2	42
34	<i>Оліфенко М.В.1, Медведєва К.А.1, Головка Т.О.1,2, Фадєєва А.О.</i> ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ІЗ ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ У ПРИФРОНТОВИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ ДО ТА ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ	44
35	<i>Пахольчук О.П., Димитрюк Д.С.</i> СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЖОВТЯНИЦЬ ТА ВАД ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ	45
36	<i>Петрашенко В.О., Редько О.К., Бутенко В.В., Лазоренко В.В.</i> ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ	47
37	<i>Продан О.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ	47
38	<i>Романчук Л.І.</i> ОКИСНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ І СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З COVID-19: ДІАГНОСТИЧНО-ПРОГНОСТИЧНІ МАРКЕРИ	48
39	<i>Руснак М.С.</i> ГЕМАТОЛОГІЧНІ ІНДЕКСИ ІНТОКСИКАЦІЇ ЯК ПРЕДИКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ СЕПСИСУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ	50
40	<i>Савченко Д.С.</i> РІВЕНЬ SP-D ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ, АСОЦІЙОВАНИХ ІЗ HELICOBACTER PYLORI У ДІТЕЙ	51
41	<i>Сивогривова К.Б.</i> ДОДАТКОВІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ ОСТЕОАРТРОПАТІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ	52
42	<i>Сидорчук Д.М., Гарас М.Н.</i> ОСОБЛИВОСТІ МАНІФЕСТАЦІЇ ГРИПУ У ПОЄДНАННІ З ЕБВ-ІНФЕКЦІЄЮ	54
43	<i>Смулка М.В., Федоряк С.О., Тарнавська С.І.</i> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОЇДІВ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	55
44	<i>Ставнійчук С.С.</i> ІНФОРМАЦІЙНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ БАТЬКІВ ДО ВАКЦИНАЦІЇ ДІТЕЙ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ТА ВОЄННОГО СТАНУ	56
45	<i>Степанов Ю.М., Завгородня Н.Ю., Очеретянко Ю.А.</i> ВПЛИВ ВОЄННОГО ЧАСУ НА РІВЕНЬ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ	57
46	<i>Тельман Д.А., Романчук Л.І.</i> КОНЦЕНТРАЦІЯ ДЕФЕНЗИВІВ ЯК ПОКАЗНИК ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ДІТЕЙ	58
47	<i>Федоряк С.О., Тарнавська С.І.</i> КОМОРБІДНИЙ ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ У ДІТЕЙ: КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ АСПЕКТИ	59
48	<i>Харук Н.В., Гарас М.Н.</i> СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ	60