

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

87,24±1,99 бали проти 78,87±2,58, $p < 0,01$) та за місяць (81,74±3,15 бали проти 66,72±3,58, $p < 0,01$; 87,50±2,09 бали проти 79,35±3,29, $p < 0,05$). Показник складової функціонування в школі був вищим у дітей з олігоартикулярним варіантом за місяць (71,12±3,26 бали проти 58,71±3,29, $p < 0,01$). Під час воєнних дій лише показники емоційної складової істотно вищими були у дітей з олігоартикулярним варіантом перебігу як за тиждень (77,22±3,99 бали проти 65,43±4,32, $p < 0,05$), так і за місяць (77,59±4,02 бали проти 63,02±3,24, $p < 0,01$).

При порівнянні показників ЯЖ у дітей з оліго-ЮІА до та під час повномасштабного вторгнення виявлено збільшення емоційного функціонування за тиждень (64,87±3,06 бали до воєнних дій проти 77,22±3,99, $p < 0,01$) та зменшення соціального функціонування за місяць (87,50±2,09 бали проти 79,72±4,78, $p < 0,05$) під час війни в Україні. При порівнянні показників ЯЖ з полі-ЮІА до війни та під час активних воєнних дій вірогідних відмінностей як загального рівня ЯЖ, так і окремих його складових не встановлено.

Отже, у дітей із ЮІА, що живуть у прифронтових регіонах України, загальний показник якості життя до початку війни та під час бойових дій статистично не змінився, окрім деяких компонентів. У період воєнних дій підвищились показники емоційного та шкільного функціонування. Кращі показники якості життя у пацієнтів з олігоартикулярним варіантом ЮІА підтверджують значення клінічного фенотипу захворювання при оцінці функціонального стану дітей та обґрунтовують необхідність індивідуалізованого підходу до їх спостереження й реабілітації в умовах війни.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЖОВТЯНИЦЬ ТА ВАД ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ

¹Пахольчук О.П., ²Димитрюк Д.С.

¹Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Кафедра дитячої хірургії

²Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Кафедра клінічної лабораторної діагностики та біологічної хімії
Перинатальний центр, м. Запоріжжя, Україна

Неонатальна жовтяниця є одним із найбільш частих станів періоду новонародженості. Переважно у немовлят діагностується фізіологічна жовтяниця, обумовлена особливостями розвитку та мета-болізму в цьому віковому періоді і не є ознакою захворювання. Однак, з огляду на потенційну токсичність білірубину та у зв'язку з тим, що жовтяниця може бути симптомом інших захворювань, слід проводити діагностику дитини для своєчасного виявлення проблем, що вимагають додаткових втручань, зокрема обстеження та лікування.

Патологічна жовтяниця є одним з найбільш поширених захворювань, які потребують медичної допомоги у новонароджених, і пов'язана з більш високим рівнем білірубину в сироватці крові, визначається як стан гіпербілірубінемії. Патологічна жовтяниця може виникати внаслідок багатьох причин, зокрема, несумісності за резус-фактором (Rh-фактором) або системою АВО, за умов септичного процесу внаслідок інфекції, при вроджених вадах розвитку печінки жовчних шляхів, крововиливах, метаболічних розладах (наприклад, дефіцит ферменту глюкозо-6-фосфат-дегідрогенази, тощо).

Діагностика атрезії жовчних шляхів є складною, оскільки багато клінічних та візуалізаційних ознак цього стану перетинаються з ознаками інших причин холестазу у новонароджених. Якщо жовтяниця триває довше 2 тижнів, новонародженого слід обстежити

на холестази, і слід враховувати атрезію жовчних шляхів – найпоширенішу причину неонатального холестази.

Диференціація біліарної атрезії від інших нехірургічних причин неонатального холестази є складною, оскільки не існує єдиного методу діагностики біліарної атрезії, а клінічні, лабораторні та візуалізаційні ознаки цього захворювання перетинаються з ознаками інших причин неонатального холестази. Однак проблему не можна вважати повністю вирішеною. Певні труднощі створює різноманіття клініко-анатомічних варіантів патології.

Мета: вивчити результати діагностики та лікування новонароджених з жовтяницею.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 42 новонароджених дітей з жовтяницею, які проходили лікування у на базі ЗДМФУ м. Запоріжжя з 2020 по 2025 роки, а симптоми включали жовтяницю (кон'юговану гіпербілірубінемію) та ахолічний стілець або будь-який із симптомів окремо. Віком від 1 доби до 6 місяців.

Серед причин жовтяниці у 16 дітей – фізіологічна жовтяниця, у 12 дітей – пов'язана з несумісністю за резус-фактором та/або АВО, у – 7 пацієнтів – атрезія жовчних шляхів, та у 7 дітей – пов'язана з кефалогематомою великих розмірів.

Результати та обговорення. Проведений аналіз показав, що середній термін гестації – $38,2 \pm 1,5$ тижнів. Середня маса тіла при народженні становила $3220,4 \pm 830,5$ г. Переважали хлопчики – 28 (66,7%) дитини. У 18 (42,8%) дітей виявлені поєднані вади розвитку.

Рівень білірубіну в крові у дітей в середньому становив 180 (123:320) мкмоль/л.

Аналіз клінічних симптомів показав, що у всіх дітей визначалась жовтяниця, так у 18 (42,8%) дітей визначалась на 3 добу, у 7 (16,6%) дітей на 10 добу, а у 14 (33,3%) дітей у 14 день. У 7 (16,7%) дітей визначалась ахолічний стілець, у 28 (66,7%) випадків – блювота.

Аналіз результатів ультразвукового дослідження визначив що у дітей 7 дітей виявлено відсутність жовчного міхура, наявність «трикутного тяжа», що визначило наявність біліарної атрезії.

Жовчний міхур вважався патологічним, якщо він був менше 1,5 см завдовжки, не виявлявся або виявлявся, але не мав просвіту. Жовчний міхур був патологічним у 7 (16,7%) немовлят з атрезією жовчних шляхів.

Дітям проводили фототерапію в 35 (83,3%) пацієнтів. Пацієнтам з кефалогематомою після проведення пункції рівень білірубіну крові зменшився у 16,7% пацієнтів.

Таким чином, порівняльна характеристика діагностичних критеріїв показує тісні кореляційні зв'язки даних пренатальної діагностики та клінічних симптомів, які прямо пропорційні даним рентгенологічного методу обстеження.

Висновки.

1. Своєчасна та адекватна діагностична тактика новонароджених з атрезією жовчних шляхів дозволяє визначити повну форму вади і провести підготовку до хірургічного лікування.
2. Ультразвукове дослідження є основним інструментом пренатальної та неонатальної діагностики при клінічних проявах в діагностиці вроджених вадах жовчних шляхів.
3. Результати лікування жовтяниці залежать, головним чином, від правильної оцінки стану новонародженого і раціонального вибору діагностично-лікувальної тактики.

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