

«задовільний». Середнє значення даного показника у групі дітей 7-10 років становило 61,0%, при батьківській оцінці 44,6%. Храп виявлявся у 75,0% дітей з ЛАГ I ступеня та у 88,9% дітей з гіпертрофією II ступеня. Встановлено, що 87,5% дітей з ЛАГ I ступеня та 100% із ЛАГ II ступеня сплять з відкритим ротом. Нічні кошмари турбували 62,0% дітей з ЛАГ I та 77,8% пацієнтів з ЛАГ II. У аналогічній кількості дітей мали місце часті пробудження (3 і більше разів протягом ночі). Встановлено, що низький ступінь відновлення після нічного сну та денна сонливість були характерні для 84,0% всіх досліджених (81,5% дітей із ЛАГ I ступеня та 88,9% – із ЛАГ II ступеня). За результатами нічної сомнографії апное під час сну було зафіксовано у 8,0% дітей з ЛАГ II ступеня; у пацієнтів із ЛАГ I ступеню нічні апное не реєструвались. Середня киснева сатурація у обстежених дітей склала 94%.

**Висновок.** Наявність лімфаденоїдної гіпертрофії у дітей обумовлює розвиток диссомнічних порушень, що, в свою чергу, породжує чималу кількість клінічних симптомів та синдромів, погіршує якість сну та життя в цілому.

## ГОСТРА КОРОНАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ У ДІТЕЙ: ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ

**Синоверська О.Б., Вовк З.В., Фоменко Н.М., Кузюк М.Г., Сушко І.В.,\* Величко Т.М.,  
\* Глухій В.П.,\* Крот Л.В.**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

\*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

В структурі смертності та інвалідності працездатного населення України хвороби серця та судин становлять понад 65% (Коваленко В.М., 2015). За останні десятиліття у 2,1 рази збільшилася частота захворювань органів кровообігу серед дітей до 14 років (Болотова Н.В., 2008), смертність від ішемічної хвороби серця (ІХС) у осіб молодше 30 років зросла на 15-20%. Тільки у 2014 році від ІХС померли 11 дітей, або 0,015 на 10 тисяч дитячого населення (Волосовець О.П., 2015). Дослідження останніх років свідчать про те, що у 17-20% дітей до 5 років вже наявні атеросклеротичні зміни в коронарних артеріях, які можуть призводити до розвитку та прогресування гострої та хронічної коронарної недостатності.

Найчастішими причинами гострого та хронічного коронарного синдрому (КС) у дітей є вроджені аномалії коронарних артерій (аномалія Бланда-Уайта-Гарленда (ALCAPA) тощо), запальні ураження (коронарити), що виникають в результаті запально-дегенеративних процесів у міокарді, травми серця та коронарних судин, пухлини тощо. Вторинне ураження коронарних артерій в дитячому віці часто розвивається при хворобі Кавасакі та може супроводжуватися їх аневризматичним поширенням.

Встановлення діагнозу гострого КС у дітей раннього віку затруднене у зв'язку із відносною рідкісністю патології, низькою настороженістю батьків та медперсоналу щодо можливості розвитку коронарної недостатності в дитячій популяції, обмеженою можливістю суб'єктивізації (діти раннього віку не можуть чітко локалізувати та описати больовий синдром), що створює умови для запізнілої ЕКГ-діагностики та труднощі для подальшого діагностичного пошуку.

На базі Івано-Франківської ОДКЛ проводилося медичне спостереження та лікування дівчинки 1р. 10 міс. із повторним інфарктом міокарда на фоні вродженої аномалії коронарних артерій.

Таким чином, гострий КС у дітей зустрічається частіше, ніж діагностується. Настороженість практичних лікарів і своєчасна діагностика даної патології дозволять поліпшити прогноз захворювання, знизити ризик прогресування, летальність і зменшити наступну інвалідизацію.

## НАНЕСЕННЯ ТАТУЮВАННЯ ПІДЛІТКАМИ ЯК МОЖЛИВА МЕДИЧНА ТА ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

**Скрипникова Я.С., Іванько О.Г., Кизима Н.В.**

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Останнім часом татуаж (нанесення перманентного малюнку на шкірі) набуває все більше розповсюдження. Статистика татуювання в нашій країні відсутня, але згідно із закордонними даними 12% європейців та 24% американців (мешканців США), включаючи підлітків, мають татуювання. Відомо, що історія татуажу налічує не одне тисячоріччя та пов'язана із культурами поклоніння язичницьким богам. На території колишнього СРСР практика тату вважалась не існуючою до появи організованих кримінальних структур з їх чіткою ієрархією та численних місць позбавлення волі. Люди, що не мали причетності до злочинному світу та субкультури в'язниць, татуювання не

робили. Трохи пізніше з'явилися татування, що вказували на належність військових до певного роду військ. З часом тату стала приналежністю протестної субкультури молоді та перетворилась в різновид авангардизму. На сучасних художніх молодіжних татуваннях найчастіше соціальні мотиви відсутні. Татування широко розповсюджені насамперед серед молоді. За даними статистики США 10% підлітків до 21 року мають татування. Але найбільшу кількість татування (близько 20%) роблять все ж молоді люди у віці від 25 до 35 років. Серед них тільки 1% консультуються з лікарями перед їх нанесенням. В таких країнах, як Франція, Нідерланди, Фінляндія є державний контроль за процесами татуажу, який передбачає вимоги до медичної кваліфікації персоналу, якості чорнил, що використовуються для тату, необхідність вакцинації спротив гепатиту В та ведення обліку ускладнень. Треба пам'ятати, що у склад чорнил для татуажу входять солі металів: ртуті (червоний пігмент), хрому (зелений), марганцю (фіолетовий), кобальту (синій), кадмію (жовтий) та органічні барвники сандалового дерева тіцезальпінії. До основних ускладнень татуажу можна віднести алергічні реакції негайного та сповільненого типу, фотодерматити, бактеріальні та вірусні запальні захворювання, розвиток келоїдів. Не можна не відзначити можливі ускладнення у вигляді опіків і пошкодження малюнку в місцях татування при проведенні обстежень за методом МРТ. Є і психологічні проблеми, пов'язані із татуванням: розчарування у змісті малюнка та в самому факті його наявності, негативне ставлення родини та соціуму. Все це приводить пацієнтів в клініки пластичної хірургії з метою видалення татування, що само по собі є травматичним заходом та вимагає пересадження шкіри.

**З метою** уточнювання схильності студентів – майбутніх лікарів до татування ми провели анонімне анкетування 92 студентів перших курсів медичного університету (56 дівчат та 36 юнаків). В ході анкетування було виявлено, що татування мають 15 (16%) студентів, 5 (9%) дівчат та 10 (28%) юнаків. За їх словами ніхто не мав заперечувань з боку батьків і ні у кого не виникло ускладнень. На питання про причини, що спонукали до татування, 2 дівчини відповіли, що малюнки мають для них символічне значення, інші вважають їх просто модним аксесуаром. За нашими спостереженнями серед татуованих підлітків частіше зустрічались особи із девіантною поведінкою у вигляді підвищеної конфліктності та низькою академічною успішністю. Серед 77 студентів, хто не мав тату, 10 (13%) все ж висловили намір до проведення татування, але їх зупиняла значна вартість процедури. Інші студенти серед мотивів небажання називали заборону батьків, побоювання болю та ускладнень, багато підлітків вважають тату неестетичним явищем.

Таким чином, суспільство має визначитись із своїм ставленням до цієї молодіжної моди, насамперед, у середовищі медичних працівників та викладачів вишів.

## РОЛЬ КИШКОВОГО МІКРОБІОМУ У РОЗВИТКУ СИНТРОПНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

**Стоєва Т.В., Джагіашвілі О.В., Прохорова С.В., Браткова Л.Б.**

ДЗ «Одеський національний медичний університет, МОЗ України», м. Одеса

Мікробіом людини, на сьогоднішній день, розглядається як сукупність всіх мікроорганізмів у всіх його біотопах. Кишкова мікробіота є ключовим компонентом мікробіому людини та безпосередньо впливає на здоров'я організму-господаря як за рахунок свого бар'єрного ефекту, формування імунітетності і імунітологічної толерантності, так і за рахунок участі в метаболізмі нутрієнтів, процесах травлення та детоксикації. Кишковий мікробіом людини згідно з сучасними даними підрозділяється на три енетротипи: *Bacteroides*, *Prevotella*, *Ruminococcus*. Порушення енетротипу кишкового мікробіому неминуче відбиваються на стані макроорганізму і пов'язане з розвитком різних захворювань, таких як цукровий діабет, ожиріння, ревматоїдний артрит, функціональні та запальні захворювання кишечника, розлади аутистичного спектру (РАС).

**Мета роботи** – визначити порушення кишкового мікробіому при поєднаних захворюваннях органів травлення у дітей.

**Матеріали та методи.** Під наглядом перебувало 24 дитини віком від 3 до 16 років з діагностованими захворюваннями органів травлення. З метою оцінки стану мікробіому кишечника всім дітям було проведено бактеріологічне дослідження калу з визначенням якісного та кількісного складу кишечника за стандартною методикою. Поряд з цим було проведено молекулярне дослідження калу за допомогою методу секвенування із визначенням у зразках фекалій маркерних генів 16S PHK *Prevotella copri*. В ході виконання даного методу використовували набір специфічних праймерів *Prevotella 16S* (F: CACRGTAAACGATGGATGCC, R: GGTCGGGTTGCAGACC).

**Результати.** Всі діти були поділені на наступні клінічні групи: 33,6% склали діти з ФР біліарного тракту, 32,5% – пацієнти з ФР кишечника (ФЗ, СПК) та супутніми розладами з боку біліарного тракту, 18,2% – діти з СПК у поєднан-