

Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології

Липень-Вересень 2021
Том 14 №1

July /September 2021
Volume 14
Number 1

В НОМЕРІ:

ПЕДІАТРИЯ:

Актуальні проблеми педіатрії. Матеріали XV конгресу педіатрів України (12-13 жовтня 2021 р., м. Київ)

Клінічні рекомендації щодо лікування інфекцій сечового тракту у дітей та харчування дітей з діареєю і блюванням

Пам'яті академіка НАМН України Майданника Віталія Григоровича
Життєвий та творчий шлях



International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology

МІЖНАРОДНИЙ ЖУРНАЛ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Головний редактор

В.Г. Майданник (Київ, Україна)

В.о. головного редактора

І.О. Мітюряєва-Корнійко (Київ, Україна)

Заступники головного редактора

О.З. Гнатейко (Львів, Україна)

Б.С. Каганов (Москва, Російська Федерація)

В.О. Бенюк (Київ, Україна)

В.М. Запорожан (Одеса, Україна)

Відповідальний секретар

І.Л. Станішевська

Науковий редактор

І.О. Мітюряєва-Корнійко

Редакційна колегія

Абабков В.В. (Київ, Україна)

Абатуров О.Є. (Дніпропетровськ, Україна)

Авраменко Т.В. (Київ, Україна)

Антипкін Ю.Г. (Київ, Україна)

Аряєв М.Л. (Одеса, Україна)

Багдасарова І.В. (Київ, Україна)

Белих Н.А. (Рязань, Російська Федерація)

Беляєва Л.М. (Мінськ, Білорусь)

Бойчук А.В. (Тернопіль, Україна)

Вдовиченко Ю.П. (Київ, Україна)

Венцівський Б.М. (Київ, Україна)

Волков І.К. (Москва, Російська Федерація)

Вороненко Ю.В. (Київ, Україна)

Вохідов А.В. (Душанбе, Таджикистан)

Геппе Н.А. (Москва, Російська Федерація)

Горелов А.В. (Москва, Російська

Федерація)

Гречаніна О.Я. (Харків, Україна)

Даниленко Г.М. (Харків, Україна)

Дудник В.М. (Вінниця, Україна)

Жабченко І.А. (Київ, Україна)

Жук С.І. (Київ, Україна)

Зайцева О.В. (Москва, Російська

Федерація)

Захарова І.М. (Москва, Російська

Федерація)

Зейгарник М.В. (Москва, Російська

Федерація)

Зрячкін М.І. (Саратов, Російська

Федерація)

Камілов А.І. (Ташкент, Узбекистан)

Квашніна Л.В. (Київ, Україна)

Клименко Т.М. (Харків, Україна)

Колоскова О.К. (Чернівці, Україна)

Коренев М.М. (Харків, Україна)

Коровіна Н.О. (Москва, Російська

Федерація)

Короленко В.В. (Київ, Україна)

Крамарьов С.О. (Київ, Україна)

Крючко Т.О. (Полтава, Україна)

Лінне Т. (Стокгольм, Швеція)

Лукашук В.Д. (Київ, Україна)

Мальцев С.В. (Казань, Російська

Федерація)

Маменко М.Є. (Київ, Україна)

Маркін Л.Б. (Львів, Україна)

Маркевич В.Е. (Київ, Україна)

Медвідь В.І. (Київ, Україна)

Моренко М.О. (Астана, Казахстан)

Нечитайло Ю.М. (Чернівці, Україна)

Омельченко Л.І. (Київ, Україна)

Павлишин Г.А. (Тернопіль, Україна)

Пирогова В.І. (Львів, Україна)

Потапов В.О. (Дніпропетровськ,

Україна)

Сенаторова Г.С. (Харків, Україна)

Сміян І.С. (Тернопіль, Україна)

Сміян О.І. (Суми, Україна)

Содер О. (Стокгольм, Швеція)

Степанківська Г.К. (Київ, Україна)

Тяжка О.В. (Київ, Україна)

Узакбаєв К.А. (Бішкек, Киргизстан)

Хайтович М.В. (Київ, Україна)

Шамсієв Ш.С. (Ташкент, Узбекистан)

Шунько Є.Є. (Київ, Україна)

Чуриліна А.В. (Київ, Україна)

Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології» цитується й індексується в інформаційно-довідкових виданнях Index Copernicus, РІНЦ та Google Scholar Citations та представлений в в Ulrich's International Periodical Directory

Видавці: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

Євразійська асоціація педіатрів

Адреса редакції: вул. Л. Толстого, 10, 01601 Київ, Україна

E-mail: ijpog.editor@gmail.com; ijpog.editor@ukr.net

Тел.: +38 044 234 53 75; **Факс:** +38 044 235 53 45

INTERNATIONAL JOURNAL OF PEDIATRICS, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Editor

Vitaly Maidannyk (Kyiv, Ukraine)

Acting editor in Chief

I.O. Mityuryayeva-Korniyko (Kyiv, Ukraine)

Associate Editors

Oleg Hnateyko (Lvov, Ukraine)
Boris Kaganov (Moscow, Russian Federation)
Vasiliy Benyuk (Kyiv, Ukraine)
Valeriy Zaporozhan (Odessa, Ukraine)

Managing Editor

Irina Stanishevskaya

Editorial Board

| | | |
|---|--|--|
| Abaturov A.E. (Dnepropetrovsk, Ukraine) | Zhuk S.I. (Kyiv, Ukraine) | Mazkevich V.E. (Kyiv, Ukraine) |
| Antipkin Yu.G. (Kyiv, Ukraine) | Zaytseva O.V. (Moscow, Russian Federation) | Medved V.I. (Kyiv, Ukraine) |
| Avramenko T.V. (Kyiv, Ukraine) | Zakharova I.N. (Moscow, Russian Federation) | Morenko M.A. (Astana, Kazakhstan) |
| Aryayev N.L. (Odessa, Ukraine) | Zryachkin N. I. (Saratov, Russian Federation) | Nechitaylo Yu.N. (Chernovtsy, Ukraine) |
| Bagdasarova I.V. (Kyiv, Ukraine) | Kamilov A.I. (Tashkent, Uzbekistan) | Omelchenko L.I. (Kyiv, Ukraine) |
| Belykh N.A. (Ryazan, Russian Federation) | Kvashnina L.V. (Kyiv, Ukraine) | Pavlishin G.A. (Ternopol, Ukraine) |
| Belyayeva L.M. (Minsk, Belarus) | Klimenko T.M. (Kharkiv, Ukraine) | Pirogova V.I. (Lvov, Ukraine) |
| Boychuk A.V. (Ternopol, Ukraine) | Koloskova E.K. (Chernovtsy, Ukraine) | Potapov V.A. (Dnepropetrovsk, Ukraine) |
| Vdovichenko Yu.P. (Kyiv, Ukraine) | Korenev N.M. (Kharkiv, Ukraine) | Smiyan A.I. (Ternopol, Ukraine) |
| Ventskiy B.M. (Kyiv, Ukraine) | Korovina N.A. (Moscow, Russian Federation) | Smiyan I.S. (Ternopol, Ukraine) |
| Volkov I.K. (Moscow, Russian Federation) | Korolenko V.V. (Kyiv, Ukraine) | Soder O. (Stockholm, Sweden) |
| Vokhidov A.V. (Tadzhikistan) | Kramarev S.A. (Kyiv, Ukraine) | Stepankovskaya G.K. (Kyiv, Ukraine) |
| Voronenko Yu.V. (Kyiv, Ukraine) | Kryuchko T.A. (Poltava, Ukraine) | Tyazhka O.V. (Kyiv, Ukraine) |
| Geppe N.A. (Moscow, Russian Federation) | Linne T. (Stockholm, Sweden) | Uzababayev K.A. (Bishkek, Kirgizstan) |
| Gorelov A.V. (Moscow, Russian Federation) | Lukashuk V.D. (Kyiv, Ukraine) | Khaytovich N.V. (Kyiv, Ukraine) |
| Grechanina E.Ya. (Kharkiv, Ukraine) | Maltsev S.V. (Kazan, Russian Federation) | Shamsiyev Sh.S. (Tashkent, Uzbekistan) |
| Danilenko G.M. (Kharkiv, Ukraine) | Senatorova A.S. (Kharkiv, Ukraine) | Shunko Ye.E. (Kyiv, Ukraine) |
| Dikanbayeva S.A. (Almata, Kazakhstan) | Mamenko M.E. (Kyiv, Ukraine) | Churilina A.V. (Kyiv, Ukraine) |
| Dudnik V.M. (Vinnitsa, Ukraine) | Markin L.B. (Lvov, Ukraine) | |
| Zhabchenko I.A. (Kyiv, Ukraine) | | |

The International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology is quoted and indexed in the Index Copernicus, RINC and Google Scholar Citations and presented in the Ulrich's International Periodical Directory

Publishers: O.O. Bohomolets National Medical University,
Euroasian Pediatric Association

Address: 10, Tolstogo str., 01601 Kyiv, Ukraine

E-mail: ijpog.editor@gmail.com; ijpog.editor@ukr.net

Tel.: +38 044 234 53 75; Fax: +38 044 235 53 45

тисяч населення на рік. Для лікування вперше виявленої ІТП застосовують ряд груп препаратів, віднесених до першої лінії призначень, що підвищують вміст тромбоцитів, зокрема, високі дозування глюкокортикоїдів, внутрішньовенні імуноглобуліни G (ВВІГ) та антирезусний (анти-D) глобулін. Кожен клас препаратів має свої переваги та недоліки. До призначення ВВІГ вдаються до підтвердження первинності тромбоцитопенії. Ці препарати мають максимально швидкий ефект, є препаратами вибору у новонароджених. Серед недоліків призначення ВВІГ є висока вартість, обмеження комерційних пропозицій на фармацевтичному ринку, потребують тривалого повільного введення та відмічено випадки внутрішньо-судинного гемолізу. Глюкокортикостероїди мають меншу вартість, простіші у застосуванні (можливий пероральний прийом), викликають стійку та тривалу ремісію. Недоліками введення преднізолону та дексаметазону є відносно повільне підвищення рівня тромбоцитів, ятрогенний гіперкортицизм, зміни поведінки, безсоння, підвищення артеріального тиску, зміни електролітного балансу, збільшення маси тіла, підвищення апетиту та виразкові ураження шлунково-кишкового тракту. Введення антирезусного глобуліну в дитячій практиці обмежено, хоча зустрічаються описані випадки позитивного лікування ІТП у дітей старше 16 років за допомогою анти- D глобуліну. Під нашим спостереженням впродовж 2016-2020 років знаходилося 48 дітей з ІТП, які отримували препарати першої лінії. Середній вік склав $8,3 \pm 4,1$ року. 18 дітей розпочинали лікування з ВВІГ до моменту лабораторного підтвердження первинності тромбоцитопенії. 30 пацієнтів стартували з прийому глюкокортикостероїдів. Серед недоліків лікування ВВІГ у наших пацієнтів, відмічено високу вартість препаратів та проблеми з аптечними поставками, переносимість ВВІГ в усіх випадках була задовільною. Пацієнти, які отримували преднізолон, відмічали появу в усіх випадках ознак медикаментозно індукованого гіперкортицизму та ураження ШКТ, що потребувало симптоматичного лікування.

РИЗИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА КОЛОНІЗАЦІЮ РОТОГОРЛА ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ МОНОНУКЛЕОЗІ У ДІТЕЙ

Клименко Х.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

За даними ВООЗ інфікування молодого населення герпесвірусною інфекцією сягає 90%. Оскільки виражена варіабельність симптомів мононуклеозу актуальність вивчення ризиків зумовлене необхідністю вчасної діагностики.

Обстежено 67 дітей від 1 до 18 років з діагнозом інфекційний мононуклеоз. Хворих розподілено на дві групи. Група 1 - 43 дитини, з патогенною факультативно аеробною мікрофлорою. Група 2 - 24 пацієнти, з негативним результатом бактеріологічних досліджень чи мікроорганізми резидентної нормофлори. Проаналізовано симптоми хвороби, результати клінічних і лабораторних досліджень, бактеріологічних посівів.

Методи. Факторний аналіз з використанням кореляційної матриці Спірмена, тест Кайзера-Майера-Олкіна, критерій сферичності Барлета.

Результати. Визначено 9 компонентів які описували 64,2% загальної дисперсії змінних: Сезон, Вік, Стать, Температура тіла на час госпіталізації, Гіперплазія підщелепних лімфатичних вузлів, Спленомегалія, Гепатомегалія, Мононуклеари у периферичній крові, ШОЕ. Перші три компоненти являються детермінантами предикторами і становлять 55,3% сумарного навантаження.

Найбільшу значущість виявлено у фактора 1, що демонструє 35,4% загальної дисперсії і включає три компоненти високого факторного навантаження (ф.н.): пора року, (ф.н.-0,79), жіноча стать (ф.н.-0,86), вік (ф.н.-0,83). Другий фактор становив 32,5% загальної дисперсії і включав компоненти: кількість атипичних мононуклеарів у крові (ф.н.-0,75) і наявність у пацієнтів гепатомегалії (ф.н.- 0,86), гіпертермія на час госпіталізації (ф.н.- 0,80).

Відношення шансів (OR, odds ratio) дозволяє співставити впливовість факторів ризику на стан колонізації слизових оболонок піднебінних мигдаликів патогенною мікрофлорою. Аналіз даних показав, що для компонента 1 показник співвідношення шансів у дітей групи 1 менший від одиниці (OR=0,93). Згідно з отриманими даними, ризик колонізації патогенною мікрофлорою слизових оболонок піднебінних мигдаликів був вищим у дівчаток (OR=2,15), дітей старше 10 років (OR=1,1), у хворих з вираженою гіпертермією (OR=1,63), гепатомегалією (OR=1,27) пацієнтів, у яких виявлено понад 10 мононуклеарів у мазку крові (OR=1,05).

ПРОГНОСТИЧНА МОДЕЛЬ РЕКУРЕНТНОГО ПЕРЕБІГУ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ В ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

В. К. Козакевич, О. Б. Козакевич, М. Є. Фесенко, Зюзіна Л. С., Мелашенко О. І.
Полтавський державний медичний університет, Україна

Вступ. Проблема профілактики частих респіраторних захворювань у дітей залишається актуальною. Серед недоношених новонароджених найбільш вразливу групу складають діти з дуже малою та надзвичайно малою масою тіла при народженні. Тому розроблення клінічної прогностичної моделі розвитку респіраторних рекурентних інфекцій у передчасно народжених дітей може стати підґрунтям для створення профілактичної програми раннього втручання.

Мета – визначити клініко-генетичні детермінанти розвитку рекурентних респіраторних інфекцій у дітей, які народилися з масою тіла менше 1500 та розробити алгоритм раннього прогнозування несприятливих наслідків.

Матеріали та методи. Проведено когортне проспективне дослідження, до якого залучено 155 дітей з дуже малою та надзвичайно малою масою тіла. В залежності від частоти перенесених гострих респіраторних захворювань було виділено дві клінічні групи: в першу групу увійшли діти, які епізодично (не більше 2 разів на півріччя) хворіли на гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) (n=117); у другу групу включені діти з рекурентними респіраторними інфекціями, які мали за півріччя більше 2 епізодів ГРВІ, гострого або обструктивного бронхіту, та щонайменше один епізод пневмонії (n=38). Прогнозування розвитку рекурентних респіраторних захворювань виконували за допомогою простого та покрокового множинного логістичного регресійного аналізу. Досліджено внесок у підвищену захворюваність генетичних моделей: співставлення "+" vs. "-" генів GSTT1 та GSTM1; домінантних моделей: (GG+AG vs. AA) гену GSTP1, (DD+DI vs. II) гену ACE; (CA+AA vs. AA) гену AGT2R1 та (aa + ab vs. bb) гену e NOS.

Результати. Результати дослідження свідчать, що упродовж перших 6 місяців життя 25 % обстежених дітей мали хоча б один епізод гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), 2 епізоди - 1,8 % немовлят, а одна дитина мала навіть 3 епізоди захворювання. Упродовж наступного півріччя захворюваність на ГРВІ була значно вищою. Так, вже 34,7 % немовлят мали 1 епізод ГРВІ. А кількість дітей, у яких спостерігалися 2 епізоди ГРВІ, вірогідно підвищилася з 1,8 до 20,4 % (p=0,000). В усі вікові періоди майже однаковою була частота гострого бронхіту (5,4 % і 10,2 %, p=0,152), обструктивного бронхіту (6,0 % і 10,2 %, p=0,229) та пневмонії (2,4 % і 2,4 %) відповідно. За результатами проведеного аналізу не знайдено відмінностей між частотою ГРВІ у дітей в 18, 24 та 36 місяців.

Важливими предикторами підвищеної захворюваності обстежених дітей при простому логістичному регресійному аналізі виявились: маса тіла у 12 місяців < 10 перцентиль, перенесений рахіт на першому році життя та штучне вигодовування при виписці з неонатального стаціонару. Дослідження показало відсутність впливу поліморфізму генів сімейства глутатіон-S-трансфераз та генів ренін-ангіотензинової системи на розвиток рекурентних респіраторних інфекцій у дітей, які народилися з масою тіла менше за 1500 г

Висновки. Розроблена модель прогнозування рекурентного перебігу респіраторних інфекцій у дітей, які народилися з масою тіла менше за 1500 г. має високу специфічність (95,35 %) і помірну чутливість (76,9 %), що свідчить про можливість її застосування для персоналізованого підходу до профілактики несприятливих наслідків.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА У ДІТЕЙ

¹Семен М.О., Семен В.Д., ²Личковська О.Л.

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

²КНП ЛОР ЛОДКЛ "ОХМАТДИТ", м. Львів

Актуальність. Синдром подразненого кишківника (СПК) - функціональний гастроінтестинальний розлад, який у відповідності до Римських критеріїв IV діагностується при наявності больового синдрому в поєднанні з порушенням консистенції випорожнень та/або частоти дефекацій, які тривають понад 3 місяці. Європейські протоколи визнають найбільш ефективною симптом-орієнтовану медикаментозну терапію, яка залежить від субтипу СПК. При будь-якій формі СПК рекомендується застосування пробіотиків (ступінь доказовості А, ступінь рекомендації - позитивний, консенсус сильний - позитивна оцінка понад 95%). Дискутабельним залишається питання тривалості призначення пробіотиків при даній патології. Результати більшості клінічних досліджень вказують на ефективність довготривалих курсів терапії пробіотиками (4-8 тижнів).

Мета. Вивчити ефективність застосування пробіотиків, які містять лактобактерії (*Lactobacillus reuteri* DSM 17938), у комплексному лікуванні СПК у дітей в залежності від тривалості їх призначення.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебували 42 дитини віком 5-12 років, у яких діагностовано СПК у відповідності до Римських критеріїв IV. Методом "випадок-контроль" дітей розподілено на дві групи: пацієнтам основної групи (n = 21) у комплексі лікування призначали пробіотик, який містив *L. reuteri* DSM 17938, протягом одного місяця; пацієнти групи порівняння (n = 21) отримували аналогічний пробіотик лише впродовж 10 днів. До та після лікування оцінювали загальноклінічні показники та вираженість больового і диспептичного синдромів за шкалою Лайкерта. Також після завершення терапії визначали тривалість безсимптомного періоду. Визначали концентрацію фекального кальпротектину, секреторного імуноглобуліну А (sIgA) в калі за допомогою комерційних лабораторних наборів Ridascreen (R-Biopharm AG, Німеччина) методом імуноферментного аналізу.

Результати і обговорення. Після лікування відзначено позитивну динаміку в обох групах, однак вираженість таких симптомів СПК, як біль у животі, порушення випорожнення, імперативні позиви до дефекації в основній групі була меншою. Крім того, в пацієнтів основної групи тривалість безсимптомного періоду після проведеної терапії становила $5,38 \pm 1,47$ місяця, натомість в групі порівняння - лише $1,02 \pm 0,44$ місяць. Рівень кальпротектину під час первинного обстеження становив $122,6 \pm 9,4$ мкг/г і достовірно зменшився після лікування тільки в основній групі ($55,1 \pm 3,9$ мкг/г) та був майже удвічі нижчим, ніж у групі порівняння ($102,9 \pm 7,7$ мкг/г). До того ж рівень sIgA первинно становив $174,5 \pm 12,9$ мкг/мл та після лікування залишився практично незмінним у групі порівняння ($186,7 \pm 11,8$ мкг/мл) і значно збільшився в дітей основної групи ($248,4 \pm 11,2$ мкг/мл), що свідчить про активацію локального імунного захисту.