

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

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 щорічної науково-практичної  
конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю**

**27 лютого 2025 року – Харків, 2025. – 75 с.**

**Відповідальний за випуск  
Волошин К.В.**

**Харків 2025**

|    |   |    |
|----|---|----|
| 18 | <i>Копчук П.Р., Гарас М.Н.</i><br>ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КАШЛЮКУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ  | 24 |
| 19 | <i>Кошман Т.В., Водолажський М.Л., Фоміна Т.В., Сидоренко Т.П.</i><br>ДЖЕРЕЛА ПРОФЕСІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ЩОДО ПИТАНЬ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ І ПІДЛІТКІВ                            | 25 |
| 20 | <i>Кошман Т.В., Водолажський М.Л., Фоміна Т.В., Сидоренко Т.П.</i><br>СУЧАСНІ ІНФОРМАЦІЙНІ ПОТРЕБИ ФАХІВЦІВ З ПИТАНЬ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ І ПІДЛІТКІВ                        | 27 |
| 21 | <i>Лазарук В.В.</i><br>ГЕНЕТИЧНА СКЛАДОВА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ  | 28 |
| 22 | <i>Лазарук В.В., Філін І.</i><br>МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ОНКОСКРИНІНГ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК   | 29 |
| 23 | <i>Макєєва Н.І., Коваль В.А., Цимбал В.М.</i><br>ДІАГНОСТИЧНЕ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СПРОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ                              | 30 |
| 24 | <i>Мишина Н.В., Попова Д.Д.</i><br>МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТОК У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ   | 31 |
| 25 | <i>Мойсей Л.В., Горбатюк І.Б.</i><br>ДОСВІД ВЕДЕННЯ КАШЛЮКА У НЕОНАТАЛЬНОМУ ВІЦІ  | 33 |
| 26 | <i>Москалюк Г.А., Беженар Р.В.</i><br>ПРІОРИТЕТНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ  | 34 |
| 27 | <i>Мужановський В.Ю.</i><br>ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МАРКЕРІВ МЕТАБОЛІЗМУ З ПОКАЗНИКАМИ ГЕМОДИНАМІКИ У ФІЗИЧНО АКТИВНИХ ХЛОПЦІВ-ПІДЛІТКІВ  | 35 |
| 28 | <i>Музика О.О., Слободянюк О.Л., Волошин К.В., Шлеєнкова Г.О., Цюра О.М.</i><br>ОПИТУВАЛЬНИК SIBDQ У ДІАГНОСТИЦІ GERX У ШКОЛЯРІВ  | 37 |
| 29 | <i>Наконечна Х.Б.</i><br>ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ, ГІПОВІТАМІНОЗУ D ТА ПОЛІМОРФІЗМУ VDR-ГЕНА У ДІТЕЙ  | 38 |
| 30 | <i>Нікольська О.С., Леляго Г.В., Волошин К.В.</i><br>ЗАСТОСУВАННЯ LMS MOODLE В ОРГАНІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ДО НАПИСАННЯ ТЕСТОВИХ ІСПИТІВ З ПЕДІАТРІЇ                 | 39 |
| 31 | <i>Поливкан М.І.</i><br>АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕ- ТА ПРОБІОТИКІВ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ   | 40 |
| 32 | <i>Продан О.В.</i><br>МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ  | 42 |
| 33 | <i>Продан О.В., Чаглей Ю.Г.</i><br>КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-БАКАЛАВРА ДО КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКУ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ | 43 |
| 34 | <i>Ращупкіна З.Е., Колісник В.О.</i><br>РИЗИК ПРИРОСТУ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ  | 44 |
| 35 | <i>Рева К.О., Ащеулов О.М.</i><br>ВПЛИВ ХРОНІЧНИХ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ ІЗ ВІЙСЬКОВОЮ АГРЕСІЄЮ НА СТАН ІМУННОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ                                  | 46 |
| 36 | <i>Решко А.І., Рудан К.В.</i><br>ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ БРОНХІОЛІТУ В ДІТЕЙ ЗА КЛІНІЧНИМИ КРИТЕРІЯМИ З УРАХУВАННЯМ ФАКТОРІВ РИЗИКУ   | 47 |

# ВПЛИВ ХРОНІЧНИХ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ ІЗ ВІЙСЬКОВОЮ АГРЕСІЄЮ НА СТАН ІМУННОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ

*Рева К.О., Ащеулов О.М.*

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики педіатрії

**Актуальність.** Стрес – реакція організму на подразнення, де подразником є ситуація. Більшість дітей сьогодні перебуває під впливом стресу, оскільки посилюється психічна діяльність дитини у зв'язку з воєнною агресією. За рахунок цього виникає гостре та хронічне перенапруження фізіологічних систем організму під впливом емоційних чинників. Діти по-різному реагують на стрес залежно від індивідуальних якостей і навичок управління собою. Школярі молодших класів не можуть повною мірою пояснити свої почуття. Проте, ендогенний вплив стресу може бути неявний та мати різноманітні прояви на безліч систем організму. Одним з них є дисфункція імунної системи – клінічно маніфестне імунне порушення, верифіковане за результатами імунологічних лабораторних досліджень в динаміці, а також за анамнестичними критеріями, яке не притаманне віку, особливостям чи стадії розвитку патологічного процесу або лікуванню.

**Мета дослідження:** дослідити та проаналізувати зміни, які впливають на стан імунної системи у дітей за час повномасштабної війни.

**Матеріали та методи.** Для оцінки стану імунної системи дітей були відібрані певні критерії гуморальної ланки (IgA, IgM, IgG) та клітинної ланки (Т-лімфоцити CD4, CD8, CD16) імунітету. Задля визначення рівнів стресу використано стандартизований опитувальник Revised Child Impact of Events Scale (CRIES-8). Опитувальник CRIES-8 дозволений власником авторських прав, фундацією «Діти і війна» для вільного використання фахівцями по всьому світові. При реалізації поставленої мети було використано різні методи дослідження, зокрема: аналітичний, описовий, зіставний та соціологічне опитування у форматі Google Forms. Було опитано 36 дітей, з них 16 хлопчиків та 20 дівчат віком від 8 до 12 років, які мешкають у Харківському регіоні та протягом 2024 року отримували лікування щодо захворювань інфекційного генезу у поєднанні з вторинними імунодефіцитами.

**Результати.** Встановлено, що у дітей на тлі стресових факторів виникають стійкі порушення імунної системи. Рівні стресу у дітей, які приймали участь в дослідженні були на рівні  $20,1 \pm 0,6$  балів (хлопчики –  $21,3 \pm 0,7$  балів, дівчата –  $19,7 \pm 0,4$  балів), що відповідає активному стресовому впливу у гострому періоді. Під час лікування відбувалося достовірне ураження клітинної ланки, а саме зниження рівнів Т-лімфоцитів CD4 до  $0,6 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$ , CD8 до  $0,24 \pm 0,08 \times 10^9/\text{л}$ , CD16 до  $0,039 \pm 0,002 \times 10^9/\text{л}$ . У патологічний процес було залучено і гуморальну ланку: рівні IgA становили  $0,5 \pm 0,08$  г/л, IgG –  $5,1 \pm 0,8$  г/л, IgM –  $0,35 \pm 0,12$  г/л. При анкетуванні через 6 місяців зміни стресу мали незначну, проте позитивну динаміку. За CRIES-8 рівень стресу становив  $18,8 \pm 0,7$  балів (хлопчики –  $19,6 \pm 0,5$  балів, дівчата –  $17,5 \pm 0,7$  балів). З боку імунної системи спостерігалися наступні зміни: показники гуморальної ланки прийшли до нормальних вікових показників, натомість з боку клітинної ланки імунітету спостерігалася тривала депресія показників. А саме рівні Т-лімфоцитів CD4 становили  $0,64 \pm 0,08 \times 10^9/\text{л}$ , CD8 –  $0,27 \pm 0,07 \times 10^9/\text{л}$ , CD16 –  $0,045 \pm 0,004 \times 10^9/\text{л}$ .

**Висновки.** У дітей на тлі дії стресових факторів виникають стійкі порушення імунної системи. Навіть через 6 місяців після перших порушень та зниження рівню стресу, зберігаються тривалі зміни імунного статусу (достовірне зниження рівнів Т-лімфоцитів CD3, CD8, CD 16). Задля попередження подальшого розвитку вторинних імунодефіцитів і активації на цьому тлі автозапальних або автоімунних захворювань, а також для вибору

лікувальної тактики і подальшого ведення хворого, рекомендовано проводити оцінку рівню стресу.

## ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ БРОНХІОЛІТУ В ДІТЕЙ ЗА КЛІНІЧНИМИ КРИТЕРІЯМИ З УРАХУВАННЯМ ФАКТОРІВ РИЗИКУ

*Решко А І., Рудан К.В.*

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

**Актуальність.** Бронхіоліт (Б) - це гостра респіраторна інфекція, яка може спричинити респіраторний дистрес або дихальну недостатність в немовлят. Б залишається однією з основних причин госпіталізації у віковій групі до двох років життя через тяжкість клінічних проявів.

**Мета:** визначити клінічні характеристики Б, найбільш значущі в оцінці тяжкості стану дітей при поступленні.

**Матеріали та методи.** Було проведено ретроспективний аналіз 69 історій хвороб дітей з діагнозом Б. Середній вік госпіталізованих дітей становив  $1,96 \pm 1,05$  місяці, середня тривалість госпіталізації становила  $8,4 \pm 2,9$  днів (min-max: 4-22), діти були госпіталізовані на  $3,8 \pm 2,5$  день хвороби, у когорті було 46 хлопчиків та 23 дівчинки. 37,7% дітей знаходились на штучному годуванні, 47,7% не були щеплені або щеплені з порушенням календаря, 34,8% пацієнтів були з родин із трьома і більше дітей, у 30,4% в анамнезі існував контакт з родичами, хворими на ГРЗ. Статистичний аналіз проводили за допомогою програми STATISTICA10.

**Результати.** У 24,6% дітей при поступленні було констатовано тяжкий стан, у решти – середньотяжкий. Діти з тяжким станом при поступленні не різнилися із референтною групою за тривалістю перебування у стаціонарі ( $8,6 \pm 1,8$  проти  $8,4 \pm 3,2$  днів) та позитивним епіданамнезом (29 проти 32% випадків). Водночас, за тяжкого стану при поступленні, діти здебільшого надходили з багатодітних родин (70% проти 24%); з порушеним станом свідомості (роздратованість, болісний плач або летаргічність: 70,5 проти 20%); наявністю епізодів апное (5,9% проти 0), тахіпное (за критеріями ВООЗ: 40% проти 0), в'ялості та порушень апетиту (47,1 проти 18%), втягнень грудної клітки (76,5 проти 34%), змін кольору шкіри (100 проти 52%). У дітей з тяжким станом, хворих на Б, достовірно вищими при поступленні були частота дихань та серцевих скорочень на хв ( $54,1 \pm 9,7$  проти  $44,1 \pm 3,7$  та  $158,1 \pm 15,0$  проти  $144,7 \pm 6,0$ ,  $p < 0,001$ ), а також нижчим – показник сатурації –  $88,2 \pm 9,9$  проти  $94,4 \pm 2,2$ ,  $p < 0,002$ .

З тяжкістю стану прямо слабко ( $r = 0,24 - 0,30$ ) асоціювали такі клінічні ознаки, як епізоди апное, відсутність апетиту і зміна кольору шкіри при надходженні в стаціонар. Наступні клінічні ознаки знаходились у кореляційному зв'язку помірної сили ( $0,31 - 0,7$ ) з тяжким станом дітей з Б: втягнення грудної клітки, порушення стану свідомості, частота серцевих скорочень, показники черезшкірної сатурації, наявність тахіпное, частота дихань. Жодні клінічні ознаки не знаходились у прямому сильному кореляційному зв'язку (більше  $0,7$ ) з тяжким станом дітей.

Проблемним аспектом об'єктивізації оцінки тяжкості стану дітей було те, що його обґрунтування істотно залежало від індивідуальних особливостей ведення лікарем медичної документації. Зокрема, випадки відсутньої оцінки в медичній документації щодо стану свідомості становили 50,7%, втягнень грудної клітки - 52,2%, роздувань крил носу – 95,7%,