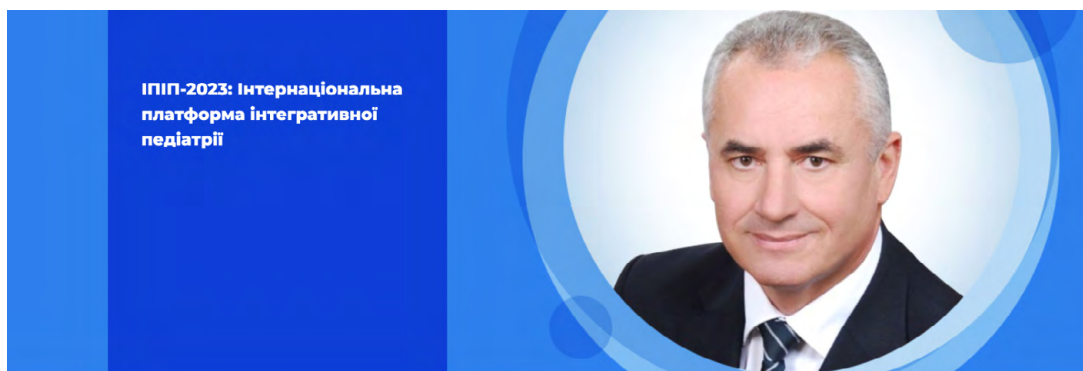


**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ  
«ІПІП-2023: ІНТЕРНАЦІОНАЛЬНА ПЛАТФОРМА ІНТЕГРАТИВНОЇ  
ПЕДІАТРІЇ» ПРИСВЯЧЕНОЇ ПАМ'ЯТІ ВИДАТНОГО УКРАЇНСЬКОГО  
ВЧЕНОГО-ПЕДІАТРА НАМН УКРАЇНИ ВІТАЛІЯ ГРИГОРОВИЧА  
МАЙДАННИКА**


**19.04-20.04.2023 ОНЛАЙН**


**THE SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE WITH INTERNATIONAL  
PARTICIPATION "IPIP-2023: INTERNATIONAL PLATFORM OF  
INTEGRATIVE PEDIATRICS" IS DEDICATED TO THE MEMORY OF THE  
UKRAINIAN SCIENTIST-PEDIATRICIAN OF THE NATIONAL ACADEMY  
OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE VITALY MAIDANNYK.**


**19.04-20.04.2023 ONLINE**



 19-20 квітня  
2023 року, ONLINE

 Міністерство охорони  
здоров'я України

 Національна академія  
медичних наук України

 Національний медичний  
університет  
ім. О.О. Богомольця

## Вступне слово.

19.04.2023 року - 420 - й день війни в Україні...

Незважаючи ні на що, більшість медиків, які піклуються про майбутнє країни, зібрались, нажалі поки в онлайн-форматі на справжню Всеукраїнську конференцію, присвячену пам'яті нашого Вчителя - видатного педіатра, академіка В.Г.Майданника, який 2,5 роки пішов з життя...

Найвідоміші та наймолодші вчені та лікарі-практики об'єднались для того, щоб відчуті тепло, єдність та підтримку один одного у складні часи, усвідомити, що життя продовжується, наука та медицина рухаються вперед, що можна обмінятися своїм досвідом, думками, послухати поради міжнародних колег, отримати відповіді на питання, які ще не описані в підручниках чи статтях.

- Які найперспективніші питання організації медичної допомоги дітям під час воєнного стану в Україні?
- Які виникли проблеми розвитку і виховання дітей, психічно травмованих воєнними обставинами в Україні?
- З якими питаннями по вигодовуванню та харчуванню дітей різного віку стикнулись педіатри?
- Як необхідно розвивати на сьогодні головний напрямок охорони здоров'я України – реабілітацію дитячого населення?
- Що складає основу сучасного тренінгового симуляційного навчання медиків в педіатрії?
- Які проблеми неонатології вийшли на перший план під час війни?
- Як оптимізувати психологічну та фізичну адаптацію постраждалих майже всіх дітей України?

Такому ж занепокоєнню за здоров'я та процвітання дитинства незалежної України було присвячено життя нашого Вчителя – академіка В.Г.Майданника.

Він реально рятував життя дітей, не тільки розвиваючи різноманітні наукові напрямки, а й завдяки створенню необхідних ланок практичної педіатрії (а саме, відділень гемодіалізу, дитячої ендокринології, вегетології), введенню новітніх діагностично - лікувальних заходів у освітні програми навчання майбутніх лікарів. В.Г.Майданник завжди був ініціатором форумів для об'єднання медиків різних спеціальностей, вважав, що тільки під час безпосереднього спілкування формується цілісний професійний погляд на здоров'я та розвиток дитини.

В пам'ять про нього, з метою продовження закладених традицій, ми, його учні, в минулому році вирішили започаткувати проведення Всеукраїнської конференції з міжнародною участю: «Інтернаціональна платформа інтегративної педіатрії» й готували її проведення на 2-3 березня 2022 року.

Але... 24 лютого почалось бомбардування Києва та майже всієї території України..., почалася війна...

Незважаючи на те, що наші думки та дії були направлені на те, як захистити людей, дітей, близьких, ми все ж таки зібрались з силами, й запізненням тільки на одну добу 3-4 березня, в онлайн-режимі провели конференцію.

Під канонади та виття сирен до нас мужньо підключалися українські та міжнародні спікери, а слухали їх більше 3000 лікарів та медичних сестер зі всієї України. Всіх об'єднувало відчуття незламності, стійкості, єдності та віри у Перемогу. Дійсно, запис минулорічної конференції увійде в історію української медицини та педіатрії як знакова громадська подія.

І тоді, на 8-й, й сьогодні, на 420-й день війни, нас продовжує єднати ім'я Людини з великої літери: мужньої, сміливої, мудрої та доброзичливої особистості, який дуже мало говорив, навіть мало знімався на відео, але так багато встиг зробити для створення цілісної української Школи педіатричної науки та практики.

Ми пам'ятаємо слова В.Г.Майданника, які зараз вибиті на його Меморіальній дошці, про те, що: «Коли дитина падає, янгол, втілений в педіатра, підставляє руки»...

Дійсно, цю «янгольську» його підтримку ми відчували завжди та вона постійно допомагає нам в такий складний воєнний період життя, надає силу й надію на саме краще майбутнє в Україні!

*Завідувач кафедри педіатрії №4  
НМУ ім. О.О.Богомольця,  
доктор медичних наук, професор  
Мітюряєва- Корнійко І.О.*

**Мета:** вивчити поширеність захворюваності вроджених вад серця (ВВС) у дітей від 2012 до початку 2022 року.

**Матеріали та методи:** проведено аналіз даних досліджень наукових джерел впоширених науково метричних базах (PubMed, Scopus, Web of Science, Medline), Європейського регіонального бюро ВООЗ та бази даних НФА, державної служби статистики і також Центру медичної статистики МОЗ.

**Результати:** найбільш частими факторами ризику народження дітей з ВВС вважаються: вік матері від 35 років, обтяжний сімейний анамнез (ендокринні порушення з боку батьків), токсикози вагітності, зокрема в І триместрі та загроза переривання вагітності, мертвонародження в анамнезі вагітної, вживання жіночих гормональних препаратів та інших лікарських препаратів, інфекційні та вірусні захворювання (доведена роль хламідійної інфекції) та ін.. Серед решти факторів, не менш важливу роль відіграють екологічні, зокрема територіальне навантаження ґрунту мінеральними добривами, радіаційний фон, соціальні ресурси та військові дії. Множинні дослідження наголошують, що генетична складова відіграє фундаментальну роль у виникненні ВВР серцево-судинної системи та стверджують про полігенне підґрунтя даної патології.

За результатами неінтервенційного дослідження поширеності ВВС на території України найбільш розповсюдженими вадами розвитку серцево-судинної системи на 2021 рік в дітей були: дефект міжшлуночкової перегородки (показник поширеності склав 24%); дефект міжпередсердної перегородки (14%); відкрита артеріальна протока (25%); коарктація аорти (7%); транспозиція магістральних судин (10%); тетрада Фалло (8%); аортальний стеноз (6,5%). Найбільш частими та загрозливими до життя ускладненнями при ВВС були легенева гіпертензія, серцева недостатність; інфекційний ендокардит, тромбоемболічні порушення. Ці ускладнення були як ізольованими, так і поєднаними, що зустрічалося часто, значно ускладнюючи стан хворих та погіршуючи прогноз. Було відмічено збільшення частоти поширеності ВВС протягом 2012-2021 рр. у середньому на 7,16%, що достовірно вище у порівнянні з попередньою декадою на +1,51%. Також зазначається зниження захворюваності на 3,75%. Найвище зростання поширеності ВВС зафіксовано в Південному регіоні — майже на 15,2%; найбільше зниження захворюваності — у Західному регіоні (на 7,15%) та м. Києві (на 8,1%).

**Висновки:** обробка та наступне вивчення поширеності ВВС в Україні повинно бути неодмінним задля розробок маркерів та факторів ризику їх для жінок репродуктивного віку з метою попередження їх появи.

**Ключові слова:** вроджені вади серця, серцево-судинна система, діти.

## РОЛЬ НЕЙРОМЕДІАТОРІВ S-100 / NSE В ПРОЦЕСАХ ЦЕРЕБРО-ІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

*Браткова Л.Б., Тіткова О.В., Соболева К.Б.*

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Стоєва Т.В.*

*Кафедра педіатрії №2*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Стоєва Т.В.*

*Одеський національний медичний університет*

*м. Одеса, Україна*

**Вступ:** аутизм – це патологічний стан центральної нервової системи, який характеризується наявністю уражень організму на генетичному, метаболічному, енергетичному рівнях. Клінічно аутистичні розлади проявляються порушеннями соціальної взаємодії, спілкування та наявними обмеженими, стереотипними інтересами та поведінкою. Дефініція, за якою встановлюється діагноз (DSM-5, МКХ-11): Порушення нейропсихологічного розвитку: розлади аутистичного спектру. Багатьма дослідженнями встановлено, що перебіг розладів аутистичного спектра (РАС) може обтяжувати супутня соматична патологія, зокрема ураження на осі мозок-кишківник-мікробіом, котрі проявляються функціональними розладами органів травлення (ФРОТ). Наявність нервових (гліальних) елементів у будові кишківника підтверджує цей взаємозв'язок. Фізіологічні процеси у нервовій системі, центральній, периферичній та її ланках, регулюються спільними механізмами. Окремими дослідженнями відзначається специфічна роль нейромедіаторів S-100 та NSE, які можуть бути корисними для вивчення особливостей церебро-інтестинальної взаємодії.

**Метою** дослідження є визначення ролі нейромедіаторів S-100 та NSE в контексті нейро-інтестинальної взаємодії у дітей з РАС.

**Матеріали і методи:** обстежено 66 дітей віком від 2 до 11 років, із підтвердженим діагнозом РАС, середній вік пацієнтів склав  $(6,67 \pm 0,17)$  роки. Гендерний склад нерівномірний: хлопчиків  $(62,10 \pm 4,85)\%$ , дівчат –  $(37,90 \pm 4,85)\%$ ,

$p > 0,05$ . Рандомізовано групи порівняння: основна група (А) – діти з РАС на фоні супутніх ФРОТ (45 дітей), контрольна група (Б) – діти з РАС без супутньої патології травної системи (21 дитина). Критерії включення: наявність інформованої згоди, підтверджений діагноз РАС, вік дитини від 2 до 11 років. Критерії виключення: гостра та органічна патологія ЦНС (гостра енцефалопатія, дитячий церебральний параліч, епілепсія, генетичні захворювання з ураженням ЦНС), спадкові розлади метаболізму (фенілкетонурія, хвороба Вільсона та ін.), захворювання ШКТ органічної природи (виразкова хвороба шлунку, гепатит, холецистит та ін.).

Діагностика ФРОТ проводилася на підставі рекомендацій Rome - IV (2016), з урахуванням критеріїв “overlap syndrome”, що передбачає залучення двох і більше органів з одночасним розвитком захворювання. Визначення сироваткової концентрації NSE та протеїну S-100 проводили за методом електрохемілюмінесцентної детекції (ECLIA). Діапазони референтних значень для NSE  $< 16,3$  нг/мл, для S-100  $< 0,105$  мкг/л. Оцінка клінічних проявів РАС у дітей із визначенням важкості порушень у різних сферах поведінки проводилася із використанням рейтингової шкали Childhood autism rating scale (CARS та CARS2-HR) (Schopler et al. 1980, 1988.), із дотриманням рекомендацій чинного клінічного уніфікованого протоколу МОЗ України №341.

**Результати:** в ході дослідження сироваткової концентрації нейромедіаторів в усіх дітей з РАС встановлено достовірне підвищення рівня NSE та S-100 ( $p < 0,001$ ). Детальне вивчення концентрації нейромедіаторів з урахуванням супутніх ФРОТ дозволило окреслити певні особливості, а саме: у групі А виявлено достеменно підвищення рівня S-100 ( $p < 0,001$ ) та NSE ( $p < 0,001$ ) відносно референтних показників.

Рівень S-100 у пацієнтів з СПК  $(0,35 \pm 0,12)$  мкг/л, перевищував аналогічний показник у дітей з ФРБТ  $(0,13 \pm 0,06)$  мкг/л,  $p < 0,001$ . При синтропних ФРОТ реєструвався найбільш високий рівень S-100 –  $(0,65 \pm 0,19)$  мкг/л, що достеменно відрізнялось

від показників S-100 при ізольованому ФРБТ,  $p=0,031$ . Рівень нейромедіатора S-100 показав наявність прямого кореляційного зв'язку при ізольованому СПК ( $r=0,34$ ) та синдропі СПК+ФРБТ ( $r=0,48$ ).

Вочевидь розбалансування процесів церебро-інтестинальної взаємодії на фоні неповного дозрівання нейрональних структур травної системи супроводжується певними нейрометаболічними зсувами, які відповідають за процеси субклінічного запалення при ФРОТ.

**Висновки:** перебіг РАС у дітей характеризується високою частотою ( $68,20\pm 4,66\%$ ) функціональних розладів травної системи, в структурі яких домінують синдром подразненого кишечника ( $27,30\pm 4,46\%$ ), функціональні розлади біліарного тракту ( $22,7\pm 4,19\%$ ) та синдроми функціональні порушення ( $18,20\pm 3,86\%$ ). Клінічний перебіг РАС супроводжується підвищенням рівня нейромедіаторів: NSE, без достеменною різниці в залежності від супутніх ФРОТ ( $p=0,59$ ) та S-100 - здебільш при СПК ( $p < 0,001$ ) та синдропі ( $p < 0,001$ ).

**Ключові слова:** розлади спектру аутизму, цереброінтестинальна взаємодія, вісь «мозок-кишківник», нейромедіатор, S-100, NSE, функціональні розлади органів травлення.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ ЖИЛЬБЕРА

*Васильєва Я.С.*

*Науковий керівник: Ізирінська Ю.Р*

*Кафедра фундаментальних та медико-профілактичних дисциплін*

*Міжнародний Європейський Університет*

*М. Київ, Україна*

**Вступ:** Синдром Жильбера (або гіпербілірубінемія типу II) - це генетичне захворювання, яке пов'язане зі зменшенням активності ферменту глюкуронілтрансферази, яка відповідає за кон'югацію білірубину в печінці. Це може призвести до збільшення рівня токсичного білірубину в крові, що називається гіпербілірубінемією. Синдром поширений у європейців 2-5 %, азіатів - 3 % і африканців - 36 % та проявляється зазвичай у підлітковому віці.

**Мета:** проаналізувати клінічний випадок синдрому Жильбера у підлітка для оцінки особливості динаміки рівня білірубину в крові на тлі проведеного лікування.

**Опис випадку:** Підліток 15 років разом з батьками 04.06.2008 р звернувся зі скаргами на біль у правому підреб'ї до гастроентеролога. Також, підліток повідомив про субфебрильну температуру  $37^{\circ}\text{C}$ , майже відсутній апетит та помітну жовтуватість шкіри та склер. Епізод ускладнення стався після прийому жирної їжі та фізичного навантаження. Виявилось, що у пацієнта є проблеми з дефекацією (приблизно 1 раз на тиждень), про що дитина замовчувала. Пацієнт був направлений на УЗД черевної порожнини, жовчного міхура і розгорнутий біохімічний аналіз крові. При УЗД обстеженні виявили перетяжку жовчного міхура, змінену нормальну анатомічну форму і біліарний (жовчний) сладж (БС) – скупчення кристалів холестерину, пігментних кристалів і солей кальцію в єдиному утворенні, що виник в жовчовивідних шляхах і жовчному міхурі в умовах застою жовчі. Результати біохімічного аналізу крові виявили підвищення рівня загального білірубину  $30,1$  мкмоль/л (норма  $5,0-21,0$ ); білірубину прямого  $4,9$  мкмоль/л (норма  $0,0- 3,4$ ); та білірубину непрямого  $25,2$  мкмоль/л (норма  $1,7-17,6$ ). Було запідозрено синдром Жильбера та виконано генетичний тест, що виявив мутацію - збільшення (ТА) повторів в гені UGT1A1 в гомозиготному стані. В заключенні генетичного тесту синдром Жильбера був підтверджений.

Результати аналізів після проведення фармакологічної терапії та дотримання дієти з рекомендаціями покращились до показників загального білірубину  $19,2$  мкмоль/л (норма  $5,0-21,0$ ); білірубину прямого  $3,5$  мкмоль/л (норма  $0,0- 3,4$ ); білірубину непрямого  $15,7$  мкмоль/л (норма  $1,7-17,6$ ). Додатково при повторному УЗД черевної порожнини: дискінезія жовчовивідних шляхів після проведення лікування стала  $48\%$  (до лікування  $34\%$ ) Зазвичай нормальна фракція викиду жовчі (ФВ) становить близько  $50-70\%$ . Після лікування підлітка фракція викиду збільшилася, що свідчить про покращення.

Вже після другого місяця дотримання дієти та прийому лікарських препаратів було досягнуто показників загального білірубину  $19,3$  мкмоль/л ( норма  $5,0-21,0$ ); білірубину прямого  $3,2$  мкмоль/л ( норма  $0,0- 3,4$ ) та білірубину непрямого  $16,1$  мкмоль/л (норма  $1,7-17,6$ ). Лікування і спостереження пацієнта продовжується на постійній основі, для попередження рецидивів та/або погіршення загального стану.

**Висновки:** Синдром Жильбера залишається актуальним питанням в педіатрії. Оскільки це генетичне захворювання, що перебігає хронічно і потребує постійного моніторингу стану пацієнта, його біохімічних показників крові, та супутніх захворювань, що можуть ускладнювати перебіг основної хвороби.

**Ключові слова:** Синдром Жильбера, глюкуронілтрансфераза

## НЕСПРИЯТЛИВІ ПОДІЇ ПІСЛЯ ІМУНІЗАЦІЇ. КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ.

*Вінокурова А.С.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Палатна Л. О.*

*Кафедра дитячих інфекційних хвороб*

*Завідувач кафедри: д.м.н., професор Крамарьов С. О.*

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

*м.Київ, Україна*

**Вступ.** Несприятливі події після імунізації (далі - НППІ) – хворобливі стани, які ресструються у щепленого упродовж післявакцинального періоду. Включають в себе: ускладнений перебіг післявакцинального періоду (виникнення гострого або загострення хронічного захворювання у післявакцинальному періоді, яке за часом співпадає із уведенням вакцини та не має