

**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'єдналися 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 зібралися 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.*

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 синтропії 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 синтропні 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 синтропії ( $p < 0,001$ ).

**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) – хвороботливі 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

зв'язку із щепленням) та післявакцинальні реакції (це клінічні ознаки нестійких патологічних (функціональних) змін в організмі, що виникають унаслідок проведення щеплення) і ускладнення (це стійкі функціональні та морфологічні зміни в організмі, що виходять за межі фізіологічних коливань і призводять до значних порушень у стані здоров'я). У 2013 році в Україні створено групу оперативного реагування на несприятливі події після імунізації при застосуванні вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного у разі госпіталізації або летального випадку для дитячого та дорослого населення.

**Мета:** ознайомити та пояснити про коди та терміни появи несприятливих подій після імунізації, різниці між післявакцинальними реакціями, ускладненнями та станами не пов'язаними з імунізацією на прикладі клінічних випадків.

**Матеріали та методи.** Матеріалами для доповіді слугували історії хвороб пацієнтів, пов'язані з несприятливими подіями після імунізації та наказ МОЗ України №995 з використанням методу теоретичного узагальнення.

**Клінічний випадок №1.** Хворий П. 2,4 р, був госпіталізований бригадою швидкої допомоги в КМДКІЛ з попереднім діагнозом - гостра кропив'янка? Геморагічний васкуліт? Батьки відзначали скарги на підвищення температури тіла до 38,0С, на шії та внутрішній поверхні стегон появу поодиноких елементів геморагічної висипки, а на животі, плечах - дрібноплямистий рясний та уртикарний висип, набряки кистей рук. Із анамнезу відомо, що 15 грудня 2022 року, після огляду педіатром та заключення «дитина здорова», було виконано щеплення вакциною «Інфанрікс». На наступний день батьками було помічено плямистий висип в ділянці шії, у пахвових складках та по внутрішній поверхні стегон, вдома дитині давали антигістамінні, після чого стан покращився. На другу добу зранку у хлопчика з'явилась виражена млявість, температура тіла піднялась до 38,00С, пастозність кистей рук та ніг, набряк м'яких тканин в діаметрі 50 мм в місці введення вакцини. Дитина була госпіталізована. При лабораторному обстеженні – загальний аналіз крові, коагулограма, біохімічний аналіз крові без патологічних відхилень. Проведене лікування: антигістамінні, внутрішньовенна інфузійна терапія глюкозо-сольовими розчинами, дексаметазон, гіпоалергенна дієта. Заключний діагноз: НППП- гостра кропив'янка. Групою оперативного реагування на НППП встановлено ймовірний причинно-наслідковий зв'язок випадку із вакцинацією, місцева реакція на введення вакцини «Інфанрікс».

**Клінічний випадок №2.** Хворий О. 11 міс, був госпіталізований бригадою швидкої допомоги з попереднім діагнозом: Напад апное. Афебрильні судоби? Скарги при надходженні: неспокій дитини, що наростає, уранці напад зупинки дихання. Відомо, що 12 жовтня 2022 року після огляду педіатром дитині було проведено щеплення вакцинами Пента Хіб + ІПВ. Із анамнезу хлопчик був народжений на 33 тиж. з вагою 1900 г., на 13 добу прооперований з приводу вродженої вади серця (атрезія легеневої артерії, підоральний дефект міжшлуночкової перегородки, відкрита артеріальна протока, відкрите овальне вікно). Місяць тому мама вперше відмітила напади апное. Отримував діакارب, аспаркам, магній В6. При об'єктивному обстеженні у стаціонарі набряк та гіперемія в місці ін'єкції відсутні, відставання темпів розвитку (не сидить, не стоїть), під час огляду відмічалось короткочасне замирання з клонічними судомами кінцівок (2 епізоди), ЧСС - 160/хв, ЧД- 50/хв, загальний аналіз крові без патологічних відхилень, СРБ 12 мг/л, глюкоза крові 3,97 ммоль/л, консультований неврологом. Проведене лікування: жарознижуючі у вікових дозах, гіпоалергенна дієта. Заключний діагноз: НППП - Афебрильні судоби. Епілептичний синдром у формі фокальних нападів? Інші уточнені вади розвитку серця. Встановлено ймовірний причинно-наслідковий зв'язок випадку із імунізацією вакциною Пента Хіб – НППП. Афебрильні судоби.

**Клінічний випадок №3.** Хвора К. 3 міс, госпіталізована бригадою швидкої допомоги з попереднім діагнозом: Кишкова непрохідність? Скарги при надходженні: виражений неспокій дитини, відмова від їжі, голосний крик. Із анамнезу відомо, що 14.02.23 вранці була проведена імунізація вакциною ПЕНТА Хіб + ІПВ, після чого дитина стала неспокійною, періодами тривав сильний плач, неспокій. Цієї доби увечері дівчинка була оглянута хірургом, який виключив гостру хірургічну патологію, від госпіталізації батьки відмовились. Однак стан дитини не поліпшувався, наростає неспокій, їжу не споживала. При повторному зверненні дитина була госпіталізована у соматичне відділення. При об'єктивному обстеженні: шкіра та слизові оболонки рожеві, вологі, без патологічних висипань, аускультативна картина над легенями та серцем без патології, живіт доступний пальпації, м'який, безболісний, температура тіла 36,8, ЧСС – 128 уд/хв, ЧД – 32 уд/хв. Загальний аналіз крові та біохімічне дослідження крові без патологічних відхилень, копрограма: кашкоподібний стул, слиз – значно, лейкоцити 2-3; УЗД ОЧП у межах норми; нейросонограма: ехоструктурних змін не виявлено. Оглянута неврологом. Проведене лікування: жарознижуючі у вікових дозах, симетикон. Заключний діагноз: Несприятлива подія після імунізації. Синдром м'язевого гіпертонусу. Функціональне порушення кишечнику. Встановлено можливий причинно-наслідковий зв'язок випадку із вакцинацією Пента Хіб.

**Висновки:** лікарі повинні бути ознайомлені та знати про різновиди несприятливих подій після імунізації, їх коди та час появи, щоб мати можливість проводити диференційний діагноз між непов'язаними з імунізацією станами, що співпадають у часі із проведенням вакцинації, та НППП.

**Ключові слова:** вакцинація, післявакцинальний період, післявакцинальні реакції, ускладнення, щеплення.

## СКЛАДНОСТІ ТЕЛЕКОНСУЛЬТАЦІЙ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АНУЛЯРНОЇ ГРАНУЛЬОМИ

*Вітрук В. О.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Гнилокурченко Г.В.*

*Кафедра педіатрії №4*

*Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Мітюряєва-Корнійко І.О.*

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця  
м.Київ, Україна*

**Вступ:** кільцеподібна гранульома (КГ) — шкірне гранулематозне захворювання невідомої етіології. Це найпоширеніше неінфекційне гранулематозне захворювання. Захворювання є доброякісним і часто проходить самостійно. Кільцеподібна гранульома зазвичай проявляється у вигляді еритематозних бляшок або папул, розташованих кільцевою формою на верхніх кінцівках. На додаток до більш поширеного прояву, який називається локалізованою кільцеподібною гранульомою, інші клінічні варіанти кільцеподібною гранульомою включають генералізовану, перфоративну, плямисту та підшкірну. Незважаючи на те, що це доброякісне захворювання, воно може бути пов'язане з більш серйозними захворюваннями, такими як ВІЛ або злоякісні пухлини. Етіологія