

**XI МІЖНАРОДНИЙ СЕМІНАР СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ,
ПРИСВЯЧЕНИЙ ВСЕСВІТЬОМУ ДНЮ
БОРОТЬБИ З РАКОМ**

**XI INTERNATIONAL STUDENTS' AND YOUNG SCIENTISTS' SEMINAR
DEDICATED TO THE WORLD CANCER DAY**

3.02.2023



**НАЦІОНАЛЬНИЙ
ІНСТИТУТ РАКУ**
ЗАСНОВАНО У 1920 РОЦІ

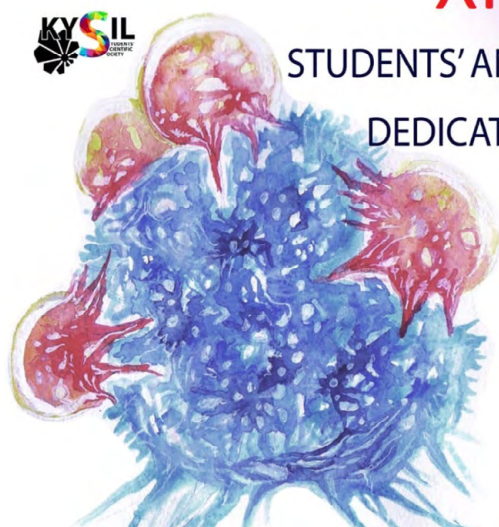


USSO
ОКРАЇНСЬКИЙ ТОВАРИСТВО
ХІРУРГІВ РАКУ



**XI INTERNATIONAL
STUDENTS' AND YOUNG SCIENTISTS' SEMINAR
DEDICATED TO THE WORLD CANCER DAY**

KYIV, 3 FEBRUARY 2023



ОПТИМІЗАЦІЯ ВИСОКОДОЗОВОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗЛОЯКІСНИХ СОЛІДНИХ НОВОУТВОРЕНЬ У ДІТЕЙ. ДОСВІД НАЦІОНАЛЬНОГО ІНСТИТУТУ РАКУ

Болгаріна К.О., Павлик С.В., Климнюк Г.І., Шайда О.В.

*Національний інститут раку
м. Київ, Україна*

Вступ: Оптимізацією високодозної хіміотерапії є тандемна високодозова хіміотерапія (ВДХТ), яка залишається актуальним методом лікування при злоякісних новоутвореннях у дітей групи високого ризику. В групу дослідження включені такі захворювання, як: нейробластома, пухлини сімейства Юїнга/ПНЕП, пухлини ЦНС (медулобластоми, АТРП, пінеобластоми, ембріональні пухлини ЦНС) та ін.

Методи дослідження: Серед 59 елементів тандемної високодозової хіміотерапії з трансплантацією аутологічних стовбурових клітин периферичної крові (СКПК) проведено аналіз ускладнень після першого і другого елементів ВДХТ, також проведено аналіз загальної виживаності серед груп пацієнтів з різними нозологічними формами.

Результати: Високодозова хіміотерапія, як елемент комплексного лікування дітей групи високого ризику, була проведена у 59 дітей. Розподіл по нозологічним формам: нейробластоми - 38 (64,4%), саркоми Юїнга - 10 (16,9%), пухлин ЦНС - 10 (16,9%), ретинобластома - 1 (1,7%).

Режими кондиціонування другого елементу ВДХТ: Топо/Сhp - 49 (83,05%), Carbo/Еtop - 3 (5,08%), МЕС - 3 (5,08%), Тіо/Сhp - 2 (3,38%), Трео/Мел - 2 (3,38%).

Як джерело стовбурових клітин були використані стовбурові клітини периферичної крові у 100%.

Серед ускладнень після тандемної ВДХТ анемія 3-4 ст визначалась у 45,7% пацієнтів (кількість гемотрансфузій складає в середньому 0-4), нейтропенія 4ст складає 100% (фебрильна нейтропенія 38,9%), тромбоцитопенія 4 ст 98,3% (кількість трансфузій тромбоконтрату 0-12).

Достовірної різниці по строках відновлення лейкоцитарного та тромбоцитарного ростка кровотворення, тривалості нейтропенії, різниці у трансфузійній підтримці після першого та другого елементів ВДХТ не виявлено.

Смерть, пов'язана з трансплантацією на другому елементі - 2 пацієнта (3,38%) у зв'язку з поліорганною недостатністю на фоні сепсису без досягнення лейкоцитарного і тромбоцитарного енграфту і васкулярного ендотеліального синдрому (на фоні досягнутого приживлення стовбурової клітини) відповідно.

Загальна виживаність серед пацієнтів, що отримали 2 елементи складає в середньому 35 місяців, що переважає у порівнянні до пацієнтів, які отримали 1 елемент ВДХТ (27 місяців).

Висновки: Тандемна високодозова хіміотерапія з трансплантацією аутологічних стовбурових клітин може бути використана для несприятливих форм ЗН з метою інтенсифікації лікування і покращення результатів загальної виживаності даної групи пацієнтів.

Ключові слова: високодозна хіміотерапія, злоякісні солідні новоутворення, стовбурові клітини.

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ HER2/NEU У ПАЦІЄНТОК З РАКОМ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Бондар М.В.

*Науковий керівник: Сивак Л.А., д.мед.н., професор
Відділення хіміотерапії солідних пухлин
Національний інститут раку
Київ, Україна*

Вступ: На сьогодні, міжнародні рекомендації (ASCO/CAP, NCCN, ESMO) пропонують класифікувати рак грудної залози (РГЗ) як HER2-позитивний або HER2-негативний. Останнім часом у літературі досліджують доцільність виділення РГЗ з низькою експресією HER2/neu з метою оцінки як потенційно прогностичного та/або предиктивного фактора при різних молекулярних підтипах РГЗ.

Мета: Вивчити особливості рівня експресії трансмембранного білка Her2/neu в пацієнток з різними молекулярними підтипами РГЗ.

Методи дослідження: Виконано ретроспективний аналіз клініко-лабораторних та молекулярно-генетичних характеристик пацієнток з вперше діагностованим РГЗ (з 01.06.19р. по 31.08.19р.). Досліджено 127 пацієнток, віком від 24 до 82 років, середній вік - 54,5 роки. ІГХ дослідження виконувалося в лабораторії патологоанатомічного відділення (зав., к.м.н. Кротевич М.С.), FISH дослідження - в науково-дослідній лабораторії експериментальної онкології (зав., д.б.н. Храновська Н.М.) в НІР.

Результати: Визначено, що 117 (92,1%) пацієнток мали HER2/neu-негативний і 10 (7,9%) - HER2/neu-позитивний статус. Серед 117 HER2/neu-негативних пухлин, рівень HER2 (0) був у 77 (65,8%) випадках, рівень HER2 (1+) - у 34 (29%) та рівень HER2 (2+) - у 6 (5,2%). Досліджено, що у всіх пацієнток з експресією HER2/neu (2+) була відсутня ампліфікація гену. Тобто, з 77 хворих із HER2/neu-негативним РГЗ, 40 (34,2%) мали низьку експресію HER2/neu (1+ чи 2+). З них 29 (73%) належали до люмінальних підтипів РГЗ, 11 (27%) - до тричі негативного РГЗ. Рівень HER2 (2+) FISH(-) частіше спостерігали при гормон-позитивному РГЗ (67%), ніж при тричі негативному РМЗ (33%), $p < 0.05$. Серед 96 пацієнток з гормон-позитивним РГЗ низька експресія HER2/neu частіше зустрічалася у хворих у постменопаузі, $p < 0.05$. За стадією TNM, пацієнток було розділено на три групи: 29 (72,5%) мали ранній РГЗ (I/II ст.), 6 (15%) - місцево поширений РГЗ (III ст.) та 5 (12,5%) - de novo метастатичний РГЗ (IV ст.). У пацієнток з HER2/neu (0) співвідношення за стадіями було наступним: 72,7%, 26% та 1,3%, відповідно. Тобто, у пацієнток при первинній діагностиці РГЗ, незалежно від рівня експресії HER2/neu, переважали ранні стадії захворювання, $p < 0.05$.

Висновки: Досліджено, що рак грудної залози із низькою експресією HER2/neu є гетерогенною групою пухлин за імуністохімічними характеристиками. Визначено, що відсоток РГЗ з низькою експресією HER2/neu був вищим у пацієнток з гормон-позитивним РГЗ (73%), порівняно з тричі негативним (27%), $p < 0.05$. Дослідження особливостей експресії HER2/neu у пацієнток з РГЗ потребує подальшого вивчення для застосування новітніх методів лікування.

Ключові слова: рак грудної залози, імуністохімія, експресія HER2/neu, молекулярний підтип.

ОЦІНКА СТУПЕНЯ ВТОРИННОЇ ЛІМФЕДЕМИ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ICG - ЛІМФОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТОК З РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПІСЛЯ АКСИЛЯРНОЇ ЛІМФОДИСЕКЦІЇ

Кістриця Д.В.¹, Рибка Є.О.²

¹ДЗ «Дніпровський державний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України»

²КП «ДОКОД» ДОР»

м. Дніпро, Україна

Вступ: Вторинна лімфедема (ВЛ) – це ускладнення прогресуючого хронічного характеру, яке розвивається внаслідок лікування раку молочної залози із застосуванням хірургічних методів та/або променевої терапії. Лімфедема визначається як сукупність патофізіологічних станів, що характеризуються накопиченням білковмісної рідини в інтерстиції внаслідок нездатності лімфатичної системи адекватно транспортувати лімфу, що може призводити до запалення, фіброзу та гіпертрофії жирової тканини. Кількість пацієнток з ВЛ після радикального лікування за даними різних авторів становить 22,5 % - 60 %. Проблема вторинної лімфедери в Україні стоїть дуже гостро за рахунок: відсутності методик визначення та виявлення ранніх стадій ВЛ, відсутність єдиного алгоритму та обліку пацієнтів з ВЛ, відсутність у багатьох профільних онкологічних закладах України обладнання для біопсії сторожового лімфовузла та тотальне виконання повної лімфаденектомії..

Мета: Провести ретроспективний аналіз літературних даних досліджень та даних КП «ДОКОД» ДОР» з оцінки нормального та патологічного поверхневого лімфатичного потоку на верхніх кінцівках методом ICG задля подальшого хірургічного лікування вторинної лімфедери верхньої кінцівки у пацієнтів з раком молочної залози.

Методи дослідження: Під час систематичного дослідження матеріалів в наукометричних базах The PubMed, Cochrane, Google Scholar було проведено ретроспективний аналіз 68 досліджень. Данні досліджень свідчать, що ICG-лімфографія є простим і легким способом оцінити функцію лімфатичної системи з мінімальною інвазивністю. Динамічна ICG-лімфографія рекомендована для комплексної патофізіологічної оцінки пацієнтів з ВЛ верхньої кінцівки.

Результати аналізу були зіставлені з даними ICG – лімфографії 11 пацієнтів з вторинною лімфедерою внаслідок лікування раку молочної залози в онкохірургічному відділенні КП «ДОКОД» ДОР». Вік пацієнтів склав від 26 до 65 років (середній 48 р.) При внутрішньожкірному введенні індоціаніну зеленого “Вердай” (ICG) 0,4 мл в міжпальцеві проміжки, було візуалізовано розповсюдження контрастної речовини вздовж лімфатичних судин завдяки ICG Flow камери. Було виявлено патологічне розповсюдження ICG вздовж лімфатичних протоків. При дослідженні пацієнтів з ВЛ отримані дані характерні для даної патології зображення, що можна поділити на три категорії “dermal backflow”: the splash, stardust, diffuse. Отримані результати були застосовані для визначення тактики пацієнток для терапевтичного чи хірургічного лікування.

Результати: В результаті аналізу матеріалу дослідження вдавалось встановити наявність патологічного лімфатичного току, чітко встановити локалізацію лімфатичного блоку та оцінити можливість хірургічного відновлення цілісності лімфатичної системи. Дослідження є безпечним для пацієнтів та зручне для проведення. Отримані данні свідчать, що використання ICG лімфографії є доцільним для пацієнтів з вторинною лімфедерою верхньої кінцівки з раком молочної залози для планування подальшого лікування.

Ключові слова: ICG, лімфедема, індоціанін зелений, рак молочної залози, біопсія сторожового лімфовузла.

ПОРІВНЯННЯ ПРОТОННОЇ ТА ІОННО-ВУГЛЕЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ОСТЕОСАРКОМИ

Козар. Т.І., Калиш О.М., Осовський С. А.

Науковий керівник: академік НАМН України Яворовський О.П.

Кафедра гігієни та екології №2

Завідувач кафедри: академік НАМН України Яворовський О.П.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Київ, Україна

Вступ: Первинні пухлини кісток зустрічаються рідко і становлять <0,2% усіх злоякісних пухлин, зареєстрованих у базі даних EuroCare (Європейський реєстр раку, заснований на дослідженні Cancer Survival and Care Study). Різні типи пухлин мають різні показники виявлення, і кожен має не більше 0,3 випадків на 100 000 на рік.

Остеосаркома є первинною злоякісною пухлиною кістки (захворюваність: 0,3 на 100 000 на рік). Захворюваність вища у підлітків (0,8–1,1 на 100 000 на рік у віці 15–19 років). Співвідношення чоловіків і жінок становить 1,4:1. Характерною

особливістю цієї патології є помітне ураження дитячого населення, захворюваність якого, на відміну від дорослого, зростає.

Мета: Дослідити та порівняти роль протонної та іонно-вуглецевої терапії в лікуванні остеосаркоми.

Методи дослідження: Аналітичний огляд сучасної наукової літератури з протонної та іонно-вуглецевої терапії в лікуванні остеосаркоми.

Результати: Остеосаркома не є радіочутливим захворюванням, тому променева терапія не вважається остаточним підходом до лікування операбельних пухлин першої лінії. Замість цього вона переважно використовується в ад'ювантній фазі після крайової або неповної резекції або для остаточного лікування у випадку неоперабельної хвороби (Ozaki T, Flege S, Kevric M, et al., 2003).

Серед пацієнтів, які отримують променеву терапію, локальний контроль пухлини та загальна життєдіяльність становлять приблизно 78% і 75% відповідно, коли радіаційна терапія (РТ) використовується після загальної тотальної або субтотальної резекції, і лише 40% і 25% лише після біопсії. Більш високі показники місцевого контролю > 80% спостерігалися серед пацієнтів, які отримували РТ в дозах ≥ 70 Гр у остаточному або ад'ювантному режимі. Пацієнти в цьому дослідженні отримували протонну терапію з компонентом лікування фотонами або без нього. Дослідження COG AOST 0331/EURAMOS рекомендувало 60-66 Гр після операції для позитивних мікроскопічних країв і 70 Гр для остаточного місцевого контролю (Ciernik IF, Niemierko A, Harmon DC, et al., 2011).

Враховуючи необхідні високі дози, передові методи РТ, такі як протонна терапія або терапія іонами вуглецю, часто потрібні для пухлин осового скелета, тазу та основи черепа, щоб зменшити радіаційне опромінення найближчих критичних органів. Протонна терапія все частіше використовується в Північній Америці та Азії, і її безпека та ефективність при остеосаркомі були задокументовані. Місцевий контроль через п'ять років коливався від 68% до 72% із традиційно фракціонованими (1,8-2 Гр на день) дозами протонної променевої терапії 68-70 Гр.

Терапія частинками іонів вуглецю забезпечує нормальне збереження тканин, подібне до протонної терапії, але також більший лінійний перенос енергії, що означає більший біологічний ефект, ніж протонна або фотонна терапія. Це може бути особливо корисним при радіорезистентних гістологічних захворюваннях, таких як остеосаркома. Дані клінічних результатів, отримані робочою групою з саркоми кісток і м'яких тканин у Японії з використанням іонно-вуглецевої терапії неоперабельної педіатричної та дорослої остеосаркоми, демонструють п'ятирічний локальний контроль пухлини у 62% через п'ять років із гіпофракціонованим режимом 70,4 Гр (відносна біологічна ефективність) у 16 фракціях 4,4 Гр на фракцію (Mohamad O, Imai R, Kamada T, et al., 2018). Гіпофракціонування може бути корисним для остеосаркоми, оскільки більш висока добова доза опромінення може покращити біологічний ефект для цієї радіаційно-стійкої гістології, хоча звичайне фракціонування в 1,8-2 Гр на день, що доставляється за допомогою протонної або фотонної терапії, залишається стандартним підходом у Сполучених Штатах через підвищену токсичність, великі розміри поля та високу кумулятивну дозу RT (Matsunobu A, Imai R, Kamada T, et al. 2012).

Висновки: Протонна терапія для доставки високих доз променевої терапії дозволяє проводити місцеве лікувальне лікування деяких пацієнтів з неоперабельною або неповністю резектованою остеосаркомою. Навідміну від неї, терапія частинками іонів вуглецю є безпечнішою, оскільки забезпечує нормальне збереження тканин, та відповідно дозволяє використати більший лінійний перенос енергії, що дозволяє покращити місцевий контроль і загальну виживаність порівняно із попереднім методом лікування.

Ключові слова: протонна терапія, іонно-вуглецева терапія, остеосаркома.

АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ АНТИКАНЦЕРОГЕННИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КОМБІНАЦІЇ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ТА НАНОЧАСТИНОК ДІОКСИДУ ТИТАНУ НА ЗЛОЯКІСНИХ КУЛЬТУРАХ КЛІТИН

Козар Т.І., Рябовол В.М.

Науковий керівник: академік НАМН України Яворовський О.П.

Кафедра гігієни та екології №2, Київ, Україна

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Київ, Україна

Вступ: Наноматеріали, одержані на основі наночастинок діоксиду титану (НЧ TiO_2), усе ширше застосовуються в різних галузях економічної діяльності, біології та медицині. Раніше на кафедрі гігієни та екології №2 було досліджено токсикологічний вплив НЧ TiO_2 та його модифікацій з наносріблом на морфо-функціональний стан внутрішніх органів лабораторних тварин (мишей, шурів, мурчаків, кролів), подразнюючий сенсibiliзуючий, імунотоксичний ефекти та можливе ураження ендокринних органів, зокрема щитовидної залози. Крім того, з даних літератури відомо про біоцидну дію (антибактеріальну, антивірусну, антифунгіцидну) НЧ TiO_2 , а також застосування їх для знешкодження органічних забруднювачів, знезаражування, створення антимікробних та самоочисних поверхонь. Дані сучасних джерел свідчать про можливість фотосенсибілізуючої дії НЧ TiO_2 та використання його в клінічній медичній практиці. Серед методів лікування раку фотодинамічна терапія (ФДТ) вважається неінвазивним, сприятливим і клінічно схваленим підходом до лікування, який усуває недоліки інших традиційних протипухлинних методів лікування, таких як хіміотерапія та променева терапія. У ФДТ фотосенсибілізатор (ФС) є ключовим гравцем. Спочатку ФС локально або системно вводять у потрібну ділянку, а потім використовують лазер із випромінюванням ультрафіолетового діапазону для опромінення цільової пухлини. Введений ФС генерує активні форми кисню (АФК) після ультрафіолетового опромінення з подальшою загибеллю клітин. Проте традиційні ФС засновані на органічних макромолекулах, які мають швидкий час циркуляції в організмі з низькою ефективністю під впливом світла. Таким чином, щоб зменшити

обмеження традиційних ФС, неорганічні наночастинки (НЧ) TiO_2 представляють інтерес, оскільки вони виявили високий потенціал у застосуванні в наномедицині та науці про навколишнє середовище.

Мета: Дослідити та проаналізувати використання комбінації ультрафіолетового випромінювання та наночастинок діоксиду титану в фотодинамічній терапії злоякісних клітин, за даними сучасних наукових джерел.

Методи дослідження: Аналітичний огляд сучасної наукової літератури з використання комбінації ультрафіолетового випромінювання та наночастинок діоксиду титану в фотодинамічній терапії злоякісних пухлин.

Огляд: Чистий TiO_2 та в поєднанні з різними молекулами, антитілами або полімерами виявили фотосенситивність проти раку, таким чином відкриваючи потенціал для фотодинамічної терапії. Хоча TiO_2 є потужним генератором радикалів кисню, в чистому вигляді він може збуджуватися тільки ультрафіолетовим випромінюванням (УФВ). Одне з досліджень проводилося на клітинних лініях епітелію молочної залози MDA-MB-468 та MCF-7. Водні дисперсії наноструктурованого оксиду титану були опромінені УФВ (довжина хвилі 350 нм) протягом 20 хв. Наноструктурований TiO_2 фотосенсибілізатор дисперсії готували золь-гель методом. Варто зазначити, що в TiO_2 підтверджено наявність фотокатализатора у вигляді ана-тазу. За результатами дослідження застосована модифікація виявила високу ефективність проти високо злоякісного MDA-MB-468 клітин, які зазнали апоптотичної клітинної смерті. Важливо зауважити, що використання лише ультрафіолетового випромінювання викликало 10% зниження життєздатності клітин MDA-MB-468, тоді як неопромінені TiO_2 при 16 мкг концентрації знижували життєздатність клітин на 50%. Крім того було виявлено, що лінія клітин MCF-7 стійкі до цієї терапії за ідентичних умов.

Немодифіковані НЧ діоксиду титану також пригнічують ріст пухлин. Дослідження ефекту TiO_2 *in vitro* на клітинах мультиформної гліобластоми при УФВ з довжиною хвилі 365 нм, а потім *in vivo* умовах на миші з гліомою, продемонструвало, що виконаний TiO_2 в дозі 200 мкг призвів до збільшення виживаності мишей разом із пригніченням росту пухлини. Проте важливо зауважити і про недоліки, пов'язані з обмеженням проникнення ультрафіолетового світла через тканини.

Нещодавнє дослідження наноконструкції TiO_2 з Ag продемонструвало високу здатність генерувати АФК для покращеної фотодинамічної терапії. Легким гідротермальним методом приготували нанострижні TiO_2 , а потім методом термічного розкладання виростили наночастинки Ag (~4-5 нм) на TiO_2 (довжина = 35 ± 5 нм і ширина = 13 ± 2 нм). Біосумісність і здатність до водної дисперсії Ag- TiO_2 були додатково покращені за допомогою амфільного сополімеру PF-127. Завдяки своєму надмалому розміру та гібридній природі, підготовлені наноконструкції ефективно накопичувалися в ракових клітинах молочної залози 4T1 і мали чудову генерацію АФК для абляції пухлинних клітин, досліджених 1,3-дифенілізобензофурану (гасником АФК). Як сприятливий фотосенсибілізатор для фототерапії, Ag- TiO_2 в концентрації 120 мкг/мл, продемонстрував чудовий фотодинамічний ефект пригнічення ракових клітин 4T1 під дуже низькою дозою УФВ (5,6 мВт/см²).

Висновки: Наночастинки діоксиду титану в комбінації з ультрафіолетовим випромінюванням володіють чудовими фотосенсибілізуючими властивостями. Їхнє подальше дослідження в фотодинамічній терапії раку залишається одним з перспективних завдань сьогодення.

Ключові слова: активні форми кисню, фотосенситивність, клітинна лінія раку молочної залози, фотосенсибілізатор.

РОЛЬ ГЕНА CYP2D6 У ВИБОРІ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО ВАРІАНТА ЕНДОКРИНОТЕРАПІЇ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

^{1,2}Костюченко Є.В., ³Шевченко Т.П., ²Мотузюк І.М., ²Сидорчук О.І., ¹Смолянко І.І., ¹Мовчан О.В., ²Понятовський П.Л.,
²Піскорський О.О.

¹ Національний інститут раку

² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра онкології

³ Proxet Group LLC

Актуальність: Тамоксифен є золотим стандартом ендокринної терапії ER-позитивного раку грудної залози (РГЗ). Ендоксифен є його основним метаболітом, від нього залежить більшою мірою успішність лікування тамоксифеном. Ген CYP2D6 відіграє ключову роль у метаболізмі тамоксифену до його активних метаболітів, зокрема, ендоксифену. Дослідження користі фенотипу CYP2D6 у прийнятті терапевтичних рішень з метою персоналізації лікування хворих на РГЗ є актуальною та дискусійною тематикою.

Методи дослідження: У дослідження включено 127 пацієнток, 100 з яких мали діагноз РГЗ будь-якого типу та стадії, 27 пацієнток мали інші захворювання (доброякісні новоутворення грудних залоз, новоутворення інших локалізацій тощо). Середній вік на час встановлення діагнозу складав $42,2 \pm 9,2$ років (від 19 до 67 років). Усі пацієнтки підписали інформовану згоду на проходження тестування методом ДНК-секвенування нового покоління (NGS) на функцію гена CYP2D6. Ризик неефективності тамоксифену розраховувався лише на основі фенотипу CYP2D6 і рекомендацій CPIC (Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium), і не враховував інші фактори, такі як концентрація ендоксифену в крові або інші негенетичні фактори.

Результати: Ми оцінили можливий ризик неефективності тамоксифену для пацієнта в 48,03%: 41,73% були помірно зниженими і 6,3% були повільними метаболізаторами. Даний показник є вищим порівняно з дослідженнями, проведеними в інших країнах. Достовірної різниці у фенотипах між хворими на РГЗ та пацієнтами з іншими захворюваннями не виявлено, $p > 0.1$.

Висновки: На даний час тестування на CYP2D6 може використовуватися як додатковий інструмент для лікарів-онкологів в окремих випадках. Подальші дослідження допоможуть визначити роль даного тестування в прогнозуванні ефективності лікування тамоксифеном.

Ключові слова: CYP2D6, тамоксифен, рак грудної залози, ендокринотерапія, ендоксифен, ДНК-секвенування (NGS).

ФЕНОТИП DPYD ТА ФТОРПІРИМІДИНИ (КАПЕЦИТАБІН І 5-ФТОРУРАЦИЛ) У ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

^{1,2}Костюченко Є.В., ³Шевченко Т.П., ²Мотузюк І.М., ²Сидорчук О.І., ¹Смолянко І.І., ¹Мовчан О.В., ²Понятовський П.Л., ²Піскорський О.О.

¹ – Національний інститут раку

² – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра онкології

³ – Proxet Group LLC

Актуальність: Фторпіримідини широко застосовуються у лікуванні раку грудної залози (РГЗ) у ряді випадків, зокрема при розповсюджених та метастатичних формах. Найчастіше використовується капєцитабін – нецитотоксичне похідне фторпіримідину карбамату, пероральний попередник цитотоксичної сполуки – 5-фторурацилу (5-ФУ), що має безпосередню протипухлинну дію. Потім 5-ФУ катаболізується дигідропіримідиндегідрогеназою (ДПД) з утворенням менш токсичного дигідро-5-фторурацилу. Пацієнти з дефіцитом ДПД мають підвищений ризик виникнення пов'язаної з фторпіримідинами токсичності, що проявляється, зокрема, стоматитом, діареєю, запаленням слизових оболонок, нейтропенією та нейротоксичністю. Пацієнти з повним дефіцитом ДПД мають високий ризик небезпечної для життя, у т. ч. летальної, токсичності.

Генетичне тестування на фенотип DPYD може виявляти пацієнтів із дефіцитом ДПД. Чотири варіанти DPYD – с.1905+1G>A (інші назви rs3918290, DPYD*2A), с.1679T>G (rs55886062, DPYD*13), с.2846A>T (rs67376798) та с.1129–5923C>G (rs75017182, НарВ3) – можуть спричинити зниження ферментативної активності ДПД.

Серед цих варіантів, с.1905+1G>A та с.1679T>G мають найбільш суттєвий шкідливий вплив на активність ДПД, у той час як с.2846A>T та с.1129–5923C>G призводять до помірної зниження його активності. Близько 7% європейців мають принаймні один із цих чотирьох варіантів DPYD.

Методи дослідження: У дослідження включено 100 пацієнток, які мали діагноз РГЗ будь-якого типу та стадії. Середній вік на час встановлення діагнозу складав 43,23±8,84 роки. Усі пацієнтки підписали інформовану згоду на проходження тестування методом ДНК-секвенування (NGS) на наявність двох найбільш важливих варіантів DPYD – с.1905+1G>A та с.1679T>G. Ризик виникнення пов'язаної з фторпіримідинами токсичності розраховувався лише на основі фенотипу DPYD і рекомендацій CPIC (Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium), і не враховував інші можливі фактори.

Результати: У всіх 100 досліджених пацієнток не було виявлено жодного випадку варіантів с.1905+1G>A або с.1679T>G, що може відповідати фенотипу нормального метаболізатору DPYD. Таким чином, нами не було виявлено пацієнтів, що мають підвищений ризик виникнення пов'язаної з фторпіримідинами токсичності.

Висновки: Отримані результати є оптимістичними, оскільки ми не знайшли найбільш шкідливих варіантів DPYD в українській популяції, що свідчить про їх низьку поширеність. Важливо продовжити дане дослідження на більшій вибірці та дослідити інші варіанти DPYD (с.2846A>T та с.1129–5923C>G), щоб зробити остаточні висновки щодо доцільності проведення генетичного тестування на DPYD перед призначенням лімфомою фторпіримідинів.

Ключові слова: DPYD, фторпіримідини, капєцитабін, 5-фторурацил, рак грудної залози, хіміотерапія, дигідропіримідиндегідрогеназа, ДНК-секвенування (NGS).

ПІЗНЯ СЕРОМА ПІСЛЯ ПІДШКІРНОЇ МАСТЕКТОМІЇ З ОДНОМОМЕНТНИМ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯМ

Леоненко Ю.О., Мотузюк І.М., Понятовський П.Л., Сидорчук О.І.

Кафедра онкології

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Київ, Україна

Вступ: Пізня серома грудної залози це скупчення серозної рідини навколо імпланту після проведення пластичних та реконструктивних операцій (утворюється більше ніж через рік після операції). За результатами досліджень пізню серому у пацієнток, що перенесли ендопротезування, фіксують з частотою від 0.13% до 6.4%. Пізня серома нерідко стає рефрактерною до консервативного лікування і може призвести до втрати імпланту, а також є найбільш розповсюдженою у пацієнтів з імплант-асоційованою анапластичною крупноклітинною лімфомою (BIA-ALCL).

Мета: Дослідити варіанти лікування пацієнтів з пізньою серомою після реконструктивних операцій з приводу раку грудної залози.

Методи дослідження: Аналітичний огляд сучасної наукової літератури з варіантами лікування пізньої сероми. Розробка власної методики лікування пізньої сероми.

Результати: Підшкірна мастектомія з одномоментним ендопротезуванням широко використовується для реконструкції грудних залоз. Перевагами використання силіконових імплантів при реконструктивних та пластичних операціях є гарний естетичний результат, швидка реабілітація, висока якість життя. Лікування пізньої сероми після підшкірної мастектомії з одномоментним ендопротезуванням включає як консервативні методи, так і хірургічне лікування. Найбільш поширеними методами є аспірація сероми; антибактеріальна та протизапальна терапія; дренажування сероми і заміна імпланту; капсулектомія, дренажування сероми без заміни на новий протез; капсулектомія, дренажування сероми і заміну протеза на новий. Нами був запропонований власний метод лікування пізньої сероми, що включає в себе: повну капсулектомію, видалення імпланту та одномоментне субдермальне введення жирової тканини (ліпофілінг) в грудну залозу.

Висновки: Для забезпечення естетичного результату можна розглядати не тільки реімплантацію, а і реконструкцію грудних залоз аутологічною жировою тканиною.

Ключові слова: пізня серома, BIA-ALCL, ліпофілінг, рак грудної залози, імплант.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СВІТЛОКЛІТИННОЇ САРКОМИ ТОНКОЇ КИШКИ ІЗ ТРАНСЛОКАЦІЄЮ ГЕНА EWSR1

Новицька Ю. В., Пененін О. В.

Науковий керівник: проф., д. мед. н. Гордійчук П. І.

Кафедра онкології

Завідувач кафедри: проф., д. мед. н. Гордійчук П. І.

Національний університет охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика
Київ, Україна

Вступ: Світлоклітинна саркома (ССК) є рідкісним підтипом злоякісних новоутворень, яка зазвичай локалізується у м'яких тканинах кінцівок та зрідка — в шлунково-кишковому тракту. Окрім цього, вона демонструє морфологічну та імуногістохімічну схожість із меланою, що створює додаткові труднощі під час встановлення діагнозу.

Мета: Висвітлити особливості клінічних проявів та лікувальної тактики сарком тонкої кишки, задля підвищення обізнаності онкологів та абдомінальних онкохірургів щодо рідкісних злоякісних новоутворень.

Матеріали і методи: Проведено аналіз тактики діагностики, лікування та спостереження хворого, який перебував на стаціонарному лікуванні у відділенні онкології МЦ «Добробут». Пацієнту було виконано комп'ютерну томографію із внутрішньовенним контрастуванням, патогістологічне, імуногістохімічне та цитогенетичне дослідження.

Опис випадку: У 41-річного чоловіка протягом кількох днів спостерігалися больові відчуття спазматичного характеру в навколопупкової ділянці та нудота після вживання їжі. В зв'язку із погіршенням самопочуття, хворий звернувся за невідкладною допомогою. У приймальному відділенні пацієнту була проведена комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням, де було виявлено обструкцію тонкої кишки, зумовлену потовщенням стінки кишки до 1,5 см довжиною близько 4 см, що спричинило концентричне звуження просвіту. При лапаротомії виявлено новоутворення, що призвело до майже повної тонкокишкової непрохідності. Була проведена сегментарна резекція тонкої кишки та відповідних мезентеріальних лімфатичних вузлів. При гістологічному дослідженні препарату виявлено пухлину (3×2×2,5 см) з епітеліоїдними клітинами, світлою цитоплазмою та неправильної форми гіперхромними ядрами з нерівною ядерною мембраною та везикулярним хроматином. У 6 із 16 видалених лімфовузлів виявлено пухлинну інфільтрацію. Імуногістохімічний аналіз був позитивним на S100, SOX-10, TFE3. Пухлина була негативною на десмін, тирозиназу, Melan-A та HMB-45. В клітинах пухлини збережена експресія MLH1. В зв'язку із імуногістохімічною схожістю даного новоутворення та меланоми, для диференційної діагностики було необхідним проведення цитогенетичного дослідження, під час якого було виявлено транслокацію гена EWSR1 (методом FISH) та не було виявлено мутацій в гені c-KIT. У пацієнта спостерігався неускладнений післяопераційний перебіг, він виписався у задовільному стані із стаціонару через сім днів після надходження. Пацієнту не було проведено ад'ювантну терапію, в зв'язку із відсутністю підтвердженої її ефективності та безпечності для даного підтипу злоякісних новоутворень. Після трьох місяців спостереження у пацієнта не спостерігається будь-яких клінічних чи рентгенологічних ознак рецидиву. На жаль, вкрай невелика кількість описаних клінічних випадків даного захворювання не дозволяє встановити відповідні прогностичні фактори.

Висновки: Світлоклітинна саркома шлунково-кишкового тракту — надзвичайно рідкісне злоякісне новоутворення. Діагностика даного захворювання ґрунтується на специфічних гістологічних, імуногістохімічних і генетичних характеристиках. Основним методом лікування є хірургічне видалення пухлини, оскільки доказів щодо ефективності ад'ювантної хіміо- та/чи променевої терапії на даний час немає.

Ключові слова: гастроінтестинальні пухлини, саркома ШКТ, EWSR1, хіміотерапія, хірургічне лікування.

ПЕРЕПРОФІЛЮВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ОНКОЛОГІЇ

Остапенко А. О.

Науковий керівник: д. мед. н., професор Верецако Р. І.

Кафедра онкології

Завідувач кафедри онкології: д. мед. н., професор Верецако Р. І.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Київ, Україна

Вступ: Перепрофілювання лікарських засобів — це стратегія пошуку нових застосувань для вже існуючих лікарських засобів, які виходять за рамки початкових медичних показань. Лікарські засоби обирають як серед таких, що вже використовуються в практиці, так і з тих, що були заборонені для застосування. Одним з прикладів вдалого перепрофілювання є Талідомід, який спочатку використовувався як снодійне, пізніше був заборонений через свій тератогенний ефект, а нині знайшов своє застосування для лікування множинної мієломи.

Мета: Оцінити доцільність стратегії перепрофілювання на основі огляду літературних даних.

Методи дослідження: Аналіз літератури був проведений на основі використання електронних ресурсів ReDO_Database, PubMed, British Medical Bulletin, clinicaltrials.gov, FDA, Lancet Oncology з 2000 по 2022 р.

Огляд: ReDO_Database - це база даних, що містить в собі інформацію про непротипухлинні препарати, які потенційно можуть бути ефективними для лікування злоякісних новоутворень. На даний час кількість препаратів, що досліджуються на приклад наявності антибластомного ефекту і входять до ReDO_Database становить 369. Ці препарати перебувають на різних фазах клінічних досліджень. Найбільш перспективними є такі дослідження:

1. Використання пропранололу для лікування ангіосаркоми (II фаза клінічних досліджень)
2. Використання добавок Вітаміну Д для профілактики рецидиву меланоми (III фаза клінічних досліджень)

3. Використання додаткової терапії ітраконазолом для досягнення повної відповіді на лікування при раку стравоходу (II фаза клінічних досліджень)

Проте вже є і невдалі випадки репозиціонування. Аспірин розглядався як перспективний препарат для профілактики і лікування колоректального раку, проте станом на 2022 рік USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) більше не рекомендує низькі дози аспірину для первинної профілактики колоректального раку і замість цього заявляє, що немає достатніх доказів того, що низькі дози аспірину покращують захворюваність на колоректальний ра або смертність.

Також в 1999 році целекоксиб був одобрений як додатковий засіб до стандартного лікування у пацієнтів з сімейним аденоматозним поліпозом, проте в 2012 FDA скасував схвалення через нестачу доказів.

Також серед НПЗП проводились дослідження ефективності використання кеторолаку для зменшення ризику рецидиву раку молочної залози та аспірину як профілактичного засобу проти раку молочної залози, які не показали своєї ефективності.

Висновки: Не можна висловити однозначну думку щодо стратегії репозиціонування, оскільки більшість препаратів перебувають ще на різних фазах клінічних досліджень і можуть бути перспективними, проте також є невдалі випадки репозиціонування, а вдалі випадки скоріше є випадковими, ніж в результаті систематичних досліджень.

Ключові слова: Репозиціонування, перепрофілювання, ReDO_Database, злоякісні новоутворення, клінічні дослідження

ВПЛИВ COVID-19 НА АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ У 2019-2020 РОКАХ

Пасічник А.А., Мартинюк О.М., Смолянко І.І.

*Науковий керівник: Сивак Л.А., д.мед.н., професор
Відділення хіміотерапії солідних пухлин
Національний інститут раку
Київ, Україна*

Вступ: Пандемія COVID-19 стала випробуванням для медичної сфери, впливаючи на терміни діагностики та лікування хворих на онкологічні захворювання, у тому числі і на рак грудної залози. Надання медичної допомоги ускладнювалося об'єктивними факторами (введення карантинних обмежень, тестування перед госпіталізацією та амбулаторним прийомом) та суб'єктивними (тривога, страх інфікування, депресивні стани внаслідок ізоляції). На сьогодні актуальним залишається дослідження впливу вірусу SARS-CoV-2 як на патофізіологію та розвиток раку грудної залози так і на вчасність звернення пацієнтів до лікувального закладу та початок спеціального лікування.

Мета: Вивчити вплив пандемії COVID-19 на діагностику та спеціальне лікування раку грудної залози серед пацієнтів, що звернулися до Національного інституту раку у 2019 та 2020 роках.

Методи дослідження: Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб та проаналізовано результати лікування 945 хворих на рак грудної залози, які лікувалися у Національному інституті раку у 2019 та 2020 роках.

Результати: За результатами дослідження визначено, що частота вперше встановленого діагнозу рак грудної залози становила 482 у 2019 та 463 у 2020 роках. Дані дослідження показують, що частота вперше встановленого діагнозу рак грудної залози зменшилась на 4% у 2020 році. Виявлено, що у 2020 році частка первинного виявлення раку грудної залози у пацієнтів молодше 45 років була вища на 3% порівняно з 2019 роком. Встановлено збільшення частоти діагностики хворих на рак грудної залози IV стадії за стадіюванням TNM у 2020 році порівняно з 2019 (0,4% та 0,9% відповідно). Визначено подовження часового проміжку від дати встановлення діагнозу до початку лікування: даний проміжок становив у середньому 105 днів у 2019 році та 144 дні у 2020 році, що свідчить про збільшення затримки часу до початку лікування на 37%. Відсоткове співвідношення квадрантектомій та мастектомій становило 58,10% і 41,90% відповідно у 2019 та 53,55% і 46,45% у 2020 році зі збільшенням частки радикальних операцій на 4,55%.

Висновки: За результатом дослідження визначено, що кількість пацієнтів, які звернулись за спеціальним лікуванням зменшилась, але ця різниця є недостовірною ($p > 0,05$). Медіана часу від встановлення діагнозу до початку спеціального лікування становила 105 днів у 2019 році порівняно з медіаною 144 дні у 2020 році ($p < 0,05$). Виявлено збільшення звернення пацієнтів на IV стадії раку грудної залози (0,4% у 2019 році та 0,9% у 2020 році). Встановлено збільшення частки радикальних операцій у 2020 році але ця різниця також недостовірна ($p > 0,05$). Необхідно зібрати більше даних, щоб оцінити наслідки для лікування раку грудної залози, пов'язані із затримкою лікування через COVID-19.

Ключові слова: COVID-19, рак грудної залози, мастектомія, квадрантектомія, пандемія, час затримки, пов'язаний з пацієнтом.

ВЕРИФІКАЦІЯ НОВОУТВОРЕНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПІД РІЗНИМИ МЕТОДАМИ НАВІГАЦІЇ

Піреєва Д.В.

*КП «ДОКОД» ДОР»,
м. Дніпро, Україна*

Вступ: Відомо, що рак молочної залози (РМЗ) посідає перше місце в структурі онкологічної захворюваності і смертності жіночого населення в Україні. Тому, базовою задачею онкологічної служби є своєчасне виявлення та правильна верифікація, виявленого новоутворення. За останніми рекомендаціями NCCN Guidelines Versio 1.2022 Breast Cancer Screening and Diagnosis, основним методом верифікації новоутворення, яке відноситься до категорії Bi-Rads 4-5 є Core-біопсія (тре-

пан-біопсія). Але залишається відкритим питання, який метод візуалізації застосовувати для навігації утворення. УЗД навігація займає 85% від загальної кількості виконаних Core-біопсій. Цей метод легкий у використанні, допомагає швидко та без зайвих зусиль провести біопсію вузлового утворення, яке добре візуалізується на УЗД. Кальцинати та ділянки порушення архітекτονіки будови молочної залози, зони локально аденозу, які описують на мамографіях, погано або зовсім не візуалізуються на УЗД, тому другим методом навігації є МГ, займає приблизно 13% від загальної кількості біопсій. Біопсія під МГ навігацією потребує додаткового обладнання та має свої обмеження в застосуванні, але є незамінним в окремих випадках. Найменший відсоток у діагностиці та навігації утворень займає МРТ. МРТ здатне виявити первинну пухлину молочної залози у 75-80% метастатичного ураження аксілярних л/в. При відсутності знахідок на мамограмах та УЗД на МРТ патологічні утворення виявляються у 50% випадків. Біопсія під контролем МРТ, складний технічно метод, який потребує вартісного обладнання (спеціальна немагнітна катушка, немагнітний набір для трепан-біопсії) та метод некомфортний для пацієнтки, так як займає більше 60 хв. часу лежачи нерухомо на животі. Новим та альтернативним в діагностиці та верифікації новоутворень молочної залози є FUSION- біопсія. Методика, що дозволяє синхронізувати зображення різних модальностей (МРТ, КТ, ПЕТ) з УЗ-картиною в режимі реального часу з використанням приставки, що продукує магнітне поле.

Мета: Стандартизація підходів в діагностиці та верифікації новоутворень молочної залози. Визначення необхідного методу навігації в певних випадках. Клінічна цінність поєднаної візуалізації УЗД-МРТ у режимі реального часу для повторного огляду у передопераційних пацієнтів з раком молочної залози: додаткове виявлення вогнищ ураження та планування лікування.

Висновки: УЗД - метод навігації, який займає провідне місце для верифікації новоутворень, але не всі види пухлин добре візуалізуються на УЗД. Тому потрібно володіти та знати переваги та недоліки інших методів навігації. Метод FUSION - це комбінована візуалізація УЗД-МРТ в режимі реального часу значно покращила передопераційне виявлення додаткових високоризикових або злоякісних уражень у пацієнтів з раком молочної залози і може визначити оптимальний план лікування.

Ключові слова: УЗД, МРТ, рак молочної залози, трепан-біопсія, кальцинати.

ВИЯВЛЕННЯ КЛІТИН НЕДРІБНОКЛІТИННОГО РАКУ ЛЕГЕНІ НА РІЗНІЙ ВІДСТАНІ ВІД ПУХЛИННОГО ВУЗЛА – ОЗНАКА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ПУХЛИНИ

Пономаренко А.О.

Наукові керівники: д.м.н., проф. Болгова Л.С.¹, д.м.н., проф. Білько Н.М.²

¹Лабораторія цитологічної діагностики, Національний інститут раку МОЗ України, Київ, Україна

²Кафедра лабораторної діагностики біологічних систем, Національний університет «Києво-Могилянська академія», Київ, Україна

Вступ: Недрібноклітинний рак легені (НДРЛ) діагностується в 60-70% в III-IV клінічних стадіях. Такі дані можливо пояснити безсимптомним початком захворювання, і, як наслідок, пізньою діагностикою даної патології. Імовірно, міра розповсюдження пухлинного процесу по паренхімі може впливати на рівень виживаності і смертності пацієнтів від НДРЛ. Зважаючи на недостатню вивченість питання поширення клітин НДРЛ по легеневій паренхімі виконане наше дослідження.

Мета: Визначити розповсюдженість пухлинних клітин (ПК) гістологічних типів НДРЛ по паренхімі органу на різній відстані від пухлинного вузла.

Методи дослідження: Проведено квантитативний аналіз ПК залежно відстані від пухлинного вузла та гістологічного типу НДРЛ. Цитологічні препарати виготовляли зі шкребків операційних матеріалів 61 хворого на НДРЛ, серед яких 28 з аденокарциномою (АК), 5 – з аденосквамозним (АСР) і 28 – зі сквамозним (СР) типом. Пацієнти обстежувались і лікувались в Національному інституті раку у 2006 - 2023 роках. Спеціальної терапії до операції не отримували. Матеріали верифіковані гістологічним методом згідно Міжнародної гістологічної класифікації (Thoracic Tumours, WHO Classification of Tumours, 2021). Матеріал для цитологічних досліджень отримували у вигляді шкребків з розрізів макроскопічно незміненої паренхіми в напрямку від периферії легеневої тканини до пухлини з перитуморальної зони (ПТЗ) – 2 см від новоутворення та найбільш віддаленої зони (НВЗ) – 5 см і більше. Препарати забарвлювали за методами Папенгейма та Папаніколау. В кожній ділянці рахували по 100 епітеліальних клітин. Використовували мікроскоп Olympus CX21 у зб.: X100, X200, X400, X1000. Статистична обробка проведена за t-критерієм Стьюдента.

Результати: Визначено, що в ПТЗ у всіх пацієнтів з АК, АСР та СР кількість ПК у середньому складала (31,58±2,71%), в той час як у НВЗ – (13,26±1,64%). У випадках АК та СР у 56 пацієнтів кількість ПК в ПТЗ становила (26,34±2,37%), а у НВЗ – (11,68±1,25%). У 28 пацієнтів з АК кількість ПК в ПТЗ становила (36,16±3,47%), а в НВЗ – (18,31±2,04%). У 28 хворих на СР кількість ПК в ПТЗ складала (16,52±1,28%), в той час як у НВЗ – (5,05±0,46%), (p<0.05).

Висновки: В цитологічних препаратах всіх гістологічних типів НДРЛ кількість ПК в ПТЗ в 2,3 рази вища за аналогічний показник у НВЗ. Наявність ПК в ПТЗ у випадках АК та СР у 2,25 рази вище ніж в НВЗ. Кількість ПК в ПТЗ у разі АК майже у 2, а у разі СР – у 3 рази більше ніж у НВЗ. Наявність ПК в ПТЗ та НВЗ демонструє широке розповсюдження НДРЛ в макроскопічно незмінній паренхімі на різній відстані від пухлинного вузла. Таким чином, проведене цитологічне дослідження підтверджує широку розповсюдженість клітин НДРЛ у видаленій долі легені з пухлиною, що не виключає наявності ПК в інших долях легені, залишених у хворого після оперативного втручання, що потребує подальшого вивчення.

Ключові слова: цитологічне дослідження, рак легені, пухлинні клітини, паренхіма, квантитативний аналіз.

ДОСЛІДЖЕННЯ ДОСВІДУ ВИКОРИСТАННЯ ЦИФРОВИХ ІНСТРУМЕНТІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ВЕЛИКІЙ БРИТАНІЇ

Рафальська Я.Д.

*Науковий керівник: Косяченко К.Л., д. фарм. н., професор
Кафедра організації та економіки фармації
Завідувач кафедри: Косяченко К.Л., д. фарм. н., професор
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Вступ: Захворювання жінок на рак молочної залози є найпоширенішим у світі, оскільки у 2020 році його питома вага становила 11,7% серед всіх видів раку. У тому ж році було зафіксовано 685 тис. смертей та 2,26 млн випадків захворювання серед жінок. З метою зменшення кількості нових випадків у більшості країн світу запроваджуються спеціальні програми з ранньої діагностики та профілактики раку молочної залози. Також залучаються різноманітні інформаційні ресурси, такі як спеціалізовані вебсайти, соціальна реклама та інше. Так, за оцінками благодійного фонду Breast Cancer UK можна запобігти близько 30% випадків захворювання на рак молочної залози, або 17 тис. хворих у Великій Британії, лише змінивши спосіб життя жінок.

Мета: Дослідити досвід використання цифрових інструментів для профілактики раку молочної залози у Великій Британії.

Методи дослідження: У дослідженні була використана представлена інформація з офіційних вебсайтів благодійних організацій Великої Британії. Використано такі методи, як системно-оглядовий, бібліографічний та узагальнення результатів.

Огляд: На сайті благодійної організації Breast Cancer UK можна знайти різноманітну інформацію про профілактику, статистику, лікування раку молочної залози, мотиваційні історії жінок, які успішно перемогли хворобу, та як зробити пожертву до фонду. Також на сайті можна пройти профілактичну вікторину, яка допоможе знизити ризик захворювання. Вікторина розрахована приблизно на 10 хвилин та містить питання щодо ризиків виникнення раку молочної залози, одразу ж наводяться поради до кожної з тем. Питання умовно розподілені на 5 груп: інформація про себе, вживання алкоголю, вага та харчування, фізична активність та спосіб життя. На сайті представлено онлайн табло, що подає інформацію про кількість жінок, які пройшли цю вікторину, та мотивує інших теж перевірити своє здоров'я.

На сайті іншої благодійної організації Cancer Research UK також наведена вся необхідна інформація про рак молочної залози та пропозиції щодо можливості благодійного внеску. Цікавою особливістю цього сайту є наявність на ньому онлайн магазину, в якому товар поділено на такі категорії, як весільні подарунки, колекція білизни та товари для тих, хто проходить лікування на рак молочної залози, квіти та рослини, одяг і аксесуари для благодійних марафонів. Частина коштів від продажу цих товарів перераховується на благодійність.

Надалі було досліджено сайт благодійної організації Breast Cancer Now. На ньому теж у повному обсязі представлена актуальна інформація про рак молочної залози у жінок та чоловіків. Ще на сайті можна знайти форум, який налічує понад 75 тис. учасників та 1,2 млн. постів та дозволяє задати питання медсестрам, поспілкуватися з тими, кому раніше діагностовано рак, хто нині проходить лікування на рак молочної залози, як повернутися до нормального життя після такого діагнозу та багато інших тем.

Висновки: У результаті дослідження вебсайтів благодійних організацій Великої Британії, які займаються питаннями раку молочної залози, можна зробити висновок, що кожна з цих організацій повною мірою використовує можливості цифрових інструментів аби досягти своєї мети. Вони надають повну інформацію про хворобу, а також дають можливість жінкам зрозуміти, що вчасна профілактика може врятувати від тяжких наслідків хвороби та покращити якість життя. Цей досвід використання цифрових інструментів буде доцільним до застосування в Україні.

Ключові слова: новоутворення молочної залози, профілактика, цифрові інструменти, вебсайт, благодійність.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОНАННЯ ТАРГЕТНОЇ АКСИЛЯРНОЇ ДИСЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТОК З РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПІСЛЯ НЕОАДЬОВАНТНОЇ ХІМІСТЕРАПІЇ

Романуха К.Г.^{1,2}, Незамай В.О.²

¹ДЗ «Дніпровський державний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України»

²КП «ДОКОД» ДОР»

м. Дніпро, Україна

Вступ: Відомо, що рак молочної залози (РМЗ) посідає перше місце в структурі онкологічної захворюваності і смертності жіночого населення в Україні. Одним з провідних методів лікування РМЗ є хірургічний. За останнє десятиріччя відбулися кардинальні зміни тактики ведення та лікування пацієнток, важливими з яких є перехід до органозберігаючих оперативних втручань і перегляд показань до виконання повної аксилярної дисекції лімфатичних вузлів. 5-річна виживаність пацієнток із раком молочної залози при розповсюдженні на регіонарні лімфатичні вузли становить 85%. Однак велика кількість пацієнток після повної аксилярної лімфодисекції має ускладнення, що значно знижують якість життя. В останні роки більшість провідних онкологічних центрів світу займалися розробкою нових підходів для мінімізації оперативного об'єму задля зменшення ускладнень. Тому була розроблена методика таргетної аксилярної дисекції (ТАД) — це нова техніка пахового стадіювання пацієнток після неоадьювантної медикаментозної терапії яка складається з видалення верифікованих та маркованих пахових лімфовузлів в комплексі з видаленням сигнальних лімфовузлів.

Застосування ТАД в практиці онкохірургічного відділення показала доцільність та точність малоінвазивної методики та те що, вона може стати альтернативою повній аксилярній лімфодисекції. Враховуючи, що до 40 % пацієнток з статусом N 1 мають конверсію до статусу N 0, чи можлива деескалація аксилярної хірургії у пацієнток які мають повний патоморфологічний

регрес. Командою лікарів онкохірургічного відділення КП «ДОКОД» ДОР» був проведений аналіз досліджень, що показують можливість виконання таргетної біопсії при комплексному лікуванні раку молочної залози. В дослідженні представлені данні Дніпровського онкологічного диспансеру при виконання даної методики.

Перевага ТАД полягає в прискоренні оптимальної соціально-трудоваї реабілітації пацієнтів. Для цього дуже важливим є персоналізований підхід до пацієнта та вирішення питання щодо доцільності і обсягу лімфодисекції.

Для зниження кількості хибно негативних результатів та покращення результатів пошуку пацієнтам до початку неоад'ювантної хіміотерапії встановлювались маркери під УЗ-контролем у верифіковані аксиллярні лімфовузли з подальшим контролем маркеру кожні 2 курси неоад'ювантної хіміотерапії.

Мета: Удосконалення хірургічного лікування пацієнток з раком молочної залози зі статусом N1 після неоад'ювантної хіміотерапії за рахунок створення алгоритму обстеження пацієнток та маркування верифікованих лімфатичних вузлів з подальшою таргетною біопсією, що в свою чергу зменшить кількість ускладнень після оперативного втручання.

Методи дослідження: У дослідження включено 71 пацієнтку у віці від 28 до 78 років (середній вік $53,5 \pm 1,9$ року) з із захворюванням молочної залози ус N1f та ус T1–T3 після неоад'ювантної хіміотерапії. Всі хворі знаходились на лікуванні у КП «ДОКОД» ДОР» (м. Дніпро) протягом 2022-2023 років. Всім пацієнткам виконували таргетну аксиллярну дисекцію з оцінкою швидкості та точності пошуку маркованих і сигнальних лімфатичних вузлів за допомогою ICG-методики, обов'язковим терміновим патоморфологічним дослідженням з оцінкою патоморфологічної відповіді на неоад'ювантну хіміотерапію, наявність макро- та мікрометастазів, ізольованих пухлинних клітин.

Всім пацієнткам враховуючи включав виконання доповнючого повного об'єму регіонарної лімфодисекції.

Для виявлення проявів ВЛ проводився моніторинг ступеня збільшення об'ємів верхньої кінцівки на стороні оперативного втручання, виміряних на стандартних рівнях (плече, ліктьова ямка, зап'ястя) до операції, а також кожні 3 місяці після неї.

Статистичний аналіз даних проводився з використанням пакету програм STATISTICA v.6.1 (StatSoft, США) ліцензійний номер AGAR909E415822FA. Дані представлені як середня арифметична і стандартна похибка ($M \pm m$), порівняння середніх величин проводили за критеріями Стюдента (t) і Манна-Уїтні (U), відносних величин – за критерієм відповідності Хі-квадрат (χ^2) та точним критерієм Фішера (FET). Взаємозв'язок між ознаками оцінювали за коефіцієнтом кореляції Спірмена (r). Статистично значимим вважали рівень $p < 0,05$.

Результати: За результатами аналізу пацієнтки були розподілені згідно стадії онкологічного процесу та ступеню відповіді на неоад'ювантне лікування, всі групи були статистично порівнявані ($p > 0,05$). Марковані аксиллярні лімфовузли були візуалізовані передопераційно на УЗД в 68 випадків, що склало 95,77 %. Інтраопераційно було знайдено маркери в 100 % випадків. Також пацієнтам виконувалася пошук сигнальних лімфатичних вузлів за допомогою ICG – методики. В середньому візуалізувалося 3 флюорисцюючі аксиллярні лімфатичні вузли. Сигнальні лімфатичні вузли співпадали з маркованими в 91,6 % випадках.

При виконанні доповнючої аксиллярної лімфаденектомії наявність метастатичного враження в додатково надісланих лімфатичних вузлах було лише в 3 випадках (всі ці випадки мали також метастатичне враження в таргетних лімфатичних вузлах). Пацієнти, які мали повну морфологічну відповідь на лікування в таргетних лімфатичних вузлах не мали додаткового метастатичного навантаження при аналізі матеріалу з доповнючої лімфодисекції.

Таким чином, враховуючи зведений аналіз ТАД має високий рівень технічного успіху та низький рівень хибно негативних результатів у пацієнток, які добре реагують на неоад'ювантне лікування. Дана техніка вимагає ретельної мультидисциплінарної співпраці між сонологами, онкохірургами, рентгенологами та патологами. Потрібні подальші дослідження для визначення оптимальної методики, стандартизації критеріїв відбору та підтвердження онкологічної безпеки віддалених результатів лікування даної категорії пацієнтів для покращення соціально-трудоваї реабілітації хворих та їх якості життя.

Ключові слова: таргетна аксиллярна дисекція, рак молочної залози, лімфатичні вузли, хіміотерапія, УЗД.

АНАЛІЗ РОБОТИ ОНКОХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ З ПРИВОДУ ЗАСТОСУВАННЯ БІОПСІЇ СТОРОЖОВОГО ЛІМФАТИЧНОГО ВУЗЛА

Соркін М.Д.², Кістриця Д.В.¹

¹ДЗ «Дніпровський державний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України»

²КП «ДОКОД» ДОР»

м. Дніпро, Україна

Вступ: Рак молочної залози (РМЗ) - це одна з найгостріших проблем в онкології України. Така розповсюдженість і масштаб захворюваності сприяє розвитку діагностичних підходів та лікувальних можливостей. В структурі сучасного хірургічного лікування РМЗ провідною є тенденція органозберігаючих втручань при початкових стадіях (I-IIст), в тому числі зниження хірургічної агресії при втручанні на аксиллярній області у пацієнток з клінічно негативними аксиллярними лімфатичними вузлами. У зв'язку з цим за останні роки показання до аксиллярної лімфаденектомії були значно звужені. В Україні все більшого розповсюдження набуває біопсія сторожового лімфовузла (БСЛВ) за допомогою ICG-методики, за рахунок використання барвника індоціаніна зеленого який є водорозчинним, гіпоалергенним, нетоксичним, лімфотропним. Виконання БСЛВ дозволяє провести адекватне малоінвазивне стадіювання та уникнути повної лімфаденектомії, що значно скорочує час перебування хворої в стаціонарі та період реабілітації [1,2]. Аналіз рандомізованих досліджень ACOSOG Z-0011, NSABP B32, ALMANAC та багаторічних досліджень провідних онкологів (St. Gallen 2011, 2013) закликають до зміни парадигми повної аксиллярної лімфаденектомії у пацієнток з клінічно негативним статусом лімфатичних вузлів [3,4].

Мета дослідження: проаналізувати результати біопсії сторожових лімфовузлів за допомогою ICG-методики у онкохірургічному відділенні КП «ДОКОД» ДОР» за 2022 рік.

Методи дослідження: У дослідження включено 159 пацієнтів віком від 31 до 82 років з раком молочної залози cT1-3 cN0M0. Дослідження проводилось на базі КП «ДОКОД»ДОР» протягом 2022 року. За даними аналізу термінових та планових патоморфологічних висновків в 136 випадках було підтверджено негативний статус аксілярних лімфатичних вузлів, тому повна аксілярна лімфаденектомія не виконувалась. В 20 випадках було виявлене метастатичне враження лімфатичних вузлів, тому було розширення об'єму оперативного втручання. В 3 випадках сторожові лімфовузли не були візуалізовані і пацієнтам було виконано повну аксілярну лімфаденектомію. Структура БСЛВ в онкохірургічному відділенні: 1 лімфатичний вузол був виявлений в 6,5 % випадків, 2 – 33,3 %, 3-24,6 %, 4-6 – 31,2 %, 7 – 4,3 %.

Результати: У пацієток після виконання методики БСЛВ не визначалися явища вторинної лімфедми за період спостереження, строки перебування у відділенні були знижені до 3 діб за рахунок мінімальної кількості лімфореї, не вираженого больового синдрому. У заключенні враховуючи вищевказані дані роботи відділення та аналізу статистики рандомізованих досліджень, можна стверджувати, що виконання біопсії сторожового лімфовузла з ICG – методикою у пацієток з ранніми стадіями раку молочної залози є онкобезпечною, технічно простою у застосуванні оскільки призводить до зниження частоти післяопераційних ускладнень, вкорочення часу перебування в стаціонарі та прискорює реабілітацію пацієнтів.

Ключові слова: рак молочної залози, БЛСВ, лімфедми, ICG, аксілярна лімфаденектомія.

ВИДИ РЕКОНСТРУКЦІЙ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ЛЕЙОМІОСАРКОМАМИ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ: ОГЛЯД СЕРІЇ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ ВІДДІЛЕННЯ ПУХЛИН ПЕЧІНКИ, ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ОНКОВАСКУЛЯРНОЇ ХІРУРГІЇ НАЦІОНАЛЬНОГО ІНСТИТУТУ РАКУ

Сумарокова-Тимошенко В.С., Сікачов С.С., Чевердюк Д.О., Коpecький В.І., Назаров Я.С., Микитюк А.І., Пененін І.О., Квасівка О.О., Трезуб Є.С., Крижесвський В.В., Паренюк Р.Ю.

*Національний інститут раку
Київ, Україна*

Вступ: Лейоміосаркома нижньої порожнистої вени (НПВ) – досить рідкісний діагноз. В структурі сарком м'яких тканин лейоміосаркоми займають 10%, серед яких тільки 0,5% складаються лейоміосаркоми судин, з яких пухлини НПВ склали 60-90%. Зважаючи на мале розповсюдження, доступна досить обмежена кількість публікацій щодо лікування цього виду пухлин, які, в основному, представлені оглядами клінічних випадків. Згідно результатів одного з найбільших аналізів, безрецидивна та загальна виживаність у пацієнтів з лейоміосаромою НПВ залежить від чистоти хірургічного краю резекції. Чистий край резекції при пухлинах, що походять зі стінки НПВ може бути досягнутий як виконанням крайової, так і циркулярної резекції НПВ, що може потребувати заміщення ділянки НПВ або дефекту її стінки. В цій серії клінічних випадків ми розглянемо 4 варіанти реконструкції НПВ: 2 випадки із використанням аломатеріалу, один – з крайовою резекцією та вшиванням заплати, другий – з циркулярною резекцією а лінійним алопротезуванням; один випадок з крайовою резекцією та пластикою власними тканинами, один випадок – без реконструкції у зв'язку із розвиненим колатеральним кровообігом та підвищеним ризиком тромбоемболічних ускладнень.

Методи дослідження: В цій серії клінічних випадків будуть розглянуті клінічні випадки пацієнтів з лейоміосаромами НПВ, 2х пацієток з локалізацією пухлин в інфраренальному сегменті НПВ, 1ї – в інтерренальному сегменті та 1ї в інтер- та супраренальних сегментах НПВ, що знаходилися на лікуванні у відділенні пухлин печінки, підшлункової залози та онкова-скулярної хірургії в період 2021-2022 рр. Першій пацієнтці було виконано оперативне втручання в обсязі: видалення пухлини комбіноване з резекцією інтерренального відділу нижньої порожнистої вени з реїплантацією правої ниркової вени, дефект нижньої порожнистої вени заміщений заплатою серпоподібною зв'язки. Вона була виписана на 6ту післяопераційну добу без ускладнень. Другій пацієнтці виконано оперативне втручання в обсязі: видалення пухлини комбіноване з резекцією інфраренального відділу нижньої порожнистої вени, дефект стінки НПВ заміщений заплатою з алопротезу з бичачого перикарду. Пацієнтка виписана на 7му післяопераційну добу без ускладнень. Третій пацієнтці виконане оперативне втручання в обсязі: видалення пухлини комбіноване з циркулярною резекцією інфраренального відділу нижньої порожнистої вени, правобічною нефрадуректомією, дефект нижньої порожнистої вени заміщений лінійним алопротезом з бичачого перикарду. Післяопераційний період ускладнився масивною асцитопродукцією на тлі цирозу печінки асоційованого з вірусним гепатитом С та лімфорезою, гострим ушкодженням єдиною лівою нирки, вторинним інфікуванням асциту (спонтанний бактеріальний перитоніт), гострим набряковим панкреатитом, явищами печінкової енцефалопатії І ст. Пацієнтка виписана в задовільному стані на 35 післяопераційну добу. Четвертій пацієнтці виконане оперативне втручання в обсязі: видалення пухлини комбіноване з обструктивною резекцією нижньої порожнистої вени з тромбектомією та лігуванням лівої ниркової вени, правобічною нефрадуректомією, резекцією правого поперекового м'язу; резекція великого сальника. Післяопераційний період ускладнився гострим пошкодженням єдиної нирки та ТЕЛА дрібних гілок, правобічною внутрішньогоспітальною пневмонією, двобічним ексудативним плевритом, поверхневою інфекцією ділянки хірургічного втручання. Виписана з одужанням на 14ту післяопераційну добу. На момент публікації всі пацієнтки живі.

Висновки: для досягнення задовільних онкологічних результатів хірургічне лікування лейоміосарком нижньої порожнистої вени повинно проводитися із досягненням чистого хірургічного краю, що потребує виконання як крайових, так циркулярних резекцій НПВ. Вид та необхідність реконструкцій повинні розглядатися індивідуально в кожному окремому випадку та можуть бути виконані із використанням як алографтів, так і власних тканин.

Ключові слова: лейоміосаркома НПВ; резекція НПВ; реконструкція НПВ; нижня порожниста вена

ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ РІВНЯ ВІТАМІНУ Д У РОЗВИТКУ ТА ПЕРЕБІГУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Федосенко М.В.¹, Любота Р.В.¹, Любота І.І.²

Науковий керівник: д.мед.н., професор Верещако Р.І.

Кафедра онкології

Завідувач кафедри онкології: д.мед.н., професор Верещако Р.І.

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

²Київський міський клінічний онкологічний центр

Київ, Україна

Вступ: На сьогоднішній день лікування онкологічних захворювань є важливою соціально-економічною проблемою, яка робить виклик світовій системі охорони здоров'я. Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) в 2020 році злоякісні пухлини стали провідною причиною смерті, найбільш чисельними за кількістю вперше виявлених випадків стали рак молочної залози (2,26 мільйонів) та рак легені (2,21 мільйонів). Рак молочної залози (РМЗ) – найпоширеніше онкологічне захворювання і основна причина смерті серед жіночого населення у всьому світі. Відповідно до вищезгаданих даних ВООЗ, з 2020 року РМЗ є провідною причиною захворюваності жінок у світі і складає 11,7% від загальної кількості зареєстрованих випадків злоякісних новоутворень. В Україні за даними Національного канцер-реєстру у 2020-2021 роках пропорційна кількість злоякісних новоутворень молочної залози серед жіночого населення збільшилась до 21,5% (12 824 випадки) порівняно із 2019 роком, де найчастіше вперше діагностується на II та I стадіях (48,6% та 20,6% відповідно). Смертність становила 20% (4998 випадків), що на 8,9 % менше попередніх показників. Не дивлячись на сучасний міждисциплінарний та індивідуалізований підхід до лікування даної патології, успіхи у хірургічному та терапевтичному лікуванні, смертність від РМЗ залишається високою, що вимагає пошуку нових прогностичних факторів, які можуть мати вагомий внесок в розвиток та перебіг даного захворювання. Одним з таких факторів є вітамін Д (ВД), дефіцит якого спостерігається у більшості населення планети. Оскільки епітелій молочної залози містить всі компоненти сигнального шляху вітаміну Д, гіпотеза про вплив ВД на канцерогенез РМЗ є справедливим підґрунтям для постійних наукових пошуків. Сучасні дослідження висвітлюють питання зв'язку недостатнього рівня вітаміну Д та підвищеного ризику розвитку раку молочної залози, однак щодо його профілактичного ефекту дані суперечливі. Значна кількість робіт висвітлює позитивну кореляцію клініко-прогностичних факторів молекулярних підтипів раку молочної залози з агресивним перебігом (наприклад, тричі негативний) із низьким рівнем вітаміну Д, однак у випадку лікування, даний зв'язок остаточно не з'ясований.

Мета: дослідити вплив сироваткового рівня вітаміну Д на розвиток та перебіг раку молочної залози, виживаність та результати лікування.

Методи дослідження: включає аналіз 25 досліджень, які вивчали взаємозв'язок між сироватковим рівнем вітаміну Д та перебігом РМЗ, а також впливом на результати лікування і показники виживаності.

Висновки: аналіз літератури останніх 10 років встановив, що попередження «некласичних» ефектів вітаміну Д впливає на клініко-патологічні характеристики раку молочної залози. Було з'ясовано, що низький рівень сироваткового вітаміну Д підвищує ризик розвитку РМЗ та супроводжується нижчими показниками виживаності. Декілька досліджень показують, що пацієнти із тричі негативним РМЗ мають найнижчий рівень вихідного рівня вітаміну Д порівняно із іншими молекулярними підтипами. Однак серед результатів простежується гетерогенність, яку можна пояснити неврахуванням позаклінічних факторів (вік, менструальна функція, наявність/відсутність вагітностей, фізична активність, куріння, вживання алкоголю, вітамінних добавок, оральних контрацептивів, сімейний анамнез РМЗ), кількістю жінок, включених в дослідження, їх етнічною та расовою приналежністю, правильно підбраною групою контролю, дизайном дослідження, тривалістю спостереження.

Не дивлячись на суперечливі результати робіт, все ж більшість з них показує зв'язок недостатнього рівня вітаміну Д з ризиком розвитку РМЗ, виживаністю та результатами лікування. Це дозволяє створити вектор наукових пошуків щодо його профілактичного та терапевтичного потенціалів в контексті даного захворювання, як з точки зору ліквідації «пандемії» дефіциту вітаміну Д серед населення планети, так і запобігання поширеності РМЗ.

Ключові слова: вітамін Д, рак молочної залози, дефіцит вітаміну Д, рецептори вітаміну Д.

ЧИ МОЖЕ МОЛЕКУЛЯРНА КЛАСИФІКАЦІЯ ПОВПЛИВАТИ НА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ ЕНДОМЕТРІЮ?

Хоптяна О.І., Свінцицький В.С.

Національний інститут раку

Київ, Україна

Вступ: Згідно із новими рекомендаціями ESGO-ESTRO від 2020 року виділяють чотири основних молекулярних фактори, які суттєво змінюють групу ризику – POLEmut, MMRd/MSI, p53abn, NSMP. Молекулярна ера змінила підхід у виборі адьювантного лікування. Але чи може визначення даних молекулярних факторів повпливати на вибір об'єму хірургічного лікування на доопераційному етапі?

Мета: Провести аналіз ретроспективних даних, огляду літератури з метою оцінки впливу окремих молекулярних факторів на наявність метастатичних клітин в лімфатичних вузлах при раку ендометрія на ранніх стадіях.

Огляд На сьогоднішній день питання лімфодисекції залишається дискусійним. Два проспективних досліджень показали, що відсутня терапевтична роль виконання лімфодисекції у пацієнок із ранніми стадіями раку ендометрія. Але чи можна планувати хірургічне лікування відносно маркерів агресивності, які визначаються на доопераційному етапі в біопсійному

матеріалі. Дослідження Portec-3 показало, що є різниця в 5-річній безрецидивній виживаності у пацієнток відносно наявності факторів агресивності, а саме : p53abn 48%, POLEmut 98%, MMRd/MSI 71,7%, NSMP – 81%.

За даними проведеного дослідження Amy Jamieson 2022 року було виявлено, що у пацієнток із раннім раком ендометрія і наявністю білка p53abn в 44,8 % були виявлені метастатичні вузли, при наявності POLEmut - в 14,2%, MMRd/MSI – 14,9%, NSMP – 10,8%.

Висновки: Враховуючи результати проведених ретроспективних досліджень можна зробити висновок, що виявлення метастатичних пухлин в лімфатичних вузлах пов'язано із молекулярними факторами агресивності перебігу. Наявність білка p53 асоційовано із найбільш агресивним перебігом захворюванням. Наявність POLEmut характерний із найменш агресивним перебігом захворювання. Визначання молекулярних факторів агресивності на доопераційному етапі можуть повпливати на вибір хірургічного лікування, а саме на доцільність проведення лімфодисекції та рівень. Необхідні проспективні дослідження.

Ключові слова: молекулярні фактори, лімфодисекція, рак ендометрія

УСПІШНИЙ ВИПАДОК ВИКОРИСТАННЯ ПЕЧІНКОВОЇ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ ІНФУЗІЇ ПРИ ПЕРВИННО-МЕТАСТАТИЧНОМУ КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ

Черченко К. Д., Остапенко Ю. В., Пацко В. В., Віноградова М. О., Валіхновська К. Г., Паманська С. Ю., Лукашенко А.В.

*Національний інститут раку
Київ, Україна*

Вступ: колоректальний рак – одна з найбільш розповсюджених онкопатологій у світі, займає третє місце по поширеності у чоловіків та жінок становила 7.1% і 6.8% відповідно (займаючи четверте місце для обох статей), захворюваність на рак прямої кишки 6.7% у чоловіків (шосте місце) та 5.0% у жінок (сьоме місце). Смертність від раку ободової кишки становила 7.5% у чоловіків та 7.3% у жінок (третє місце для обох статей), а від раку прямої кишки – 7.3% у чоловіків та 5.5% у жінок (третє та шосте місце відповідно).

Не дивлячись на покращення методів та підвищення стандартів діагностики, введення рекомендацій щодо профілактичної щорічної колоноскопії (з 45 років згідно рекомендацій Робочої групи з профілактики захворювань США, з 50 років згідно рекомендацій МОЗ України), 15-25% діагностованих випадків колоректального раку є первинно-метастатичними. Загалом близько 60% випадків раку стають метастатичними на певному етапі, і вибір клінічної тактики для пацієнтів, які отримали більше декількох ліній, досі не є однозначним.

Однією з опцій, висвітлених у NCCN, є використання внутрішньоартеріальної хіміотерапії (HAI від “hepatic artery infusion”) – регіонарного методу лікування, що базується на введенні хіміотерапевтичного препарату безпосередньо в судину, що кровопостачає пухлину – печінкову артерію. HAI не є стандартом лікування, проте входить до рекомендацій NCCN як опція (рівень доказовості 2B). Методика може використовуватись для пацієнтів, що вичерпали загальнорекомендовані лінії терапії, хіміорезистентних (таких, що прогресують на кожній лінії терапії), а також з метою переведення нерезектабельної пухлини у резектабельну.

На сьогоднішній день основним внутрішньоартеріальним агентом вважається флоксуридин (FUDR) – препарат з групи фторпіримідинів, що у процесі метаболізму перетворюється на 5-фторурацил. Існують також публікації, які доводять еквівалентність та безпеку внутрішньоартеріального введення флоксуридину та 5-фторурацилу, що дозволяє використання останнього в країнах, де FUDR не зареєстрований (зокрема, в Україні). Також докази ефективності HAI задокументовано для оксаліплатину, деяких дублетів та триплетів. Бевацизумаб та іринотекан не продемонстрували переваги при введенні внутрішньоартеріально, порівняно з внутрішньовенним.

За сукупними даними літератури, комбінації HAI фторпіримідинів та оксаліплатину демонструють до 80% частоти відповіді на терапію. Окремо виділяють до 30% частоти об'єктивної відповіді у групі хіміорезистентних пацієнтів, з досяганням середньої загальної виживаності 20 місяців. Також HAI може використовуватись в ад'юванті після резекції печінки, що збільшує показники виживаності: зокрема, 5-річної загальної до 78%, при цьому смертність від печінкових подій знижувалась вдвічі в межах 5 років.

Мета: пошук, аналіз та інтеграція у клінічну практику даних досліджень, присвячених внутрішньоартеріальному використанню хіміотерапії при печінкових метастазах колоректального раку.

Методи дослідження: аналіз світових керівництв з лікування колоректального раку (NCCN, ESMO), пошук даних літератури у медичних базах даних (NCBI, PubMed), архівні дані відділення малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, інтервенційної радіології Національного Інституту Раку для аналізу клінічного випадку.

Опис випадку: пацієнтка Л., 40 років на момент постановки діагнозу, відмітила наростаючі явища кишкової непрохідності у грудні 2021 року (біль у нижній частині живота, складнощі з відходженням калу). Під час колоноскопії було виявлено пухлину ректосигмоїдного відділу товстої кишки, на комп'ютерній томографії – наявність метастатичних вогнищ у печінці. Через наростаючі явища кишкової непрохідності виникла потреба в хірургії за життєвими показаннями, і 02.01.2022 їй було проведено операцію Гартмана. Патогістологічний висновок: помірно диференційована аденокарцинома з проростанням усієї товщі кишки, края без пухлинного росту. Також було виконано імуногістохімічне дослідження, яке показало, що у пухлині не виявлено недостатності репарації помилок комплементарності (MMRp/MSS: MLH+ PMS2+ MSH2+).

Пацієнтці було розпочато ад'ювантну поліхіміотерапію за схемою FOLFOX + бевацизумаб, вона отримала 4 курси. Під час лікування пацієнтка дізналась про опцію регіонарної хіміотерапії через печінкову артерію. Оскільки на той момент, згідно даних КТ, єдиним місцем метастазування була печінка, було прийнято рішення продовжити цю ж схему з внутрішньоартеріальним введенням. У березні 2022 року їй було встановлено внутрішньоартеріальний печінковий порт, і в період з березня по серпень 2022 проведено 10 курсів HAI FOLFOX + бевацизумаб (в/в бевацизумаб 5 мг/кг, в/а оксаліплатин 85 мг/м² 24 год, в/в

лейковорин 400 мг/м² 2 год [паралельно з останніми 2 годинами інфузії оксаліплатину], в/а 5-фторурацил 2800 мг/м² 46 год, 14-денні цикли). На КТ-контролі у серпні 2022 року – стабілізація захворювання.

Наприкінці серпня 2022 у пацієнтки сталась маткова кровотеча, з приводу чого було виконано кюретаж матки та, через 1.5 тижні, пангістеректомію I типу. На патогістологічному заключенні отримано мікрометастази аденокарциноми кишки у обох яєчниках, інші зміни – доброякісні (лейоміоматоз та аденоміоз тіла матки, гіперплазія та дискератоз багаточарового плаского епітелію шийки матки). Макроскопічно та мікроскопічно обсяг резекції відповідає R0.

У серпні-вересні 2022 році пацієнтка отримала ще 2 курси HAI FOLFOX (дозування аналогічно наведеному раніше), проте вже без бевацизумабу. На КТ-контролі у жовтні 2022 року отримано ознаки стабілізації захворювання з боку печінки.

Розміри та розташування метастатичних вогнищ все ще не дозволяли провести радикальну операцію (залишковий обсяг печінки у випадку резекції становив би <30%, а отже, випадок неоперабельний). Втім, у листопаді 2022 року постало питання щодо закриття колостоми, і під час проведення операції було взято множинну трепан-біопсію метастатичних вогнищ печінки. У патогістологічному висновку отримано дистрофію гепатоцитів, перидуктальний склероз, відсутність клітин з ознаками злоякісності. Так як матеріал був набраний у достатній кількості та з усіх метастатичних вогнищ печінки, отриманий результат може свідчити про повну патогістологічну відповідь (CPR). Беручи до уваги також раніше проведену радикальну операцію на товстій кишці, відсутність переконливих даних щодо метастазів інших локалізацій, пацієнтці було рекомендовано динамічне спостереження (КТ-контроль органів грудної, черевної порожнини, малого тазу з в/в контрастом) кожні 3-6 місяців.

Висновки: внутрішньоартеріальна хіміотерапія при печінкових метастазах колоректального раку може стати однією з опцій для пацієнтів з хіміорезистентністю, підвищити вірогідність конверсії нерезектабельних метастазів у резектабельні, а також спровокувати задовільну патогістологічну відповідь з боку метастатичних вогнищ.

Ключові слова: Colorectal Neoplasms (колоректальні новоутворення); Infusions, Intra-Arterial (інфузії, внутрішньоартеріальні); Chemotherapy, Cancer, Regional Perfusion (хіміотерапія, рак, регіонарна перфузія)

**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.*

СЕКЦІЯ ЛІКАРІВ, ВИКЛАДАЧІВ, НАУКОВЦІВ

MIS-C, АСОЦІЙОВАНИЙ ІЗ SARS-COV-2 У ДІТЕЙ. КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА МОЖЛИВІ ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ

ЗА ДАНИМИ КНП “КИЇВСЬКА МІСЬКА ДИТЯЧА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №2”

Буц О.Р., Корбут О.В., Юхименко Г.Г., Дмитрієва О.А., Серякова І.Ю., Бойченко Л.І.

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Крамарев С.О.

Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця,

КНП “Київська міська дитяча клінічна лікарня № 2”

м.Київ, Україна

Вступ: за час пандемії Covid-19 з'явилась нова нозологічна форма - синдром мультисистемної запальної відповіді (MIS-C). Визначення цьому захворюванню дав Американський CDC. Починаючи з осені 2020 року випадки MIS-C реєструються в Україні, зростання їх частоти пов'язано з поширеністю захворюваності на коронавірусну інфекцію.

Мета: вивчення особливостей перебігу синдрому мультисистемної запальної відповіді, асоційованого із Covid-19 у дітей на підставі аналізу клінічної картини та лабораторно-інструментальних даних в розпалі захворювання та виявити можливий вплив MIS-C на стан здоров'я дітей, які перенесли згадану хворобу, протягом 12 місяців після виписки з КНП “КМДКЛ №2”.

Матеріали і методи: історії хвороби пацієнтів та зібраний катанез у батьків 20 дітей, які перебували на лікуванні у відділеннях КНП “КМДКЛ №2” з листопада 2020 року по лютий 2021 року. Вік дітей від 2,5 до 16 років. Проведено аналіз клінічної симптоматики, змін в лабораторних та інструментальних показниках на етапі стаціонарного лікування та впродовж 1 року після виписки. Збір даних катанезу здійснювався методом анкетування при телефонному опитуванні.

Результати: за даними аналізу клінічної картини ми розподілили хворих дітей на 2 групи відповідно до описаних в літературі критеріїв фенотипів мультисистемного запального синдрому. 8 дітей, у яких реєструвались симптоми, притаманні хворобі Кавасакі, ввійшли до I групи - з Кавасакіподібним фенотипом MIS-C. До II групи - MIS-C з фенотипом шоку - ми віднесли 12 пацієнтів, у яких були зареєстровані ураження більше, ніж 2 систем (серцево-судинної, дихальної, травної), а також був діагностований синдром поліорганної недостатності. Усі пацієнти мали в анамнезі перенесену коронавірусну інфекцію, що підтверджувалось результатами ІФА: в сироватці крові було виявлено IgG та/або IgM до коронавірусу SARS-CoV-2. Результати обстеження на наявність антигенів вірусу у всіх пацієнтів були негативними. У всіх дітей в обох групах реєструвались: гіпертермія тривалістю більше, ніж 72 години, порушення апетиту, млявість, міалгії, головний біль. У 80% хворих були ураження слизових оболонок. Ін'єкція кон'юнктиви очей мала місце у всіх 8 (100%) дітей I групи та лише у 9 (75%) дітей II групи. Збільшення шийних лімфовузлів було зареєстровано у 6 (75%) дітей I групи та у 5 (41,7%) - II групи. Екзантема також спостерігалась частіше в I групі - у 6 (75%) пацієнтів проти 6 (50%) - в II групі. Кількість уражених органів і систем була вищою в II групі: у переважній більшості пацієнтів (11 (91,7%)), у яких було діагностовано MIS-C з фенотипом шоку, реєструвалось ураження 4 і більше систем, а серед дітей з Кавасакіподібним фенотипом MIS-C така кількість уражених органів і систем мала місце лише у 6 (75%) пацієнтів. Ураження шлунково-кишкового тракту реєструвались переважно у пацієнтів II групи: скарги на біль у животі були у 10 (83,3%) дітей II групи та у 4 (50%) - I групи. Нудота та діарея були лише у пацієнтів II групи - у 4 (33,3%) дітей - нудота, у 2 (16,7%) - діарея. Також полісерозит зустрічався частіше у пацієнтів II групи, а саме: у 5 (41,7%) пацієнтів II групи та у 2 (25%) - I групи було зареєстровано плеврит, у 4 (33,3%) та 3 (37,5%) відповідно - перикардит, а перитоніт було діагностовано лише у 2 (16,7%) дітей II групи. Шок зареєстровано лише у 3 (25%) хворих II групи. Ураження коронарних артерій (коронарит, аневризми) розвинулись лише у 3 (37,5%) дітей I групи. У всіх пацієнтів з MIS-C спостерігалось підвищення C-реактивного білка, феритину, ШОЕ, у 90% - лейкоцитоз. На підставі статистичних розрахунків було встановлено, що середня кількість лейкоцитів ($\times 10^9/\text{л}$) у II групі була достовірно вищою ($15,3 \pm 3,01$), ніж у I групі ($10,6 \pm 3,1$) ($p < 0,05$). У 19 (95%) усіх хворих реєструвався нейтрофіліоз. Середня кількість нейтрофілів ($\times 10^9/\text{л}$) також була достовірно вищою у хворих II ($3,41 \pm 1,39$), ніж I групи - ($1,56 \pm 1,03$) ($p < 0,05$). У 17 (85%) пацієнтів мала місце лімфопенія. Середній рівень лімфоцитів ($\times 10^9/\text{л}$) виявився нижчим у хворих II групи і склав $1,37 \pm 0,59$, а у хворих I групи - $1,98 \pm 1,18$. Була виявлена тенденція до вищих показників у дітей I групи ($p < 0,1$). На момент госпіталізації у 4 (20%) хворих спостерігався тромбоцитоз, у 13 (65%) - тромбоцитопенія. Остання частіше реєструвалась у пацієнтів II групи - знижений рівень тромбоцитів мав місце у 9 (75%) хворих цієї групи, тоді як в першій - у 4 (50%) хворих. Після виписки зі стаціонару всі діти перебували під наглядом педіатра та кардіолога. Симптоми астенії: підвищена втомлюваність, кволість, поганий сон спостерігались у 25% дітей і тривали від 2 тижнів до 6 місяців після виписки зі стаціонару. Інша клінічна симптоматика відмічена у пацієнтів після виписки з такою частотою: випадіння волосся - у 10%, міалгії, артралгії - у 10%, тривалий субфебрилітет - у 5%, гепатоспленомегалія - у 5%, синкопальний стан зі змінами на ЕЕГ - у 5%, біль в серці - у 5%, маніфест епізодів гострої кропив'янки - у 5%, вегетативна дисфункція - у 5%, помітно почастішали випадки ГРВІ - у 5%. За даними ЕхоКГ на момент виписки зі стаціонару у 2-х хворих спостерігалось розширення коронарних судин; через 6 місяців, за катанестичними даними, змін на ЕхоКГ виявлено не було. 10% дітей мали високий рівень тромбоцитів протягом 1 року спостереження. У 35% хворих, що перенесли MIS-C, після виписки не спостерігалось ніяких відхилень клініко-лабораторних показників. Нами проведений аналіз наслідків MIS-C у дітей в залежності від тяжкості клінічної картини: у 85% пацієнтів з тяжкими проявами MIS-C спостерігались різної тривалості симптоми після виписки зі стаціонару - астеничні прояви, випадіння волосся, міалгії, артралгії, гепатоспленомегалія, субфебрилітет, епізоди кропив'янки, вегетативна дисфункція; відхилення в лабораторних показниках (тромбоцитоз) та зміни на ЕхоКГ (розширення коронарних артерій).

Висновки: таким чином, клінічна симптоматика у пацієнтів із мультисистемним запальним синдромом у дітей (MIS-C), асоційованим з SARS-CoV-2, дала змогу виділити 2 варіанти перебігу: Кавасакіподібний фенотип і фенотип із шоком. У дітей з фенотипом шоку спостерігався більш тяжкий перебіг MIS-C та мав місце суттєво вищий рівень лейкоцитозу із нейтрофі-

льозом порівняно з хворими з Кавасакіподібним фенотипом. Патологічні зміни в стані здоров'я дітей, що перенесли MIS-C, асоційовані з Covid-19, зустрічаються в більшості випадків. Виявлено пряму залежність між тяжкістю MIS-C і частотою та тривалістю патологічних змін в стані здоров'я дітей. Динаміка цих змін в більшості випадків мала сприятливий характер впродовж усього терміну спостережень. Ключові слова: діти, коронавірусна інфекція, мультисистемний запальний синдром, фенотип синдрому, наслідки.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ TYTOCARE ПРИ ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Голук К.О., Васильєва О.Г., Січненко П.І., Сміян К.О., Манько Ю.А., Романюк О.К.

Кафедра педіатрії

Завідувач кафедри: Заслужений лікар України, д.мед.н., професор Сміян О.І.

Навчально-науковий медичний інститут Сумського державного університету
м. Суми, Україна

Вступ: основним аспектом навчання в закладах вищої медичної освіти є практична спрямованість. Нажаль, підготовка студентів-медиків в умовах пандемії COVID-19 та військових дій мають певні складнощі. Надзвичайні умови нашої держави, в яких ми зараз живемо, потребують вдосконалення системи медичної освіти, розробки та впровадження дистанційних методів навчання.

Мета: проаналізувати досвід використання системи дистанційної діагностики TytoCare як один із методів навчання практичних навичок під час занять зі студентами-медиками.

Матеріали і методи: для демонстрації практичних навичок ми використовували систему дистанційної діагностики Tyto Home. Цей пристрій має наступні можливості для діагностики: безконтактне вимірювання температури, огляд ротової порожнини та задньої стінки глотки, огляд вушного каналу та барабанної перетинки, аускультация легень та серця, вимір пульсу, прослуховування перистальтики шлунка та кишківника, зображення шкіри. Цей метод сертифікований в Україні. Співробітники кафедри педіатрії СумДУ пройшли навчання щодо використання пристрою TytoHome.

Огляд: для повноцінного засвоєння матеріалу заняття, окрім теоретичної частини, обов'язково потрібна практична складова. Враховуючи різні причини (карантинні обмеження, військовий стан, фінансові та організаційні, етико-деонтологічні) оволодіння студентами практичних навичок ускладнюється. В деяких випадках викладачі не мають змоги забезпечити кожного студента тематичними хворими. Щоб наочно продемонструвати хворого для групи студентів ми використовували пристрій TytoHome. Для огляду ротової порожнини та задньої стінки глотки використовується спеціальна насадка зі шпательом, що приєднується до пристрою з камерою і дає змогу зробити фотографію та відеозапис задньої стінки глотки. При використанні спеціальних насадок та отоскопа масмо можливість запису відео та зображення зовнішнього слухового проходу та барабанної перетинки пацієнта. За допомогою камери Tyto можна провести огляд шкіри та висипи на шкірних покривах з чітким зображенням високої якості. Обстеження легень та серця виконується за допомогою стетоскопа Tyto і проводиться шляхом аудіо запису аускультатії, що в майбутньому дає змогу порівнювати отримані результати.

Висновки. Наші реалії вносять корективи щодо підготовки студентів медичних вузів. Різні методи дистанційного навчання активно впроваджуються у навчальний процес, поліпшуються та розвиваються, що сприяє підвищенню кваліфікаційного рівня майбутніх лікарів. Переваги методу дистанційної діагностики TytoCare це простота та зручність використання, демонстрація та розбір хворого під час групового практичного заняття в режимі реального часу за допомогою відеоконференції та запис он-лайн консультації, що підвищує шанси вивчення студентами різних нозологій.

Ключові слова: вища медична освіта, дистанційні методи, професійна підготовка.

КОРТИЗОЛ І МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ: ЧИ ІСНУЄ ЗВ'ЯЗОК ТА ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ

Громнацька Н.М.¹, Пасічник І.П.².

¹Кафедра сімейної медицини

Завідувач кафедри: д.м.н., професор Надашкевич О.Н.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

²Кафедра педіатрії №1

Завідувач кафедри д.м.н., проф. Няньковський С.Л.

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

Вступ: обговорюється питання патогенетичного впливу кортизолу (КТ) на розвиток метаболічного синдрому (МС) як у дітей, так і у дорослих. Відомо, що МС складається з сукупності метаболічних та соматичних порушень, таких як абдомінальне ожиріння, гіперглікемія, дисліпідемія IV типу за Fredrickson, підвищені значення артеріального тиску (IDF, 2017). Відзначають схожість цього дисметаболічного стану і синдрому Кушинга, а надпорогові значення КТ пропонують вважати маркером МС.

Мета: визначити зв'язок між КТ крові та складовими компонентами МС у дітей.

Матеріали і методи: досліджено 44 дитини з МС на тлі абдомінального ожиріння (група дослідження; обвід талії > 90 перцентилів розподілу згідно віку і статі) та 14 дітей без ознак МС (група контролю). Вік дітей з МС становив $11,0 \pm 2,8$ років; хлопців - 23, ІМТ $28,2 \pm 5,4$ кг/м². Діти досліджуваних груп не відрізнялись за віком та статтю. Визначили антропометричні

показники (обвід шиї, талії та стегон, зріст, ІМТ, співвідношення обвід талії/обвід стегон), КТ та лептин крові, ліпідний спектр крові (загальний холестерин, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ, тригліцериди крові, індекс атерогенності), глюкозу та інсулін крові, підрахували індекс НОМА-ІR та індекс глюкоза/інсулін. Проводили трьохразове вимірювання артеріального тиску з визначенням середнього показника. Рівень КТ крові визначали твердофазним хемолюмінісцентним імуноферментним методом. Порогове значення КТ крові становило 550 мкг/л. Діагноз МС у дітей встановлювали за рекомендаціями International Diabetes Federation (IDF, 2017).

Результати: визначено, що у дітей з МС достовірно вищі маса тіла ($p < 0,001$), ІМТ ($p < 0,01$), обвід шиї ($p < 0,001$), талії ($p < 0,001$) та стегон ($p < 0,001$), співвідношення обвід талії/обвід стегон ($p < 0,001$), інсулін крові ($p < 0,01$), тригліцериди крові ($p < 0,05$), лептин крові ($p < 0,001$), артеріальний тиск ($p < 0,01$). Встановлено, що рівень КТ крові у дітей з МС [362,9 (255,5-634,1) мкг/л] на 37,9% був нижчим, ніж у групі контролю ($p > 0,05$). Частота виявлення надпорогових значень КТ крові у дітей двох груп становила 31,8% та 50,0%, відповідно ($p > 0,05$). Вивчення кореляційної залежності за коефіцієнтом кореляції рангу Спірмена між рівнем КТ крові та антропометричними показниками дітей з МС достовірності не виявило ($r \text{ max } 0,16; p > 0,05$). Аналогічна відсутність достовірної залежності встановлена між КТ крові та показниками ліпідного ($r \text{ max } 0,4; p > 0,05$) та вуглеводного обміну ($r \text{ max } 0,26; p > 0,05$), лептином крові ($r \text{ max } 0,19; p > 0,05$).

Висновки: у дітей з МС не встановлено достовірної різниці у рівні КТ крові порівняно з дітьми без критеріїв МС. Не виявлено кореляційного зв'язку КТ крові з критеріями МС. Не доведена можливість використання КТ крові в якості маркера МС у дітей.

Ключові слова: абдомінальне ожиріння, діти, кортизол, патогенез.

КЛІНІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ПІДЛІТКІВ З АНОМАЛЬНО ПРИКРІПЛЕНИМИ ХОРДАМИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ

Кулешов О.В., Медражевська Я.А., Лайко Л.І., Фік Л.О., Олійник В.С.

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Кулешов О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Вступ: малі аномалії розвитку серця (МАРС) – це велика гетерогенна група аномалій розвитку серцево-судинної системи, яка характеризується наявністю різноманітних анатомічних і морфологічних відхилень від норми структур серця та магістральних судин. Одним з найбільш поширених видів МАРС є аномальне прикріплення хорди (АПХ) шлуночків серця. Існують дослідження, які вказують на те, що АПХ здатні на порушення вегетативного гомеостазу, провокувати електричну нестабільність міокарда, яка призводить до пароксизмальних розладів серцевого ритму і порушень пейсмейкерної активності; натягування хорд може спричинити шлуночкові тахікардії та фібриляції шлуночків.

Мета: провести клінічне обстеження дітей з наявними АПХ у лівому шлуночку для виявлення симптомів, які дозволять прогнозувати можливі захворювання та запобігати їх виникненню.

Матеріали і методи: проведено клінічне обстеження 89 дітей віком від 13 до 17 років. Серед них виявлено 59 дітей, у яких за даними доплер-ехокардіографічного дослідження зареєстрували додаткову АПХ з поперечним її розташуванням. До основної групи ввійшли 32 (54,2%) хлопчика та 27 (45,7%) дівчаток, а в групу контролю – 17 (56,7%) хлопчиків та 13 (43,3%) дівчаток.

Обстеження включало ретельний збір анамнезу (обов'язкове спілкування з батьками), скарг, контроль артеріального тиску (АТ) та пульсу, статистичні методи.

Результати: аналіз отриманих даних анамнезу показав, що матері дітей з АПХ до та під час вагітності мали різні екстрагенітальні патології. Найчастіше в анамнезі дітей основної групи були дані за серцево-судинні захворювання матері з достовірною різницею відносно групи здорових дітей (59,3%, $p < 0,05$). Були дані про наявність різних видів МАРС у членів родини обстежуваних дітей. При огляді патологія постави, а саме сколіотичне викривлення хребта зустрічалася у 20,3% дітей, деформація жовчного міхура – у 20,3%, плоскостопість – у 18,6%, ангіопатія судин сітківки складала 16,9%, дискінезія жовчного міхура – у 11,8%. Дещо рідше виявляли деформацію грудної клітки – 8,4%, нефроптоз – 8,4%, *міопію слабого ступеня* – 3,3% та дифузний нетоксичний зоб – 1,6%. Серед найпоширеніших скарг у дітей з АПХ переважно були скарги на підвищену втомлюваність та періодичний біль в ділянці серця (по 42,3%). Часто діти відмічали відчуття посиленого серцебиття та головний біль (35,5%). Рідше серед скарг було запаморочення (20,3%) та періодичний біль у животі (15,2%). Про синкопе згадали 4 (6,7%) з обстежуваних дітей, а 3 (5%) поскаржились на захитування у транспорті. Лише одна дитина скаржилась на болі в ногах (1,7%). При оцінці АТ у 45,7% дітей було виявлено стійке зниження як систолічного, так і діастолічного АТ відносно вікових норм. У 33,8% обстежуваних показники АТ перевищували вікову норму. У 20,3% дітей спостерігалась лабільність систолічного та діастолічного тиску. На його зміни найчастіше впливали метеорологічні фактори, а також емоційна напруга та інші чинники. 16,9% дітей основної групи в анамнезі мали місце «панічні атаки». Спостерігалися два основні типи вегетативних кризів. Причому, кількість симпато-адреналових кризів переважала над ваго-інсулярними (13,5% проти 3,3%).

Симпато-адреналові вегетативні кризи проявлялись відчуттям страху, прискореним серцебиттям (інколи відчуттям перебоїв у роботі серця), похолоданням кінцівок, ознобом, підвищенням АТ, відчуттям нестачі повітря, головним болем та важкістю в ділянці серця. З початком ваго-інсулярного кризу діти відмічали раптову слабкість, запаморочення та потемніння в очах; шкірні покриви ставали блідими, підвищувалось потовиділення, з'являлась нудота та біль в животі, знижувався АТ та сповільнювалась ЧСС. Найчастіше у дітей з наявними АПХ зустрічались вегетативні дисфункції: вегето-судинна дисфункція

з дизрегуляцією за васкулярним типом з гіпотензією – у 57,6%, вегето-судинна дисфункція з дизрегуляцією за васкулярним типом з гіпертензією – у 42,3%.

Висновки:

- 1) У дітей з АПХ у лівому шлуночку серця є фенотипові ознаками дисплазії сполучної тканини в інших органах та системах.
- 2) У дітей з АПХ у лівому шлуночку серця **мають місце** порушення з боку ВНС, які проявляються у вигляді вегетативних дисфункцій переважно за васкулярним типом та характеризуються патологічними змінами АТ.
- 3) Надмірна та недостатня реакції симпатико-адреналової системи у дітей, що мають АПХ у лівому шлуночку серця, свідчать про порушення у них механізмів адаптації.
- 4) Стан вегетативного гомеостазу в даній групі дітей потребує більш детального і глибокого вивчення з метою подальшої корекції і запобігання виникненню серцево-судинних захворювань.

Ключові слова: діти, кліно-ортостатична проба, вегетативне забезпечення

СТАН ЕКЗОКРИННОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ ІЗ ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМ ПАНКРЕАТИЧНИМ РОЗЛАДОМ

Лембрик І.С., Цицюра О.О., Жил'як О.В.

Кафедра педіатрії

Завідувач кафедри педіатрії: д.м.н., професор Волосянко А.Б.

Івано-Франківський національний медичний університет

м.Івано-Франківськ, Україна

Вступ: На сьогодні постковідний синдром залишається актуальною проблемою в педіатричній практиці, з огляду на мультисистемність ураження, тяжкість перебігу та втягнення у патологічний процес суміжних органів та систем. Як відомо, панкреатит розглядається в якості одного з клінічних критеріїв мультисистемного запального синдрому в дітей і підлітків. Водночас, в новітній літературі наводяться подекуди суперечливі дані, які вимагають підтвердження або спростування гіпотези про розвиток власне запального процесу в органі при коронавірусній хворобі. Вище наведене наштовкує на думку про подальші дослідження у цьому напрямку.

Мета: вивчити порушення екзокринної функції у дітей шкільного віку із коронавірусною хворобою в анамнезі.

Матеріал і методи: обстежено 40 дітей віком від 6 до 17-ти років, які перебували на стаціонарному лікуванні в КНП «Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня» протягом 2020-першої половини 2023-го років. Усі пацієнти підлягали комплексному обстеженню відповідно до сучасних протоколів діагностики та лікування (Наказ МОЗ України «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення» № 5929 від 29.01.2013 (із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 233 від 02.04.2014). Дослідження вмісту амілази сироватки крові та діастази сечі проводили за колориметричним методом W. T. Caraway (нормальний вміст амілази крові – 13-53 од/л, сечі – 0-450 од/л). Активність ліпази сироватки крові в обстежених пацієнтів дослідили за ферментативно-колориметричним методом (набір реактивів Cobas 6000/Roche Diagnostics (Швейцарія), норма – 13-60 од/л). Активність органоспецифічного ензиму фекальної еластази-1 (ФЕ-1) встановили методом ELISA (Schebo-Tech, Gissen, Germany). Відповідно до міжнародних стандартизованих показників, нормальний рівень еластази-1 в калі становить 200 та більше мкг/г калу. Сонографічні параметри підшлункової залози оцінювали за допомогою оптимізованого методу в модифікації Тарасюка Б.М., який передбачав порівняння ехоструктури органу та привушної залози з використанням датчиків різної частоти (від 3,5 до 7,7-10 МГц). Взято інформовану згоду від обох батьків на участь дитини у дослідженні, дотримано основних принципів Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації з біомедичних досліджень (2008)

Результати: у всіх обстежених нами дітей виявлено антитіла до коронавірусної хвороби (SARS-COV-2 Ig G до нуклеокапсидного антигену – більше 9,909 (при нормі <0,9)). Переважання больового абдомінального синдрому констатовано в більшості пацієнтів, що перебували під нашим спостереженням (90,0%). Біль у животі при цьому мав приступоподібний оперізувальний характер, інколи з іррадіацією в підлопаткову ділянку та плече (у 15,0% випадків), $x_2=112,7$, $p<0.0001$. Серед диспепсичних симптомів найбільш часто в обстежених нами дітей зустрічалися нудота (93,4%), періодичне блювання з домішками жовчі та залишками їжі (70% і 20%, $x_2=50,5051$, $p<0.0001$). 3-поміж симптомів загальної інтоксикації в дітей приблизно з однаковою частотою зустрічалися: слабкість (75,0%), головний біль (65,0%) та тривалий субфебрилітет (30,0%). За нашими даними, рівень амілази сироватки крові підвищувався приблизно у 8 разів від норми у порівнянні з контрольними даними ($663,5\pm 0,2$ од/л і $75,0\pm 0,1$ од/л, $p<0,05$), в той час, як рівень амілази сечі перебував у межах норми і склав $130\pm 0,1$ од/л. Рівень ліпази сироватки крові був вищим у 80,0% пацієнтів, і становив $463,68$ од/л, що у 8,4 рази перевищувало нормальні показники, а вміст ФЕ-1 становив $100\pm 0,1$ мкг/г калу в 65% обстежених.

Висновки: у більшості дітей, які перебували під нашим спостереженням, переважали прояви больового абдомінального синдрому з іррадіацією в підлопаткову ділянку та плече, $x_2=112,7$, $p<0.0001$, нудота (93,5%), періодичне блювання з домішками жовчі та залишками їжі (70% і 20%, $x_2=50,5051$, $p<0.0001$) та ознаки інтоксикаційного синдрому. Серед показників зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози у дітей із постковідним синдромом частіше відмічаються зміни з боку амілолітичної, протеолітичної та ліполітичної функцій, що вказують на зовнішньо-секреторну недостатність підшлункової залози легкого ступеню.

Ключові слова: дитина, коронавірусна інфекція, підшлункова залоза.

ЕЛЕКТРОННА ДЕТЕКЦІЯ СЕРЦЕВИХ ШУМІВ У РАНЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Мавропуло Т.К.¹, Шелевицька В.А.²

¹Кафедра педіатрії та неонатології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Мавропуло Т.К.

²Кафедра педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики факультету післядипломної освіти
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Шейко С.О.
Дніпровський державний медичний університет,
м.Дніпро, Україна

Вступ: серцевий шум у новонароджених може супроводжувати серйозну ваду серця, перехідний кровообіг новонародженого, деякі малі аномалії розвитку серця. Розповсюдженість серцевих шумів у здорових новонароджених складає від 0,8%, до 10,3%, серед яких вроджені вади серця діагностуються з частотою від 22% до 86%. В умовах військового стану для спрямування дітей із серцевими шумами на доплерокардіографію (ДЕХОКГ) необхідно застосовувати прості скринуючі методи діагностики.

Мета: оцінка серцевих шумів у здорових новонароджених дітей з гестаційним віком 35 0/7 - 41 6/7 тижнів за допомогою електронної фонокардіографії (ЕФКГ).

Матеріали і методи: досліджувалися три групи новонароджених дітей з гестаційним віком 35 0/7 - 41 6/7 тижнів: 114 дітей з ДЕХОКГ - ознаками гемодинамічно незначущої відкритої артеріальної протоки (грВАП), 42 дитини - з ДЕХОКГ - ознаками вроджених вад серця (грВВС), 167 дітей - група контролю (грК) без ДЕХОКГ - ознак ВАП і ВВС. У всіх новонароджених пренатально не були виявлені вади серця, всі мали нормальні показники пульсоксиметрії, період ранньої адаптації всіх новонароджених перебігав без ускладнень. Традиційна аускультация серця проводилась у 5 точках вислуховування, із записом фонокардіограми стетоскопом Thinklabs Model ds32a+ та Thinklabs one та диктофоном Sony-ICD-UX71, Recorder ZOOM-N 1. Записи зберігалися MP3 форматі, та WAV форматі. Аналіз фонокардіограм проводився за допомогою комп'ютерної програми «Hearttone-D». Проводили аналіз I та II тонів (усього 9 параметрів) та проміжків між тонами (усього 6 параметрів).

Результати: серцеві шуми вислуховувалися у 50 (15,5%) дітей (95,0% ДІ 12,13-18,87). В частоті виявлення шумів на 1 добу життя не вдалося встановити достовірні відмінності у дітей різних груп (грВАП, грПВС, грК), (12,5%, 50,0% та 20,0% відповідно; $p > 0,05$), у дітей грВАП та грВВС на 2 добу життя (23,7% і 50,0% відповідно; $p > 0,05$), 3 добу (14,7% і 33,3% відповідно; $p > 0,05$), 4 добу життя (45,5% і 70,0% відповідно; $p > 0,05$). Оцінка серцевих шумів у новонароджених дітей з гестаційним віком 35 0/7 - 41 6/7 тижнів за допомогою ЕФКГ показала, що вони мають різні акустичні характеристики в залежності від того, в якій групі спостереження вони знаходяться. На першу добу життя серцеві шуми у дітей з ВАП мають відмінності у параметрах проміжків між тонами (61,4%), тоді як у новонароджених із грВВС (39,7%), у новонароджених із грК (5,7%) ($p < 0,001$). Шуми у новонароджених із в групі грК взагалі не супроводжувались відмінностями в параметрах, які відповідають за характеристики проміжків між першим та другим тоном. На другу добу життя у дітей грК серцеві шуми також достовірно частіше супроводжуються відмінностями у параметрах, що характеризують перший тон серця (54,3%), порівняно з грВВС (36,2%) та грВАП (21,4%) ($p < 0,01$).

Висновки:

1. У 15,5% новонароджених вислуховуються серцеві шуми.
2. В частоті виявлення шумів на 1 добу життя не встановлено достовірних відмінностей у дітей різних груп (грВАП, грПВС, грК).
3. За результатами ЕФКГ серцеві шуми у новонароджених різних груп спостереження мають різні акустичні характеристики.
4. ЕФКГ дозволяє виділити серед дітей із серцевими шумами у ранньому неонатальному періоді саме тих, які потребують подальшого спрямування на ДЕХОКГ, що є особливо актуальним в умовах воєнного стану.

Ключові слова: серцеві шуми, відкрита артеріальна протока, вроджені вади серця, електронна фонокардіографія

СКЛАДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ В ДЕБЮТІ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА У ДІТЕЙ

Починок Т.В., Лутай Т.І., Горобець Н.І.

Кафедра педіатрії №1,
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Березенко В.С.
Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця,
м.Київ, Україна

Вступ: системний червоний вовчак (СЧВ) є автоімунним мультисистемним захворюванням. Рівень смертності дітей з СЧВ без лікування сягає 95,3% у продовж перших 5-ти років від початку хвороби. Частіше СЧВ розвивається у осіб жіночої статі (ж:ч) - препубертат (4,5:1 - 5:1); - пубертат (9-10:1). У більшості випадків захворювання починається у віці 12 та більше років.

Мета: на підставі клінічного спостереження показати складнощі діагностики та лікування в дебюті СЧВ у дітей.

Опис клінічного випадку: наводимо клінічний випадок дитини 16-літнього віку, що знаходилася на лікуванні в дитячому відділенні Дорожньої лікарні №1 з діагнозом «Гострий гломерулонефрит з провідним неповним нефротичним синдромом, гематурією, гіпертензією, тубулоінтерстиціальним компонентом, період розгорнутих клінічних проявів, з порушенням функції нирок. Постгавотемічна анемія. Вторинна мієлосупресія». Дитина поступила зі скаргами на набряки ніг, обличчя, зміни аналізів сечі: (протеїнурія 1,65 г/доба, лейкоцитурія 45-50 у полі зору, еритроцитурія 35-40-50 у полі зору). Вважала себе хворою, коли помітила набряклість в області гомілковостопних суглобів. За три тижні до поступлення у стаціонар дівчина перенесла гострий фарингіт. Алергологічний анамнез не обтяжений. Перенесла вітряну віспу в 6 років. Дитині була призначена кортикостероїдна терапія (КС) (преднізолон 50мг/доба), на фоні якої через 4-му тижні від початку лікування рівень креатинину прийшов до норми, але зберігалася гіпопротеїнемія, підвищений холестерин та протеїнурія, що свідчило про відсутність ефекту від КС в терапії. Курс лікування максимальними дозами преднізолону був обмежений 6 тижнями і на фоні зниження дози та переходу на цикло-

ве лікування КС була підключена цитостатична терапія (лейкеран- 8 мг/доба). На 3-му тижні комплексної терапії розвинулась мієлосупресія (лейкеран на тиждень був відмінений, а після нормалізації лейкоцитів продовжено в дозі 4 мг/доба). До 6 тижня лікування лейкераном 4мг/кг на фоні циклічного прийому преднізолону в дозі 17,5 мг/доба була досягнута часткова клініко-лабораторна ремісія неповного нефротичного синдрому. Дитина була виписана під нагляд сімейного лікаря та нефролога. Через півроку на фоні підтримуючої терапії КС та цитостатиками розвинулися анасарка, гіпоальбумінемія < 25 г/л; гіперліпідемія, гіпертензія -150/110 мм.рт.ст., креатинінемія - 0,323 ммоль/л. Під час динамічного обстеження пацієнтки виявлені антинуклеарні антитіла в титрі > 80, що дало підставу для підрахунку балів додаткових критеріїв (17 балів) відповідно до діагностичних критеріїв СЧВ запропонованих Європейською антиревматичною лігою (EULAR) і американською колегією ревматологів (ACR), 2019. Пацієнтці був виставлений діагноз: СЧВ. Люпус нефрит, нефротичний синдром, період розгорнутих клінічних проявів. Артеріальна гіпертензія; анемія І ст. тяжкості; азотемія; 2 – 3 ступінь активності патологічного процесу.

Висновки: СЧВ у дітей має складнощі встановлення діагнозу, особливо при хронічному перебігу патологічного процесу. Доцільно використовувати у діагностиці критерії запропоновані EULAR і ACR, 2019, які є найбільш чутливими та специфічними. Лікування пацієнтів з ЛН є індивідуалізованим; застосування різних схем лікування залежить від тяжкості патологічного процесу. Рання діагностика ураження нирок при СЧВ з використанням критеріїв запропонованих EULAR та ACR, 2019, та біопсії сприятиме своєчасному визначенню тактики та стратегії ведення дитини, та покращенню прогнозу Люпус нефриту.

Ключові слова: діти 1, люпус нефрит 2, ниркова недостатність 3, системний червоний вовчак.

КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНІ ЧИННИК ТРИВАЛОГО СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА COVID-19

Сажина А.С., Сажин С.І.

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри: доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна*

Вступ: пандемія, викликана новим штамом коронавірусу SARS-CoV-2, характеризується вражаючими темпами поширення, рівнем захворюваності, госпіталізацій та смертності. Літературні дані свідчать також про відмінності в частоті, тяжкості та тривалості клінічних симптомів захворювання, що залежить від вікових особливостей дітей та непоодиноких мутацій вірусу SARS-CoV-2.

Мета: проаналізувати частоту типових симптомів перебігу інфекції, викликаной коронавірусом SARS-CoV-2, у дітей дошкільного віку для удосконалення прогнозування тяжкості та тривалості хвороби, оптимізації тактики ведення пацієнтів на догоспітальному та госпітальному етапах.

Матеріали і методи: проаналізовані лабораторно підтверджені 54 клінічних випадки COVID-19 у пацієнтів віком від 3 років до 5 років 11 місяців та 30 днів, госпіталізованих до обласного комунального некомерційного підприємства «Чернівецька обласна клінічна лікарня». Середній вік пацієнтів становив $4,84 \pm 0,19$ років, відсоток хлопчиків та дівчат сягав 51,8% та 48,2% відповідно, більшість госпіталізованих дітей проживали в сільській місцевості (72,2%). Залежно від тривалості госпіталізацій проведений поділ на дві клінічні групи. До першої (I) – увійшли 25 пацієнтів, які перебували в стаціонарі менше 10 ліжкоднів, другу (II) – сформули 29 дітей дошкільного віку з тривалістю госпіталізації 10 та більше ліжкоднів. Групи порівняння вірогідно не відрізнялися за віком, статтю, місцем проживання. Ризики реалізації події проводилася з позиції біостатистики та клінічної епідеміології з обчисленням абсолютного та відносного ризиків, співвідношенням шансів.

Результати дослідження: в середньому пацієнти I та II клінічних груп поступали в стаціонар на $3,4 \pm 0,8$ та $4,0 \pm 0,7$ день захворювання ($P > 0,05$), проте, госпіталізація дітей після п'ятого дня хвороби частіше відбувалася серед пацієнтів II клінічної групи ($24,1 \pm 11,5\%$ проти $12,0 \pm 9,8\%$, $P > 0,05$) при цьому атрибутивний ризик більш тривалого стаціонарного лікування становив $12,1\%$, відносний ризик – $2,0$ при співвідношенні шансів – $2,3$. Серед клінічних симптомів достовірно більш тривалими у дітей другої клінічної групи відмічались біль у горлі, кашель та явища фарингіту. Ознаки запалення глотки та кашель були чинниками ризику більш тривалого перебування у стаціонарі.

Висновки: таким чином, більш пізня госпіталізація, наявність клінічних ознак фарингіту, кашель є чинниками ризику більш тривалого стаціонарного лікування. Наявність даних симптомів у пацієнтів дозволяє рекомендувати більш активну лікувальну тактику COVID-19.

Ключові слова: COVID-19, дитина, чинники ризику.

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТА ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ. КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ

Серякова І.Ю., Крамарьов С.О., Палатна Л.О., Шпак І.В.

*Кафедра дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри: д.мед.н, професор Крамарьов С.О.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м.Київ, Україна*

Вступ: часто при інфекційних захворюваннях спостерігаються запальні зміни на слизових оболонках, що супроводжуються підвищенням температури тіла, больовими відчуттями в ротогорлі та появою висипань у вигляді плям, афт, ерозій, везикул, які нерідко мають важливе діагностичне значення.

Мета: на прикладі представлених клінічних випадків нагадати лікарям практичної медицини про важливість диференційної діагностики інфекційних захворювань, що супроводжуються ураженням слизової оболонки ротової порожнини.

Матеріали і методи: ми провели огляд клінічних випадків при інфекційних захворюваннях, що супроводжувались ураженням слизової оболонки ротової порожнини пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування в Київській міській дитячій клінічній інфекційній лікарні (КНП «КМДКІЛ») міста Києва в 2022-2023 роках.

Опис клінічного випадку №1

Дитина 5 років надійшла до КНП «КМДКІЛ» зі скаргами на задишку, біль за грудиною, лихоманку 39,9 °С, висипання на губах та слизовій ротоглотки, слабкість, біль в роті. Діагноз при направленні: Гострий тонзиліт.

З анамнезу відомо, що хворіє протягом тижня. Спостерігався підйом температури до 38,5°С, через 5 днів на губах і у роті з'явився висип та біль при ковтанні, різко утруднене дихання, задишка. В анамнезі перенесений афтозний стоматит 5 місяців тому. Діагноз при надходженні: Афтозний стоматит? Гіпертермічний синдром.

За час госпіталізації тяжкість зумовлена вираженою дихальною недостатністю, та больовим синдромом. Слизова ротоглотки яскраво гіперемована. На мигдаликах нашарування грибкового характеру. На яснах, язичі афти. Периферичні лімфовузли збільшені.

За результатами проведених досліджень, була виявлена *Candida albicans* та швидким тестом на ВІЛ в крові виявлені анти-тіла до ВІЛ/2 типу.

Заключний діагноз: ВІЛ інфекція, кандидозний стоматит.

Опис клінічного випадку №2

Звернулась мама дитини 4 років зі скаргами на температуру 39,9°С протягом 2 днів, біль в горлі, дитина не може їсти. Зі слів мами спостерігались червоні плями у горлі, білі нашарування в роті на піднебінні, дужках, крововиливи на піднебінні. На 4-й день з'явився червоний висип по тілу. Були госпіталізовані з попереднім діагнозом краснуха.

Під час об'єктивного обстеження стан тяжкий, обумовлений загальноінтоксикаційним синдромом та синдромом екзантеми. Слизова ротоглотки яскраво гіперемована, на внутрішній поверхні щік, губ, язика наявні сіро-білі пухирці. На обличчі, грудній клітці, а також на шкірі долонь та стоп виражені везикулярні елементи. За результатами проведених досліджень, особливостей виявлено не було. Клінічно встановлено заключний діагноз: Ентеровірусний везикулярний стоматит- синдром «рука-нога-рот».

Опис клінічного випадку №3

Дитина 8,5 місяців, захворіла гостро, коли з'явилися млявість, відсутність апетиту, температура до 38,0°С та блювання. На 4-й день на обличчя всьому тілі з'явився дрібноточковий та плямисто-папульозний висип яскраво-червоного кольору з тенденцією до злиття, набряклість і яскрава гіперемія долонь; розвинувся двосторонній кон'юнктивіт; слизова ротоглотки яскраво гіперемована, набряклість передніх піднебінних дужок, піднебінних мигдалин. Язик сосочковий «малиновий».

З діагнозом скарлатина доставлений в КНП «КМДКІЛ».

При об'єктивному обстеженні: Стан середньої важкості. На обличчі, грудях, животі, спині, верхніх і нижніх кінцівках яскравий дрібнокрапковий висип плямисто-папульозного характеру з тенденцією до злиття. Долоні набрякли, яскраво гіперемовані. Двосторонній катаральний кон'юнктивіт, склерит. Слизова ротоглотки гіперемована, набряклість передніх піднебінних дужок і піднебінних мигдалин. Язик «малиновий», сосочковий. Нижньощелепні, передні - і задньошийні лімфовузли діаметром до 0,5 см, рухомі, безболісні, не спаяні між собою і з оточуючими тканинами. Печінка +3 см. На 13-й день у дитини на ЕКГ зафіксований епізод пароксизмальної тахікардії.

За результатами проведених досліджень в зіві виявлене зростання гемолітичного стрептокока, *St. Aureus* та грибів роду *Candida*. *ЕХО КГ* – має місце аневризматичне випинання лівої коронарної артерії до 1,5 мм за даними сканування в області *bulbus aortae*.

На підставі клініки захворювання, динаміки на тлі проведеної терапії, даних лабораторних аналізів хворому поставлений діагноз: Хвороба Кавасаки.

Висновки: ураження шкіри та слизових оболонок супроводжують більшість інфекційних захворювань і відіграють провідну роль під час встановлення діагнозу. Тому, відповідальність за хвору дитину вимагає від лікаря негайного прийняття рішення, особливо це стосується інфекційних захворювань, які супроводжуються висипкою на шкірі та енантемою на слизовій оболонці порожнини рота.

Ключові слова: енантема, висип, слизові оболонки, ротова порожнина, інфекційні захворювання, діти.

ЧИ ВАРТО ЗАСТОСОВУВАТИ МЕТОД ДИХАННЯ ЗА БУТЕЙКОМ У ДІТЕЙ З АСТМОЮ?

Слюзар З.Л.

Кафедра педіатрії №2

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Беш Л.В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
м.Львів, Україна*

Вступ: бронхіальна астма – це хронічне захворювання, на яке страждає понад 300 млн людей у всьому світі згідно з даними ВОЗ. Доведено, що бронхіальна астма може бути діагностована в будь-якому віці, однак найчастіше вона дебютує в дитинстві. Серед дитячого населення частота складає 5-10%, у деяких країнах досягає 37,6%. Найбільша поширеність астми реєструється в шкільному віці, причому частіше хворіють мешканці міста (відповідно 7,1 та 5,7 %). Бронхіальна астма – хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, належить до гетерогенних захворювань. Астма суттєво знижує якість життя пацієнтів, оскільки вона не лише впливає на фізичні, психічні та соціальні аспекти життя хворого, але й морально і фінансово виснажує всіх членів його сім'ї.

Метою лікування бронхіальної астми є контроль над захворюванням. Медикаментозне лікування є необхідне для контролю прогресування захворювання, до патогенетичного лікування астми належить алерген-специфічна імунотерапія. Поряд

з тим, існують ще рекомендовані немедикаментозні методи лікування бронхіальної астми, одним з яких є метод дихання за Бутейком і він може бути використаний додатково. Однак, попри наявність рекомендацій у наукових джерелах, використання даного методу у пацієнтів з астмою на сьогодні залишається дуже обмеженим.

Огляд: в результаті проведеного огляду літератури можна стверджувати, що деякі дослідження демонструють, що метод дихання за Бутейком дозволяє покращити якість життя у пацієнтів з бронхіальною астмою, а також, зменшити застосування інгаляційних бронхолітиків та інгаляційних кортикостероїдів. Водночас не знайдено досліджень, які б доводили зміну реакції бронхів при використанні методу дихання за Бутейком у пацієнтів з астмою. На даний час ще проводиться великий систематичний огляд та метааналіз для оцінки ефективності дихання за Бутейком у дітей та дорослих з астмою, що аналізує методіку дихання за Бутейком за такими показниками результатів: якість життя, симптоми астми, побічні ефекти і явища, фізіологічні показники, запалення дихальних шляхів, симптоми гіпервентиляції та показники психічного здоров'я. Метод дихання за Бутейком це культура дихання при якій контроль дихання рекомендується внести у своє повсякденне життя. Застосовують тренування дихання і техніки затримки дихання. Акцентується увага на важливості носового дихання, зменшення глибини та частоти дихання, ритму та швидкості дихання, контроль дихання під час розмови та фізичних навантажень. По суті, даний метод наголошує на важливості носового дихання та усунення хронічної гіпервентиляції легень.

Висновки: отже, отримані на сьогодні дані доводять ефективність застосування методу дихання за Бутейком у пацієнтів з астмою і може використовуватись додатково поряд з фармакотерапією.

Ключові слова: бронхіальна астма, огляд, дихання за Бутейком, лікування, діти

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ В УМОВАХ ВІЙНИ

Тарнавська О. В.

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

*Директор інституту: д.псих.наук, професор, дійсний член-академік НАПН України Максименко С. Д.
м.Київ, Україна*

Мета: головною метою психологічної підтримки дітей є допомога в подоланні травматичного досвіду, спричиненого війною.

Матеріали і методи: війна - це страшне випробування, як для дітей, так і для дорослих. Фізичні рани отримали не всі, але психологічні рани торкнулися кожного українця. Відомо, що тілесний біль триває лише в теперішньому часі, а душевний біль розповсюджується на минуле (почуття провини) та майбутнє (страх). На щастя, ми створені природою так, що рани загоюються, але це не означає, що пережите можна забути, а означає, що можна пам'ятати і жити далі, відраджувавшись і ставати сильнішими.

У дітей через стрес, спричинений війною, похитнулася базова потреба в безпеці, в захищеності, базова ілюзія про те, що «ми живемо у справедливому світі, де кожен отримує те, на що заслуговує». В таких умовах у дітей формуються психологічні «новоутворення»: віктимність (відчуття себе жертвою); формування «образу ворога» (нетерпимість до іншого погляду, іншої людини). Війна стала каталізатором таких емоцій та почуттів, як страх, гнів, сум, тривога, безпорадність, розпач...

У цьому контексті актуальними є напрямки психологічної підтримки дітей, які спрямовані на подолання неконструктивних стереотипів поведінки, формування поведінки, орієнтованої на співробітництво; відреагування особистісного травматичного досвіду; зрозуміння власних емоцій; розвитку блокованих травматичним досвідом пізнавальних функцій (концентрації уваги, пам'яті, творчого мислення); корекції уявлень про світ та своє місце в ньому; на надання можливості дітям усвідомити такі загальнолюдські цінності, як любов, дружба, прощення, толерантність; на створення безпечної атмосфери, яка сприятиме розвитку самосвідомості, самоповаги та адекватної самооцінки дитини. Це потребує, з одного боку, мобілізації внутрішніх ресурсів дітей, з іншого боку, мобілізацію внутрішніх ресурсів батьків. Адже, емоційна підтримка, спокій та стійкість батьків може бути буфером проти реальних проблем.

Як відомо, однією з сучасних тенденцій надання психологічної допомоги є взаємозбагачення, синергетична взаємодія різних напрямів, підходів. Ми бачимо доречним такий підхід у поєднанні позитивної психотерапії Пезешкіана, яка наголошує на цілісному баченні життя людини (холістичний підхід), оптимістичному сприйнятті її природи (позитивна концепція ресурсів, здібностей і потенціалу особистості) та єдності і різноманітні проявів тіла, душі і духа (Пезешкіан, 2006) з іншими методами, зокрема, з арт-терапії, враховуючи те, що сам по-собі оптимізм невзможливо позбавити від депресії, невдач, поганого самопочуття. При цьому ми орієнтувалися на шестифакторну модель BASIK Ph Мулі Лаада, яка включає залучення ресурсів (уяви, фантазії, творчості, віри, почуттів, фізичних відчуттів, раціонального осмислення подій, спілкування і підтримки оточення дитини) для подолання стресових ситуацій. Програма побудована за принципами, запропонованими Удо Баером: вирішальним фактором у виборі методик та прийомів роботи є не рамки тієї чи іншої теорії, а самі клієнти та терапевтичні відносини та фази їхнього розвитку; спілкування, обміну думками з іншими, живий контакт та підтримуючий супровід; перетворення неусвідомлюваних регідних патернів поведінки, почуттів, думок у зовнішній образ за допомогою ізотерапії. Саме під час війни ми вважаємо доцільним використання творчих психотерапевтичних методик У. Баєра. Наприклад, «Картина у рамці», ідея якої полягає в тому, що негативні почуття (страх, сум, гнів, відчай...), яких занадто багато, потребують обмеження, тобто, їх можна помістити у «рамку» надійності та безпеки, довіри та захисту; «Зірка почуттів», метою якої є привернути увагу клієнта до власних почуттів, складаючи пари протилежних саме для нього почуттів, що дозволяє віднайти автентичний шлях до розуміння та прийняття себе.

Результати: нами створена в мирний час та адаптована в реаліях сьогодення програма психологічної допомоги «Наші ліки музика, сміх, творчість» з елементами музикотерапії, ізотерапії, гелотології, в якій ми використали ідею Мартина Селігмана про навчання гнучкому оптимізму, як інструменту, який допомагає особистості досягнути цілей, які вони поставили перед собою, враховуючи те, що сам по-собі оптимізм невзможливо позбавити від депресії, невдач, поганого самопочуття. При цьому ми орієнтувалися на шестифакторну модель BASIK Ph Мулі Лаада, яка включає залучення ресурсів (уяви, фантазії, творчості, віри, почуттів, фізичних відчуттів, раціонального осмислення подій, спілкування і підтримки оточення дитини) для подолання стресових ситуацій. Програма побудована за принципами, запропонованими Удо Баером: вирішальним фактором у виборі методик та прийомів роботи є не рамки тієї чи іншої теорії, а самі клієнти та терапевтичні відносини та фази їхнього розвитку; спілкування, обміну думками з іншими, живий контакт та підтримуючий супровід; перетворення неусвідомлюваних регідних патернів поведінки, почуттів, думок у зовнішній образ за допомогою ізотерапії. Саме під час війни ми вважаємо доцільним використання творчих психотерапевтичних методик У. Баєра. Наприклад, «Картина у рамці», ідея якої полягає в тому, що негативні почуття (страх, сум, гнів, відчай...), яких занадто багато, потребують обмеження, тобто, їх можна помістити у «рамку» надійності та безпеки, довіри та захисту; «Зірка почуттів», метою якої є привернути увагу клієнта до власних почуттів, складаючи пари протилежних саме для нього почуттів, що дозволяє віднайти автентичний шлях до розуміння та прийняття себе.

В успішній психологічній підтримці дітей важливе місце займає робота з батьками, яка направлена як на знаходження їх власних внутрішніх ресурсів, переробку власного травматичного досвіду та розвитку стресостійкості, так і на розвиток навичок та умінь ефективної комунікації з дитиною, кращого розуміння її внутрішнього світу. У контексті нашої програми психологічна допомога батькам надавалася у формі консультацій та семінару з елементами тренінгу. Мова йшла, зокрема, про важливість налагодження довірливих стосунків, нормалізації режиму сну, харчової поведінки, про зменшення до мінімуму контакту з гаджетами, так як вони нав'язують свої небезпечні образи та підсилюють тривогу.

Висновки: у контексті психологічної підтримки дітей в умовах війни, яка потребує мобілізації внутрішніх ресурсів як дітей так і їх батьків, використання позитивної психотерапії у поєднанні з терапією творчістю є корисною для подолання травматичного досвіду.

Ключові слова: психологічна допомога, діти, батьки, внутрішні ресурси, почуття, творчість.

ГЕНЕТИКА ЗАТРИМКИ ПСИХО-НЕВРОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

Турова Л.О.

Кафедра клінічної імунології, алергології з секцією медичної генетики
Завідувач кафедрою д.мнд.н., професор Курченко А.І.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м.Київ, Україна

Вступ: генетичні розлади із затримкою психо-неврологічного розвитку є основною причиною дитячої інвалідності як у світі, так і в Україні. Проте, комплексне дослідження генетичних причин цієї патології ніколи не проводилося в нашій країні, оскільки діагностичні тести на основі NGS стали доступними в країні лише нещодавно, хоча сучасна медицина активно розвивається у напрямку персоналізованої діагностики та лікування на основі комплексного генетичного та метаболічного скринінгу. Для кращого розуміння патогенезу будь-якої патології, особливо психо-неврологічної, необхідні особливості молекулярно-генетичної складової.

Мета: саме тому на основі сучасних молекулярно-генетичних досліджень ДНК панелей WES та NGS у 417 дітей із затримкою психо-неврологічного розвитку комплексно проаналізована діагностична ефективність методу та описані характеристики мутацій, виявлених у цій когорті, і порівняна їх частота у здоровій когорті Української популяції.

Матеріали і методи: в роботі були використані клініко-генеалогічний, синдромологічний молекулярно-цитогенетичний аналіз та секвенування геному.

Проведений аналіз генетичного портрету WES або панель розладів нервової системи (Invitae corporation, 1400, 16th street, San Francisco, USA). Панель нейророзвитку NGS і секвенування Exome. Панель розладів нервової системи (NDD) включала 1813 генів. Згідно з протоколом Invitae, усі зразки крові та слини пройшли подвійну перевірку за візуальними ідентифікаторами (ID, стаття) та статтю, визначеною шляхом секвенування. Для панелі нейророзвитку геномна ДНК із поданих зразків була вилучена та збагачена для цільових регіонів за допомогою протоколу на основі гібридизації. Усі цільові регіони були секвенувані з більш ніж 50-кратним покриттям або доповнені секвенуванням Сенгера або додатковим аналізом у деяких випадках.

Секвенування екзома включало близько 18000 генів (<https://www.invitae.com/en/providers/test-catalog/test-80001>). Для WES ДНК-бібліотеки готували методом без ПЛР. Протокол секвенування стверджує, що точність виявлення становить 99%, використовуючи охоплення > 35x у звітному діапазоні з 99,5% регіонів вище 20x. Зчитування картування було виконано для еталонного геному людини GRCh37. Для інтерпретації зміни послідовності у форматі позиції гена використовували єдиний клінічно значущий транскрипт. Збагачені області включали кодуєчу послідовність, сусідню інтронну послідовність із 20 пар основ та інші геномні області, які, як повідомляється, є причиною захворювань (<https://www.invitae.com/en/provider-faqs/tech-and-quality>).

Аналіз геномних даних. Була складена таблиця зареєстрованих варіантів для кожної особи та перехресно перевірені їхні геномні позиції для еталонного геному людини GRCh38 за допомогою запису варіантів ENSEMBL (<https://useast.ensembl.org/info/docs/tools/vep/recoder/index.html>). Проведений детальний пошук зареєстрованих патогенних (P) або ймовірно патогенних (LP) мутацій за допомогою баз даних Clinvar (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/clinvar/>) і Omim (<https://omim.org>). Клінічну картину оцінювали разом із генетичними даними, щоб визначити передбачувані причинні варіанти. Якщо в індивідуума були присутні відомі варіанти, узгоджені з клінічною картиною, то молекулярний діагноз вважався остаточним: зокрема, варіант P/LP, присутній у гені, пов'язаному з аутосомно-домінантним або X-зчепленим успадкуванням; два варіанти P/LP в одному гені або один гомозиготний варіант, пов'язаний з аутосомно-рецесивним станом.

Була проведена додаткова анотація прогнозування ефекту для варіантів невизначеного значення (VUS) за допомогою оцінки CADD, PolyPhen та оцінили їх частоту в даній когорті та когорті здорових людей з України: у 97 опублікованих даних WGS (7) та 150 неопублікованих цілих геномах із транскрипційної співпраці проект «Партнерство для геномних досліджень в Україні та Румунії» (<https://genomes.uzhnu.edu.ua>).

Результати: нам вдалося визначити остаточний молекулярний діагноз у 70 (16,8%) осіб. Більшість відомих діагностованих станів успадковувалися за типом AD (75,5%). Великі варіації кількості копій (CNV), що охоплюють кілька генів, спостерігалися у 9 осіб (13,04%). Хромосома 15 найбільше постраждала від цих типів мутацій. Найбільш часто діагностованим станом одного гена був синдром Ретта (5 випадків викликали однонуклеотидні варіанти (SNV) або малі інделі). Серед інших діагнозів у 2 осіб спостерігалося 15 різних станів, всі інші захворювання були поодинокими. Переважаючою групою захворювань, зумовлених різними мутациями генами, були енцефалопатії розвитку та епілептичні енцефалопатії (тип 2, 4, 7, 11, 14, 32), які характеризуються тяжкою епілепсією та затримкою розвитку (загалом 11 випадків).. Середній вік \pm SD на момент молекулярної діагностики становив $6,23 \pm 2,4$ року. Недіагностичні (VUS та носійство) та негативні результати (без P/LP/VUS) були виявлені у 73,4 (75,1%) та 13 (3,1%) осіб відповідно, що потребують більш глибокої генетико-діагностичної інтерпретації з порівнянням проявів генотип-фенотип з урахуванням проявів коморбідної патології на яку впливало носійство VUS з клінічною маніфестацією.

Висновок: кожна патологія має свій генетичний та метаболічний портрет. У пацієнтів із затримкою психо-неврологічного розвитку, зростає тяжкість основного захворювання та погіршується прогноз, що необхідно враховувати при діагностиці та лікуванні. Важливо розробити оптимальну стратегію менеджменту та мультидисциплінарний підхід стосовно коморбідної патології у даної когорти пацієнтів.

Ключові слова: генетичні розлади, психо-неврологічний розвиток, метаболічний портрет

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМИ ХРОНІЧНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Хоменко Л.О., Остапко О.І., Голубєва І.М., Сороченко Г.В.

Кафедра дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Савичук О.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Вступ: хвороби пародонту характеризуються високою розповсюдженістю як серед дорослого, так і серед дитячого населення багатьох країн світу, тому на сьогодні вони становлять надзвичайно актуальну проблему сучасної стоматології. Ураження тканин пародонту розпочинається в дитячому віці. Найбільш розповсюдженим серед дітей і підлітків є хронічний катаральний гінгівіт, поширеність якого серед дітей і підлітків дорівнює 60-80%, сягаючи в окремих регіонах 90-100% (Хоменко Л.О. і співав., 2022). Розвитку хронічного запального процесу в яснах сприяє наявність супутніх хронічних захворювань внутрішніх органів і систем у дитини. Змінюючи імунний статус організму, вони послаблюють захисний бар'єр зубоясенної борозни і ротової рідини, що призводить до більш інтенсивного ураження тканин пародонту патологічним процесом.

Мета: дослідити стан тканин пародонту і провести його порівняльну оцінку у дітей із різними супутніми хронічними захворюваннями.

Матеріали і методи: проведено стоматологічне обстеження 45 дітей віком 15-16 років, які знаходилися на лікуванні і перебували під наглядом у ДКЛ № 8 м. Києва. Діти були розподілені на 2 групи: I група – 25 дітей із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ХЗ ШКТ) (хронічний гастрит, хронічний гастродуоденіт з підвищеним типом секреції); II група – 20 дітей з патологією ЛОР-органів (хронічний тонзиліт, хронічний фарингіт). Контрольну (III групу) було сформовано з 15 практично здорових дітей без хронічних супутніх захворювань. Діагноз основного захворювання ставили лікарі-педіатр на підставі даних анамнезу, клінічної картини захворювання, результатів лабораторних та інструментальних методів досліджень. Тривалість основного захворювання становила від 3 до 5 років.

Стан тканин пародонту оцінювали візуально, звертаючи увагу на колір, рельєф і консистенцію слизової оболонки ясен, а також за допомогою пародонтальних індексів –РМА та СРІ. Індекс РМА вираховували з метою оцінки ступеню тяжкості хронічного катарального гінгівіту. Для визначення індексу СРІ, рекомендованого ВООЗ, проводили пародонтальне зондування в ділянці індексних 16, 11, 26, 36, 31, 46 зубів, при цьому оцінювали наявність кровоточивості ясен, зубного каменю і глибини зондування. Реєстрували кількість уражених секстантів у однієї дитини. Статистичну обробку результатів за допомогою комп'ютера та програми EXCEL.

Результати: встановлено високі показники розповсюдженості захворювань тканин пародонту у 15-16 річних дітей як з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (I група, 98%), так і ЛОР-органів (II група, 96%). У практично здорових обстежених цей показник був достовірно нижчим (III група, 83%). У дітей всіх груп найчастіше діагностували хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ), в окремих випадках – в стадії загострення. У частини дітей було виявлено генералізований пародонтит (ГП). Привертає увагу достовірно вища поширеність ГП у дітей із хронічними супутніми захворюваннями: ХЗ ШКТ – 15% та захворюваннями ЛОР-органів (12%), що достовірно перевищує аналогічний показник у практично здорових дітей – 5%, ($p \leq 0,05$).

У дітей із хронічними супутніми захворюваннями ХКГ характеризувався більш тяжким перебігом порівняно з практично здоровими дітьми. У дітей як з ХЗ ШКТ, так і патологією ЛОР-органів переважав середній ступінь тяжкості ХКГ – 64% і 55% відповідно. Водночас серед практично здорових обстежених питома вага середнього ступеня тяжкості запального процесу в яснах була достовірно нижчою – 31% ($p \leq 0,05$). Значення індексу РМА у дітей з ХЗ ШКТ при середньому ступеню тяжкості ХКГ дорівнювало $43,2 \pm 0,9\%$, а з патологією ЛОР-органів – $38,4 \pm 0,7\%$, що свідчить про генералізований характер запального процесу в яснах.

Розповсюдженість легкого ступеню ХКГ виявилася достовірно нижчою як серед дітей із ХЗ ШКТ – 36% ($p \leq 0,05$), так і серед обстежених із патологією ЛОР-органів – 45% ($p \leq 0,05$). Середнє значення індексу РМА при легкому ступеню тяжкості ХКГ в I групі становило $28 \pm 0,7\%$, а в II групі – $23 \pm 0,5\%$, що достовірно нижче, ніж при середньому ступеню тяжкості ХКГ ($p \leq 0,05$). Серед практично здорових дітей переважав легкий ступінь тяжкості ХКГ (69%), при цьому середнє значення індексу РМА не перевищувало $17 \pm 0,6\%$, ($p \leq 0,05$).

При визначенні комунального пародонтального індексу (СРІ) було встановлено, що кількість уражених секстантів на одного обстеженого в I групі складала $5,5 \pm 0,3$, а в II групі – $4,8 \pm 0,4$, що відповідно до оцінювальних критеріїв ВООЗ розцінюється як «високий» показник. В контрольній групі серед практично здорових дітей цей показник виявився достовірно нижчим – $3,2 \pm 0,2$ ($p \leq 0,05$). У дітей всіх груп під час визначення індексу СРІ було виявлено зубний камінь: у пацієнтів із ХЗ ШКТ середня кількість секстантів з зубним каменем дорівнювала $3,9 \pm 0,4$, у осіб із патологією ЛОР-органів – $3,6 \pm 0,3$, в групі практично здорових обстежених – $2,5 \pm 0,6$. Несприятливим в прогностичному плані є наявність у дітей 15-16 річного віку пародонтальних кишень – однієї з провідних ознак пародонтиту – запально-деструктивного процесу, що супроводжується руйнуванням всіх тканин пародонта. В групі дітей із ХЗ ШКТ середня кількість секстантів з пародонтальними кишнями

становила $1,6 \pm 0,2$, у дітей із ЛОР-патологією – $1,4 \pm 0,6$. Серед практично здорових дітей цей показник виявився достовірно нижчим – $0,5 \pm 0,1$ ($p \leq 0,05$).

Висновки: у дітей із хронічними захворюваннями внутрішніх органів встановлено високі показники розповсюдженості (96 – 98%) та інтенсивності (в середньому 4,8 – 5,5 уражених секстантів) хвороб тканин пародонту порівняно з практично здоровими дітьми без хронічної супутньої патології. У дітей з ХЗ ШКТ показники ураження тканин пародонту виявилися дещо вищими, ніж у дітей з ЛОР-патологією, хоча достовірних відмінностей для більшості показників встановлено не було.

Хронічні супутні захворювання у дітей обтяжують перебіг захворювань тканин пародонту та сприяють більш швидкому їх прогресуванню, про що свідчить переважання середнього ступеню тяжкості ХКГ (55 – 64%) в обох групах обстежених та достовірно вищі показники поширеності генералізованого пародонтиту (12 – 15%) порівняно з практично здоровими дітьми.

Діти з хронічними захворюваннями внутрішніх органів становлять групу ризику щодо раннього розвитку генералізованого пародонтиту, тому вони повинні перебувати під постійним наглядом лікаря-стоматолога. Моніторинг стоматологічного статусу має проводитися щонайменше двічі на рік із проведенням необхідних лікувально-профілактичних заходів для попередження прогресування запальних та запально-деструктивних змін у тканинах пародонта.

Ключові слова: гінгівіт, діти, пародонтит, соматичні захворювання.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ ТЕРАПІЇ МИСТЕЦТВОМ У ДІТЕЙ ПРИ АСТЕНІЧНОМУ СИНДРОМУ У ВІЙСЬКОВИЙ ЧАС

Владимиров О.А., Чумак Ю.Ю., Волгіна Л.М., Владимірова Н. І., Куртян Т.В.

*Кафедра фізичної та реабілітаційної медицини і спортивної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Владиміров О.А.*

*Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика.
м. Київ, Україна,*

Вступ: особливості життя в умовах військового часу змушує дорослих та дітей перебувати в стані постійного емоційного напруження, викликаючи паніку, агресію, страх, тривогу, почуття відчаю та приреченості. Навантаження, що покладаються на людський організм, часто перевищує її резервні можливості та сприяє зростанню випадків звернення пацієнтів з астеничним синдромом. В Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) цей синдром описаний в різних рубриках класів, що свідчить про різну етіологію захворювання (F; G; R; T; Z) та вказує на поширеність в різних сферах охорони здоров'я.

Мета: розробка методів терапії мистецтвом для психологічного відновлення пацієнтів з психо-астеничним синдромом.

Матеріали і методи: автори цього дослідження спостерігали випадки психогенної астенії у дорослих та дітей, які звернулись до лікаря зі скаргами, що відповідали клініко-етіологічному визначенню «психоастенія». Методом шкалування оцінювали вираженість симптомів та динаміку їх змін після реабілітації. Напрямок мистецтва для реабілітації проводили по ведучим репрезентативним модальностям пацієнта (Р. Бендлер) з урахування компенсації наближення до цілісного сприйняття (Апанесенко Г.Л., Попова Л.О). Додатково оцінювали стан учасників інтерв'юванням та спостереженням за поставою і виразом обличчя.

Результати: за 6 місяців в дослідженні приймали участь всього 49 осіб, розподіл нерівномірний за статтю та віком. За 10 бальною шкалою оцінювали початковий стан відчуттям тону, радості від життя та бажанням прагнути вдосконалення: 32 особи (58%) - на 2 бали, 11 осіб (35%) - на 1 бал, та 5 осіб (7%) - на 3 бали. Крім того пацієнтам пропонувалось вказати бажаний, тобто очікуваний, рівень тону і позитивного настрою після реабілітації: 30 пацієнтів (88%) бажали досягнути рівня тону на 8 балів, 11 особи (4%) очікували рівень на 7 балів, і 8 пацієнтів (8%) прагнули почувати себе на виході терапії на 9 балів. На підготовчому діагностичному етапі експертним методом було встановлено провідна та одна доповнююча перцептивні субмодальності пацієнтів. Найчастіше в групі була комбінація: провідна зорова з аудіальною модальностями - 67%. Наступна за частотою комбінація 27% - зорова з сенсорною, у решти учасників комбінації розподілились між аудіально сенсорною та сенсорно-аудіальною. Терапевтичний вплив мистецтвом підбирався до провідних перцептивних модальностей пацієнтів, як моно-модальний, так і бімодальний. Для пацієнтів категорії зорова-аудіальної модальності спостереження витворів мистецтва супроводжувалось прослуховуванням спеціально підібраних музичних творів, казкотерапія. Для пацієнтів з провідними аудіо-сенсорною і сенсорно-аудіальною модальностями пропонувалась танцювально-рухова терапія під відповідно підібрані музичні фрагменти та драматерапія. Пацієнти із переважанням зорової модальності занурювались в милування витворами мистецтва, процесом малювання різними техніками, піскової терапії, кольоротерапії та мандалотерапії. В середньому кожен пацієнт, будь то дорослий чи дитина, отримав від 5 до 7 занять. Протягом реабілітації у пацієнтів серйозних порушень соматичного здоров'я та психологічних потрясінь не спостерігалось. Всі пацієнти досягли або перевершили свої очікування (відповідно 80% і 20%). Найбільш суб'єктивними ознаками відмічалась група пацієнтів з аудіосенсорними і сенсорно-аудіальними модальностями сприйняття незалежно від віку. Результати оцінювання пацієнтів по шкалам підтверджувались спостереженням за виразом обличчя та поставою та позитивними змінами поведінки.

Висновки:

- 1) Інтегрування методів терапії мистецтва у повсякденне життя людини допомагає самостійно збалансувати власний тонус, покращити якість життя та сприяє усуненню симптоматики астенії в умовах військового часу незалежно від віку та статі.
- 2) З урахуванням провідних перцептивних модальностей посилюється реабілітаційний терапевтичний вплив терапії мистецтва.
- 3) Терапевтична дія мистецтва допомагає пацієнтам покращити самооцінку стану та інтегрувати їх в подальше життя.
- 4) Терапія мистецтвом може бути рекомендована, як самостійний так і доповнюючий метод реабілітації та оздоровлення дітей та дорослих.

Ключові слова: реабілітація, оздоровлення, терапія мистецтвом.

ЧАСТОТА ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Руденко С.М., Промська Н.В., Кравцова О.М.

*Державна установа «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України»,
Завідуюча відділенням дитячої пульмонології та алергології, дмед. наук, старший науковий співробітник Речкіна О.О
м.Київ, Україна*

Вступ: В 2019 році вперше було ідентифіковано новий штам коронавірусу людини SARS-CoV-2, а вже на початку 2020 року міжнародні організації оголосили COVID-19 пандемією глобального масштабу. За даними статистики до 5 % від всіх ідентифікованих випадків захворювання на COVID-19 становили діти.

Перебіг захворювання COVID-19 у дітей зазвичай мав легкий перебіг чи взагалі протікав безсимптомно. Після перенесеної інфекції COVID-19 у частини пацієнтів зберігалися симптоми, пов'язані з хворобою, через декілька місяців по закінченню гострого епізоду. Даний стан почали називати «синдром тривалого COVID-19» чи так званий «постковідний синдром». Дані прояви характеризуються стійкими симптомами, що виникають під час хвороби та тривають більше 12 тижнів. Розвиток постковідного синдрому пов'язують із залишковим запальним процесом, пошкодженням органів, неспецифічними наслідками госпіталізації та соціальної ізоляції. Хоча основна частина дітей, хворих на COVID-19, видужує за короткий період часу, у частини дітей може відмічатися збереження тривалих симптомів. Дані щодо довгострокового впливу COVID-19 та частоти розвитку постковідного синдрому у дітей ще потребують уточнення, особливо у пацієнтів із супутніми захворюваннями органів дихання.

Мета: визначити частоту розвитку постковідного синдрому у дітей, хворих на бронхіальну астму.

Матеріали та методи: для встановлення частоти постковідного синдрому у дітей з бронхіальною астмою було проведено анкетування 30 пацієнтів, що перенесли легкий чи безсимптомний COVID-19. Обов'язковою умовою включення в дослідження було підтвердження діагнозу COVID-19 одним із доступних тестів. Середній вік обстежених дітей був $10,3 \pm 0,7$ роки. Дослідження проведено за кошти держбюджету.

Результати: згідно отриманих даних у 23,0 % обстежених дітей COVID-19 протікав безсимптомно. Кашель був основним проявом в гострий період COVID-19 та проявився у 67,0 % хворих дітей. Катаральні явища зафіксовано у 60,0 % обстежених, лихоманка відмічалася у 57,0 % пацієнтів, головний біль відмічали 27,0 % дітей в гострому періоді COVID-19. Враження шлунково-кишкового тракту, що включали нудоту, блювання, біль в животі та діарею, відмічалися у 17,0 % пацієнтів. При аналізі симптомів, що зберігалися більше 12 тижнів, виявлено збереження загальної слабкості у 10,0 % обстежених дітей, збереження тривалого кашлю відмічалася у 7,0 % пацієнтів, скарги на періодичний головний біль зафіксовано у 3,0 % дітей. Загалом симптоми, що тривали більше 12 тижнів та були ідентифіковані як постковідний синдром, виявлено у 13,0 % обстежених дітей. При цьому не відмічено у жодної дитини втрати контролю за перебігом основного захворювання.

Висновки: отримані дані свідчать, що COVID-19 значно не впливав на короточасний контроль бронхіальної астми та не був фактором ризику важкого перебігу COVID-19 у дітей. Незважаючи на легкий перебіг COVID-19 у дітей може мати довгострокові прояви у вигляді постковідного синдрому у 13,0 % пацієнтів з бронхіальною астмою. Отримані попередні дані потребують подальшого дослідження.

Ключові слова: астма, візінг, захворювання органів дихання, тривалі симптоми, наслідки COVID-19.

ОСОБЛИВОСТІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З КОАРКТАЦІЄЮ АОРТИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Хапченкова Д.С., Сенаторова Г.С.

*Кафедра педіатрії №1 та неонатології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гончарь М.О.
Харківський національний медичний університет
м.Харків, Україна*

Вступ: коарктація аорти - вроджена аномалія серця, яка в сучасній кардіохірургії розглядається як складова загальної системної васкулопатії. Тому хірургічна корекція є тільки першою ланкою лікування дітей з даною патологією. Зазначена група пацієнтів пожиттєво потребує кваліфікованого мультидисциплінарного спостереження та індивідуального підходу для кожного пацієнта.

Мета: удосконалення післяопераційного спостереження дітей з коарктацією аорти. Матеріали і методи: клініко-інструментальні, лабораторні, гістологічні, статистичні. Результати: на основі даних катамнезу 87 дітей з коарктацією аорти (КоА) до операційного втручання (супутні серцево-судинні та соматичні захворювання, особливості перебігу та клінічних проявів вади у різних вікових групах, вихідні показники систолічного і діастолічного артеріального тиску, гіпертрофія лівого шлуночка) розроблена та впроваджена індивідуальна карта спостереження пацієнта, яка включає основні положення для динамічного спостереження даної категорії пацієнтів та яку доцільно заповнювати під час відвідування у лікаря. У 70,8 % випадків дітей з КоА цифри артеріального тиску (АТ) діастолічного відповідали гіпотензії, цифри систолічного артеріального тиску у 15 пацієнтів (62,5 %) були характерні для гіпертензії, нормальні показники констатовано у 9 пацієнтів (37,5 %). Індекси «навантаження тиском» систолічного і діастолічного АТ характерні для стабільної артеріальної гіпертензії (СТАГ) отримані у 6 дітей (25,0 %), для лабільної гіпертензії (ЛАГ) - у 10 підлітків (41,6 %), нормальні показники індексу «навантаження тиском» були діагностовані у 8 пацієнтів (33,0 %). При оцінці та аналізі циркадної організації добового профілю АТ у пацієнтів основної та контрольної групи виявлена розбіжність ступеня нічного зниження АТ. У дітей основної групи показники добового індек-

су систолічного АТ в 66,7 % випадків відповідали показникам «dipper», у 33,3 % пацієнтів - « non-dipper». Добовий індекс діастолічного АТ у осіб основної групи у 50,0 % дітей коливався в межах 10-20 %, 33,3 % - склали групу «non-dipper», а 16,7 % - групу «over-dipper». 90,0 % пацієнтів контрольної групи за показниками добового індексу систолічного АТ та 85,0 % за показниками діастолічного АТ склали групу «dipper». При оцінці варіабельності АТ констатована достовірна розбіжність стандартного відхилення таких показників як: середньодобовий рівень діастолічного АТ (62,5 (55; 75)), денний діастолічний АТ (72,5 (57; 78,5)), збільшення циркадного індексу систолічного АТ (16 (11,5; 17)). Зазначені дані доводять значущість добового моніторингу АТ в доклінічній діагностиці артеріальної гіпертензії в післяопераційному періоді. У 61 пацієнта (основну групу склали 46 дітей з підвищеним АТ: 17 дітей зі СтАГ, 29 - з ЛАГ і контрольну - 15 практично здорових дітей віком від 12 до 17 років) вивчено рівень нітриту (NO), як маркер ендотеліальної дисфункції. Встановлено, що в групі дітей зі СтАГ показники NO констатовано на рівні $3,74 \pm 0,79$ мкмоль / л, а з лабільною $4,44 \pm 0,80$ мкмоль/л, тобто підгрупи за вмістом NO достовірно відрізнялися між собою ($t = 2,91$; $p < 0,01$) та від значень контрольної групи: зі СтАГ ($t = -6,72$; $p < 0,001$) і ЛАГ ($t = -4,41$; $p < 0,001$). Для оцінки зв'язку між рівнем NO і післяопераційним періодом (ПОП) проведений кореляційний аналіз. У загальній групі АТ зв'язок між тривалістю післяопераційного періоду та показником NO був достовірно сильним і негативним ($r = -0,74$; $p < 0,001$); в групі СтАГ зв'язок був ще вищий ($r = -0,84$; $p < 0,001$), в групі ЛАГ кореляція була середньою, але також негативною і достовірною ($r = -0,76$; $p < 0,001$). Щоб оцінити характер залежності NO в крові дітей з АГ від тривалості ПОП було проведено регресійний аналіз та побудована лінійна регресійна модель: $NO = -0,01 * ПОП + 4,99$ Рівень значущості моделі показав високі значення ($p < 0,001$), що говорить про її працездатність та дає можливість визначати індивідуальний план медикаментозного лікування зазначеної когорти пацієнтів. При гістологічному дослідженні 15 коарктаційних ділянок аорти, що були вилучені під час операції, була констатована змінена архітектоніка у всіх шарах, погана візуалізація шарів аорти та слабка виразність ендотелію у всіх препаратах. Суттєві зміни було винайдено в середньому шарі стінки аорти: еластичні волокна виражені слабо, фрагментовані, з хаотичним їх розташуванням, у вигляді «пасм волосся», діагностовані великі за розміром фокуси некрозу гладком'язових клітин, колагенових та еластичних волокон. Виявлено явища ангіоматозу середнього та зовнішнього шару стінки аорти з утворенням тонкостінних дрібних судин за капілярним типом. У всіх біоптатах відзначено ділянки спустошення клітин та волокон середнього шару з утворенням кистоподібних структур, діагностовано набряк, витончення всіх шарів аорти, у п'яти біоптатах виявлено гіпоеластоз та фокуси анеластику. Отримані дані доцільно розглядати як маркери прогнозування пізніх післяопераційних ускладнень. У 56 пацієнтів в післяопераційному періоді проведена оцінка якості життя опитувальником Pediatric Quality of Life Inventory™ 3.0 Cardiac Module (PedsQL Cardiac Module). Встановлено фактори зниження якості життя пацієнтів після оперативного лікування коарктації у вигляді підвищеного артеріального тиску, обмеження фізичної активності, необхідності тривалого контролю за станом здоров'я, зниження когнітивних та комунікативних здібностей.

Висновки: створена індивідуальна карта пацієнта з коарктацією аорти, показники добового моніторингу артеріального тиску та рівень оксиду азоту в післяопераційному періоді, особливості гістологічної будови стінки аорти, показники якості життя після оперативного лікування допоможуть індивідуалізувати тактику ведення дітей з коарктацією аорти на всіх етапах пожиттєвого спостереження.

Ключові слова: васкулопатія, гіпертензія, ендотеліальна дисфункція, якість життя.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВАЗОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ГІПОТАЛАМІЧНИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ

Шлімкевич І.В., Іванишин Л.Я., Волосянко А.Б., Жиляк О.В., Дутчук О.В.

Кафедра педіатрії

Завідувач кафедри: д.м.н., професор Волосянко А.Б.

Івано-Франківський національний медичний університет

м.Івано-Франківськ, Україна

Вступ: Гіпоталамічний синдром пубертатного періоду (ГСПП) – це нейроендокринний синдром, який виникає в пубертатному або постпубертатному періоді внаслідок функціональних ендокринних порушень. У більшості випадків складно з'ясувати його головну причину, оскільки маніфестація часто настає через роки після дії причинного фактора. Останнім часом в Україні поширеність ГСПП зростає удвічі. Враховуючи високу поширеність ГСПП у дитячій популяції, схильність до прогресування, виникнення ускладнень, розвитку мозкових судинних змін, слід надавати великого значення ранній діагностиці початкових порушень та встановленню основних клінічних критеріїв у дітей та підлітків. Гіпоталамічний синдром це комплекс: ендокринних, обмінних, вегетативних розладів, обумовлених патологією гіпоталамуса. Характеризується зміною (частіше збільшенням) маси тіла, головним болем, мінливим настроєм, артеріальною гіпертензією (АГ), порушенням менструального циклу, підвищенням апетиту і спрагою, посиленням або зниженням лібідо. Прогноз залежить від тяжкості ураження гіпоталамуса: від можливості повного одужання до прогресування захворювання.

Мета роботи: визначення ефективності ноотропного препарату вінпоцетин у комплексному лікуванні дітей із ГСПП. Матеріал і методи: обстежено 40 дітей віком 14 – 18 років із ГСПП. Всі обстежені із ГСПП були розподілені наступним чином: 20 дітей отримували стандартну терапію, 20 дітей – окрім стандартної терапії приймали ноотропний препарат метаболічної дії вінпоцетин. Обстеження пацієнтів проводили до та після проведення курсу комплексної терапії. Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакета програм Statistica 5.5A (StatSoft, USA).

Результати: клінічна картина у дітей із ГСПП характеризувалася проявами кардіального, вегетативного, астеноневротичного, судинного синдромів та їх поєднанням. Найбільш частими були скарги на головний біль 75,0%, із переважною локалізацією у висковій та потиличній зоні, що посилювався при нахилах голови, напружуванні, мав ниючий, тиснучий, інколи розпираючий характер із ірадіацією в очні яблука, частіше виникав у другій половині дня. Головокружіння спостерігалось у 20,0%, біль в ділянці серця – у 45,0% пацієнтів із ГСПП. Частіше всього кардіалгії індукувались психоемоційними та фізич-

ними навантаженнями. Шум у вухах мав місце у 72,5%, швидка втомлюваність – у 67,5%, задишка у 37,5% дітей із ГСПП. Метеочутливість виявлена у 75,0% обстежених, практично у всіх пацієнтів відмічалась емоційна лабільність, подразливість, втомлюваність. Погіршення пам'яті мало місце у 70,0%, надмірне почуття відповідальності – у 62,5% пацієнтів. Призначення терапії супроводжувалося синдромами кардіалгічним та цефалгічним у 40,0% дітей із ГСПП ($P=0,99$), відчуття серцебиття – у 25,0% пацієнтів ($P=0,99$). На 30,0% зменшилася частота виникнення задишки ($P=0,99$), на 20,0% – відчуття незадоволення вдихом ($P=0,95$). В результаті призначення зменшилось головокружіння у 25,0%, стабілізувався АТ у 35,0% пацієнтів, хоча ці зміни і не були вірогідними ($P=0,87$; $P=0,89$). Ефективно регресували і прояви психопатичного синдрому: зменшення психо-емоційної лабільності у 35,0% та підвищеної тривожності у 40,0% обстежених ($P=0,93$). Позитивна динаміка відмічалась на тлі покращення самопочуття у 40,0% ($P=0,99$), зниження втомлюваності – у 60,0% пацієнтів ($P=0,99$), які приймали базову терапію. Терапія базова у поєднанні із вінпоцетином супроводжувалося зменшенням тривалості цефалгій у 65,0% ($P=0,99$), нівелюванням кардіалгічного синдрому у 70,0% пацієнтів, відповідно ($P=0,99$). Задишка на емоційне навантаження регресувала – у 50,0% ($P=0,99$), головокружіння – у 60,0% ($P=0,99$), шум і пульсація у вухах – у 60,0% ($P=0,96$), відчуття парестезій – у 65,0% дітей ($P=0,96$), що приймали вінпоцетин. Призначення такого лікування призвело до нормалізації АТ у 60,0% обстежених ($P=0,96$). Так, 55,0% дітей спостерігали зменшення надмірної тривожності ($P=0,98$), 65,0% – нестійкий емоційний стан ($P=0,99$).

Висновки: таким чином, застосування комбінованого медикаментозного підходу із включенням ноотропного препарату вінпоцетин у дітей із ГСПП індукує ефективну корекцію клініко-функціональних зрушень (зменшення цефалгій, головокружіння, шуму і пульсації в голові, лабільності АТ, покращення кровопостачання, нормалізація вегетативної нервової системи, формування стійкості до метеорологічних умов) та оптимізацію церебральної гемодинаміки, що дозволяє рекомендувати його до складу комплексної терапії пацієнтів із ГСПП.

Ключові слова: діти, гіпертензія, кардіалгії, тривожність, артеріальний тиск.

СЕКЦІЯ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

IL-4 IN BLOOD SERUM OF CHILDREN WITH TRANSIENT WHEEZING AND ASTHMA

Andrushchenko V.V.

Scientific supervisor: DMedSc, Professor Makieieva N. I.

Department of Pediatrics No. 2

Head of the department: DMedSc, Professor Makieieva N. I.

Kharkiv National Medical University,

Kharkiv, Ukraine.

Introduction: asthma is one of the global catastrophes of our time. The roots of this problem are ancient and begin in early childhood. The prevalence of asthma is increasing from year to year. Modern medicine remains powerless in the face of this disease. Asthma occupies a leading position among chronic diseases. Recently, one of the leading roles in the regulation of the immune response in the chronic inflammatory process has been assigned to specific mediators — cytokines (interleukins). Interleukin-4 (IL-4) is a key cytokine in the development of allergic inflammation. It causes the proliferation of B-lymphocytes and promotes the increase of IgE secretion, eosinophil transmigration through the endothelium, directs the differentiation of T-lymphocytes into T-helpers of the 2nd type (Th2-helpers).

The aim of the study was to evaluate the levels of IL-4 in the blood serum of children with transient wheezing and patients with asthma.

Materials and methods: 121 children participated in the study. Patients were divided into groups: group 1 — children with transient wheezing (TW) (n = 81), group 2 — children with asthma (n = 15), group 3 — practically healthy children (n = 25).

The examination was carried out in the midst of clinical manifestations (cough, wheezing).

IL-4 levels in blood serum were analyzed by the ELISA method using the commercial Human IL-4 kit «Vector Best-Ukraine». Data analysis was performed using Statsoft Statistica version 8 (Tulsa, OK) and the statistical program MedCalc version 17.2.

Results: kruskal-Wallis test found that the H criterion for the IL-4 level was (H=55.4226; p=0.0000) and it was reliable.

It was established that in children of the first and second groups, at the height of clinical manifestations of wheezing, levels of IL-4 in blood serum increased statistically. It was found that in children of both groups, IL-4 levels in blood serum were increased compared to the control group, and the highest levels were observed in children with asthma (p1-2 =0.0001; p1-control =0.0010; p2-c =0.0000). The ROC analysis established that the IL-4 criterion >15.33 pg/ml has prognostic significance in the formation of asthma in children with recurrent wheezing. It can be considered as a possible predictor of the asthma formation.

Conclusions:

1. IL-4 in blood serum was significantly increased in children with wheezing, and the highest values were found in children who developed asthma.
2. A statistically significant increase in the IL-4 level, involved in the regulation of allergic inflammatory processes in the body, in the blood serum of patients with asthma, probably indicates the formation of a chronic form of inflammation.
3. Levels of IL-4 higher than 15.33 pg/ml in blood serum in children with recurrent wheezing can be considered as a possible predictor of asthma formation.

Key words: asthma, wheezing, Interleukin-4, child.

DOES WAR TIME INFLUENCE ON STUDENTS TEST ANXIETY?

Bhalani H.R.

Scientific supervisor: PhD, Associate professor Bogutska N.K.

Department of Pediatrics and Children's Infectious Diseases

Head of the department: DMedSc, Professor Koloskova O.K.

Bukovinian State Medical University

Chernivtsi, Ukraine

Introduction: a substantial percentage of medical students deal with problematic test anxiety TA at different grades of education. Test anxiety (TA) is a psychological condition in which a person experiences distress before, during, or after a test or other assessment to such an extent that TA causes poor performance or interferes with learning process and normal well-being. The current study may help to reveal the risk group of students who could benefit from the help of psychological support due to test and war-related anxiety.

The aim: the prevalence and dynamics of test anxiety before COVID-19 pandemic and within wartime in Ukraine, as well as hypothetical anxiety contributing wartime factors in foreign graduate medical students were investigated.

Material and methods: after receiving informed consent 6 year foreign students anonymously filled in the short test anxiety questionnaire which included some sociodemographic data (Sarason I.G., 1980) The total number of answers at 10-11 points tells about doubtful results and equal or above 12 points signifies presence of test anxiety. 234 6-year students filled in a paper questionnaire on the eve of COVID-19 pandemic and 74 students answered the same questions in a google form variant of questionnaire and some additional questions about their academic performance in wartime in spring 2023 (with significant male predominance in both groups).

Results: in 2023 33,8% of examined students demonstrated borderline or present TA as compared to only 14,5% before wartime (p<0,02). The average level of TA before wartime was 6,3±2,8 points (6,2±2,9 in males and 6,6±2,6 points in females), while in 2023 it increased significantly both on males and females to average 8,0±3,8 points (7,8±3,7 in males and 8,2±3,9 points in females), p<0,01. TA

consists of two components, mental (all the thoughts and worries about tests) and physical (feelings, sensations, and tension). In 2023 around 74,3% of students answered that they “feel very panicky when they have to take a surprise exam”, 48,6% - “they find themselves thinking of how much brighter the other students are”, 67,6% - “frequently get so nervous that they forget facts that they really know” and 48,6% - “find themselves thinking of things unrelated to the course material”. More than 30% of graduates when taking tests, find that “their emotional feelings interfere with their performance”. More than 60% of students answered, that they “find themselves thinking of the consequences of failing during test”. Somatic manifestations of TA included positive answer for the question “I sometimes feel my heart beating very fast during important examinations” in 74,3% of students and in 37,8% of cases students struggle with excessive perspiration. Fortunately only around 30% of students “usually get depressed” or deal with any gastrointestinal problems after important tests.

Fear might have negative effects at the brain architecture of memory and learning. Students who confront persistent fearful experiences may worsen their learning capacities due to which they demonstrate either poorer academic achievements or lower learning performance. After assessing test anxiety further questions in questionnaire were aimed at identifying the relationship between fear and students' coping strategies to improve academic achievements in wartime. 29,8% of students considered that they have had test anxiety (while giving exams like KROK-1) before war time and 52,6% of students answered, that they have test anxiety (while giving exams like KROK-2) currently in war time. Only 15,8% of students answered that they are completely ready to KROK-2 exam this year and 19,3% are not ready at all. The thoughts of the possibility of cancellation of KROK-2 affected students' training behavior: 7% stopped to prepare, 22,8% of students were preparing less and only 22,8% were preparing as usual. 49,1% of students considered that living and studying in wartime might influence at their test anxiety and 38,6% don't consider any such influence. 71,9% of students consider if not the wartime their academic score would be better and only 8,8% don't consider any possible influence.

Students consider, that the worst issues contributing to their effectiveness to prepare for KROK-2 tests are general fears of war time (57,1%), problems with concentration or lack of habit of daily schedule and planning activities (51,8%), fear of possible worsening of war situation (48,2%), sleeping issues or lack of good quality internet and/or electricity (46,4%) or their mental health issues (42,9%). In 80% of cases own students' efforts help them most to adapt to the war situation and to prepare better to exams and KROK-2 tests as well as family (57,9%) and friends support (59,6%). 33,3% of students have changed their priorities and were studying harder in wartime.

These findings revealed that wartime hazards badly influenced students' mental preparedness to achieve learning objectives and the wartime psychotraumatic experience may influence at students' mental health and cause poorer academic scores.

Conclusions: thus, TA causing somatic and/or psychological distress is rather prevalent in foreign medical students and has significantly increased within wartime in Ukraine, that's why it deserves more attention as it might contribute to lower academic performance and impaired psychological well-being.

Key words: test anxiety, armed conflicts

SINGLE NUCLEOTIDE VARIANTS OF *HYPOXIA-INDUCIBLE FACTOR-1* ASSOCIATED WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME IN OBESITY

Nikulin D.

Scientific adviser: DMedSc, Professor Abaturov O.Ye., PhD, Associate Professor Nikulina A.O.

Department of Pediatrics 1 and Medical Genetics

Head of the Department: DMedSc, Professor Abaturov O.Ye

Dnipro State Medical University

Dnipro, Ukraine

Introduction: obesity is reaching epidemic proportions across all age groups, including children, and increases the risk for Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) with an odds ratio of 4.5. Diet-induced obesity leads to a depressed hypercapnic ventilatory response and a restrictive entillary pattern. Persistent OSAS is identified in 33–76% of obese children compared to 15–37% of non-obese children. Multiple studies have identified OSAS as a critical risk factor for the development of obesity, diabetes, and cardiovascular diseases. Transcription factor HIF-1 α (Hypoxia-Inducible Factor-1) - plays an important role in the association of oxygen desaturation caused by hypoxia and lipolysis and/or insulin resistance. American Academy of Pediatrics (AAP) recommends screening for OSAS at routine medical visits.

The aim: of the study is to predict the risk of obstructive apnea syndrome in children with obesity, associated with single nucleotide variants (SNV) of the *HIF-1 α* gene.

Materials and methods: design of our study: case control. The study included children aged 6-18 years with a body mass index over the 97th percentile. Exclusion criteria: 1). Hypertrophy of the palatine and pharyngeal tonsils according to Brodsky; 2). Acute respiratory disease; 3). Craniofacial anomalies; 4). Neurological disorders occurring with impaired muscle tone; 5). Monogenic and syndromic obesity; 6). Central apnea. The main group (n=27) was represented by children with OSAS according to AASM International Classification of sleep disorders, 3rd ed. The control group (n=25) consisted of children without OSAS. Research methods: clinical examination of obese children according to the protocol (including neurological, otorhinolaryngological, psychiatric consultation), molecular genetic (NGS); instrumental (pulse oximetry; ECG; Echocardiography; Ultrasound examination); psychological (STOP-BANG-Apple questionnaire); statistical and bioinformatic analysis.

Results: analysis of the clinical and anamnestic characteristics of children who had various forms of obesity allowed us to separate the risk factors for insulin-resistant obesity at an early diagnostic stage. To determine the specific weight of each of the 240 analyzed clinical and biological factors, the prognostic factor (PC) was calculated.

Ranking according to the informative Kullback coefficient (I) showed that the first places among the factors predicting OSAS in obesity in children at the stage of early diagnosis are occupied by the *HIF-1 α* gene genotype (I=3.49), BMI greater than 99 percentile (I=3.02), Neck circumference>90th (I=2.71); SAP>99th (I=2.51); Insulin>22.4 U/ml (I=2.42); Follow-up COVID-19 1 year (I=2.33); Subclinical hypothyroidism (I=2.19); Syndrome of hyperactivity and attention deficit (I=1.74); Male gender (I=1.64); Prematurity (I=1.51); Family history of OSAS (I=1.16); Enuresis (I=1.05); Daytime sleepiness (I=1.01); Polycystic ovary syndrome (I=0.96).

Conclusions: highly significant risk factors for the formation of OSAS in obese children are: TT genotype SNV rs61755645 *HIF-1 α* ; extreme obesity, arterial hypertension, basal hyperinsulinemia. Children with extreme obesity are the main risk group for OSAS, subject to mandatory polysomnography. A decrease in BMI is associated with improved metabolic outcomes in obese children and should be routinely encouraged notwithstanding its potential benefits regarding OSAS.

Key words: nucleotides, hypoxia-inducible factor-1, obstructive sleep apnea, obesity

A CASE STUDY: COMPLICATION OF ACUTE OTITIS MEDIA WITH COVID-19 INFECTION IN A CHILD

Roohi Kolte

Scientific supervisor: PhD, Associate professor Gnyloskurenko G.V.

Department of pediatrics No.4

Head of the department: DMedSc, Professor Mityuryaeva I.O.

Bogomolets National Medical University

Kyiv, Ukraine

Introduction: acute otitis media, generally known as an ear infection, affects many children. One-fourth of infants have had at least one ear infection by the age of one. Ear infections can cause ear pain, fever, and temporary hearing loss, in addition to the usual symptoms of loss of appetite and irritability. A viral respiratory tract illness, such as the flu or a cold, is the most common cause of ear infections. Viral respiratory tract infections can impair Eustachian tube function. Bacterial and viral pathogens are the most common.

The aim: to present a clinical case of acute otitis in a child with Covid -19.

Case report: For three days, a 1-year-old girl child has had a fever (39,5-40,0°C). The girl appeared nervous and uneasy. The girl had a fever, but there was no discharge or congestion from her nose. Her breathing was normal. She didn't drink any water and only drank formula. After the fourth day, a yellow watery discharge (pus) from the ear was noted.

Anamnesis: The girl had the MMR immunisation 8 days ago. A few months ago, the girl was diagnosed with rhinitis. Her mother had a cold the week before. Mother was suffering with a sore throat and a fever (37,2°C). At the time, the girl was in contact with her mother.

They went to the hospital for treatment after seeing watery discharge (pus) from the ear on the fourth day. Both the mother and child underwent examinations in the hospital, including a general blood test and a rapid test for ag SARS-CoV-2. In blood test have been found low haemoglobin, high ESR, and high CRP, and SARS-CoV-2 was positive. They were quarantined in the infectious department.

The treatment received by the child to relieve nasal congestion was saline, Nurofen and for fever paracetamol. The topical antibiotic drop Ciprofarm was recommended for 7 days. Injection of antibiotics and drops three times daily in both ears due to otitis media in the left ear was recommended.

Conclusions: in this clinical case the difficulty of diagnosing otitis media, which was disguised as a hyperthermic syndrome was presented

Key words: otitis media, SARS-CoV-2

NUTRITIONAL STATUS IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS AS A PREDICTOR OF DISEASE SEVERITY

Fialkovska A.O., Skriabina K.V.

Scientific advisers: DMedSc, Professor Ilchenko S.I.

Department of Propedeutics of childhood diseases and Pediatrics 2

Head of Department: DMedSc, Professor Vakulenko L.I.

Dnipro State Medical University

Dnipro, Ukraine

Introduction: cystic fibrosis (CF) remains one of the most complex genetically determined multisystem pathologies in children, which is associated with progressive lung damage and nutritional status (NS) disorders. The main factors that lead to the development of nutritional deficiency in patients with CF are: genetic features; high energy costs associated with coughing, shortness of breath; insufficient intake of nutrients; maldigestion and malabsorption syndrome against the background of severe pancreatic insufficiency; persistent infection and systemic inflammatory response; decrease in appetite during exacerbation. It has been proven that protein-energy deficiency (PED) directly affects lung function, leads to immune system dysfunction, increased susceptibility to infection and disease progression.

The aim: to assess the nutritional status of children with CF and to study its influence on the severity of the disease course.

Materials and methods: there were examined 40 children with CF aged from 1 to 18 years old (average age - 12.0 [8.5; 15.0] years), among them there were 17 boys (42.5 %) and 23 girls (57.5 %). The average age of girls was 11.3±0.9 years, boys – 12.4±0.7 years. All patients underwent a general clinical and microbiological examination, anthropometric measurements (measurement of body weight and height, calculation of the body mass index (BMI)). BMI was assessed according to centile tables of BMI distribution depending on age and sex using the programs of the World Health Organization: WHO Anthro (for children under 5 years of age) and WHO Anthroplus (for children over 5 years). Instrumental research methods included spirometry, chest X-ray and computer tomography.

Results: it was established that the majority of children with CF (67.5 %) had PED. Children with PED mainly had a severe course of the disease (77.8 % vs. 30.8 %; $p < 0.05$), secondary chronic bronchitis with bronchiectasis (85.2 % vs. 46.2 %; $p < 0.05$), chronic colonization of the respiratory tract with *Pseudomonas aeruginosa* and more frequent exacerbations (3.0±0.3 vs. 1.7±0.5; $p < 0.05$).

Evaluating the spirometric indicators, it was established that children with PED were characterized by significantly lower average indicators of forced expiratory volume in 1 second (FEV1) (79.0 ± 3.3 % vs. 87.9 ± 4.4 %; $p < 0.05$), forced vital capacity (FVC) (82.2 ± 3.5 % vs. 92.2 ± 3.8 %; $p < 0.05$) and peak expiratory flow (PEF) (73.5 ± 3.5 % vs. 85.4 ± 3.8 %; $p < 0.05$).

Correlations between BMI and external respiratory function indicators were established: FEV1 and BMI ($r = 0.39$, $p < 0.01$), FVC and BMI ($r = 0.43$, $p < 0.005$), PEF and BMI ($r = 0.36$, $p < 0.05$), BMI and general condition of patients ($r = 0.56$, $p < 0.001$).

Conclusion: NS in children with CF has important clinical and prognostic significance, as it reflects the severity of the patient's condition and is a criterion for monitoring the course of the disease.

Key words: nutritional status, cystic fibrosis, child

CLINICAL CASE HIGH FREQUENCY OSCILLATORY VENTILATION IN NEWBORN

Yash Vinod Tejani

Scientific supervisor: PhD, Associate professor Shevtsova T.

Department of pediatrics No.2

Head of the department: Corresponding member of NAMS of Ukraine, DMedSc, Professor O.P.Volosovets.

Bogomolets National Medical University

Kyiv, Ukraine

Introduction: high-frequency oscillatory ventilation (HFOV) is a newer modality that has gained popularity in the last decade due to its use in intensive care for the treatment of respiratory failure, which is a major cause of death and morbidity in newborns. It is most often used as emergency therapy in newborns with severe respiratory failure. Several recently published studies have demonstrated that HFOV can effectively improve oxygenation and reduce the risk of mortality in critically ill patients with acute respiratory distress syndrome, and it has minimal hemodynamic side effects. In the intensive care unit, early use of HFOV is effective rescue strategy for neonates with meconium aspiration syndrome, congenital diaphragmatic hernia, severe pulmonary hypertension, or air leak syndrome.

HFOV is characterized by providing tidal volumes close to or less than anatomic dead space. Studies have shown that HFV can effectively restore lung function and potentially limit ventilator-induced lung damage, which is considered an important risk factor for the development of bronchopulmonary dysplasia

The aim: determine the advantages of high-frequency ventilation for newborns and, using the example of a clinical case, show the therapeutic effect of this method

Clinical case: a newborn girl from the 1st pregnancy in a mother with a high perinatal risk (anemia, gestational diabetes, SARS two weeks before delivery, sinusitis, tracheobronchitis, received ceftriaxone). 1 preterm spontaneous delivery at 34 weeks of gestation. Birth weight 2780, height 50 cm. Apgar score 6-7 points, Silverman score 4-6 points. She was transferred to the Neonatal Intensive Care Unit due to respiratory disorders, received CPAP for 1 hour.

Preliminary diagnosis: Severe respiratory disorder. RDS. Intrauterine infection? Congenital pneumonia? Perinatal encephalopathy. CNS depression syndrome. IVH. Hemorrhagic syndrome. Diabetic fetopathy. Lab Test: severe acidosis (pH 7.0), SaO_2 80-85%. Arterial hypotension.

The state of the child with negative dynamics due to the increase in respiratory failure, the child was transferred to artificial lung ventilation. FiO_2 100%. Critical condition, bleeding from the lungs. Echocardiography: severe pulmonary hypertension. At 5 o'clock in life, the child was transferred to HFOV. After one hour HFOV SaO_2 90%. FiO_2 40%. X-ray picture in the lungs with a improvement. HFOV was continued for 5 days. Followed by conventional ventilation for 3 days. At 9th day CPAP was given, 10th day the child started to breathe independently. The child was discharged from the hospital on 28 days of life in satisfactory condition. The child received rehabilitation in the consultative-katamnestic office of the hospital. At the age of 3 months of life: the condition is stable, neuropsychic development corresponds to age.

Conclusions: the use of HFOV is an effective treatment for severe respiratory failure in newborns. The use of HFOV for the treatment of respiratory failure in newborns improves gas exchange without the threat of developing ventilator-dependent lung damage. HFOV in the proposed clinical observation was a method of saving a newborn who was in critical condition due to congenital pneumonia complicated by pulmonary hypertension and pulmonary hemorrhage, and allowed the child to survive, provide adequate gas exchange and hemodynamics, and prevent multiple organ failure syndrome.

Key words: Respiratory insufficiency, ventilation, newborn

ВИВЧЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ СЕРЦЕВИХ ВАД У ДІТЕЙ

Артемченко В.О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Кулешов О.В.

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Кулешов О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Вступ: серцево-судинні захворювання становлять один із провідних розділів патології дитячого віку та призводять до високої інвалідизації дитячого населення та смертності. В останні роки поряд зі зниженням захворюваності на ревматизм і, відповідно, частоти формування набутих вад серця все більш актуальна вроджена патологія серця та магістральних судин, особливо у дітей першого року життя.

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 синдрої 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 характеризуються 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 синдрої функціональні порушення ($18,20\pm 3,86\%$). Клінічний перебіг РАС супроводжується підвищенням рівня нейромедіаторів: NSE, без достеменної різниці в залежності від супутніх ФРОТ ($p=0,59$) та S-100 - здебільш при СПК ($p < 0,001$) та синдрої ($p < 0,001$).

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°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

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 можливі 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

та патогенез кільцеподібної гранульоми майже невідомі. Проте хвороба пов'язана з цукровим діабетом, захворюваннями щитовидної залози, легкою травмою, гіперліпідемією, інфекціями (вірус Ебштейна-Барр, вірус імунодефіциту людини, вірус вітряної віспи, туберкульоз), вакцинами, злоякісними новоутвореннями та деякими ліками (інгібітори TNF-альфа).

Експерти вважають, що клініцист повинен проводити скринінг злоякісних новоутворень у пацієнта з кільцеподібною гранульомою за таких обставин: літній вік, атипична або поширена форма захворювання та стійка хвороба. Проте, необхідні додаткові докази для встановлення справжньої кореляції між кільцеподібною гранульомою та злоякісною. Дослідження показують, що пацієнти з ВІЛ частіше мають генералізовану кільцеподібну гранульому. Є також повідомлення про дуже атипичні прояви кільцеподібною гранульомою у пацієнтів з ВІЛ. За оцінками, поширеність кільцеподібною гранульомою становить від 0,1% до 0,4%, а захворюваність — від 0,1% до 0,4%. Жінки хворіють частіше, ніж чоловіки, і хвороба може вразити людей будь-якого віку. Понад дві третини пацієнтів мають вік 30 років і молодше. Наукові експерти сходяться на думці, що ін'єкція стероїдів всередину ураження є терапією першої лінії для уражень кільцеподібною гранульомою. Є повідомлення про покращення після певних типів травм уражень, таких як біопсія, прокол, розріз та кріотерапія. У деяких дослідженнях фототерапія показала багатообіцяючі результати. Є повідомлення про успіх як ексіммерного лазера, так і імпульсного лазера на барвнику. Гідроксихлорохін продемонстрував успіх у кількох невеликих дослідженнях і звітах. Хоча необхідні додаткові докази для підтвердження ефективності, деякі дослідники вважають, що гідроксихлорохін має бути терапією першої лінії для генералізованої кільцеподібною гранульомою. Інгібітори фактора некрозу пухлини альфа показали ефективність у лікуванні генералізованої та стійкої кільцеподібною гранульомою.

Мета: провести аналіз проблеми телеконсультації на прикладі клінічного випадку ангулярної гранульоми у дитини.

Опис клінічного випадку

До педіатра звернулася пацієнтка 10 років з скаргами з плямами невідомого походження. На плямі були пухирці. Попередній діагноз після онлайн-консультації - герпес-вірусна інфекція. Представник дитини, яка була на консультації вважала, що у дитини укус комахи або павука. Призначено ацикловір для зовнішнього застосування. Ефекту від лікування не отримано. Няня з пацієнткою звернулася до дерматолога, рекомендовано провести панч-біопсію. При отриманні результатів аналізів проведено мультидисциплінарне засідання педіатра та дерматолога для їх оцінки. Загальний аналіз крові - без патології. На імунограмі представлено зниження CD4 та CD8.

Рекомендовано додаткові обстеження на вірусні інфекції та СНІД. Висновок панч-біопсії - ознаки відповідають кільцеподібною гранульомою. Рекомендуються клінічна кореляція.

Висновок

Відомо, що після взяття панч-біопсії у пацієнтки спостерігається тенденція до зникнення та зменшення гранульоми, що відповідає відомим науковим дослідженням, присвяченим питанням лікування цієї хвороби.

Ключові слова: телеконсультація, кільцеподібна гранульома

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ COVID-19 СЕРЕД ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ДІТЕЙ В РІЗНІ ХВИЛІ ПАНДЕМІЇ

Гаращенко Т.А., Камінська Т.М., Лапшин В.Ф., Толкач С.І., Степанова Л.С.

Науковий керівник: д.мед.н. професор, Уманець Т.Р.

Відділення захворювань органів дихання та респіраторних алергозів у дітей

Керівник відділення: академік НАМН України, д.мед.н. Антупкін Ю.Г.

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України»

м.Київ, Україна

Вступ: COVID-19 залишається актуальною проблемою сьогодні. Постійна мутація вірусу SARS-CoV-2 зумовлює виникнення всесвітніх епідемічних хвиль, відповідно збудниками яких являються різні штами вірусу. З відкритих джерел відомо, що кожна хвиля характеризується певними клінічними та епідеміологічними особливостями COVID-19.

Мета: порівняти клінічні та епідеміологічні особливості COVID-19 серед дітей в різні хвилі пандемії.

Матеріали та методи: ретроспективно проведено аналіз 350 історій хвороб госпіталізованих дітей з лабораторно підтвердженим COVID-19, віком від 4 до 18 років, з яких: 191 пацієнт з першої хвилі (червень-листопад 2020), 87 з третьою (жовтень-грудень 2021), та 72 з 4 хвилі (жовтень-грудень 2022).

Результати: пацієнти 4ї хвилі були молодші, з переважанням вікової групи 0-1 рік (53.5%, або n=32) (p<0.05) порівняно з іншими двома хвилями COVID-19. Діти, які були госпіталізовані протягом 3ї хвилі COVID-19, мали важчий перебіг захворювання (46.8%, або n=36) з 1 летальним випадком і значно більшою поширеністю таких симптомів, як лихоманка (більше 40°C), задишка, кашель, нудота, блювання, втрата апетиту порівняно з хвилями 1 і 4 (p<0.05). Також, під час 3ї хвилі COVID-19 серед проаналізованих дітей статистично частіше відмічалася дихальна недостатність та потреба в кисневій підтримці (p<0.05).

Діти з супутньою патологією частіше госпіталізувалися з COVID-19 протягом 1ї хвилі, порівняно з хвилю 3 та 4 (62.7% проти 52.1% проти 38.6%; p<0.05). Рентгенологічні зміни в легенях були подібними протягом 3ї та 4ї хвиль, найчастіше це була двостороння пневмонія (32.2%), також частота їх була значно вищою, ніж протягом 1ї хвилі (p<0.05). Лімфопенія, лейкоцитоз та підвищення маркерів запалення, включаючи С-реактивний білок, були більш очевидними у 1ї хвилі (p<0.05). Середня тривалість госпіталізації була триваліша протягом 3ї хвилі, порівняно з 1 та 4 хвилями (9.4±3.6 vs 5.4±2.6 vs 7.4±2.6) (p<0.05).

Висновки: Визначено чіткі відмінності у клінічних характеристиках госпіталізованих дітей протягом різних хвиль COVID-19. Пацієнти, які були госпіталізовані протягом третьої хвилі COVID-19 мали більш важкий перебіг з вираженим інтоксикаційним та гіпертермічним синдромами, порівняно з іншими двома хвилями, а також частіше потребували кисневої підтримки. Можливою причиною відмінності між різними хвилями COVID-19, могла бути мутація вірусу SARS-CoV-2, а саме штаму дельта.

Це дослідження надає додаткову інформацію про особливості перебігу COVID-19 серед дітей протягом різних років пандемії в Україні.

Ключові слова: COVID-19, SARS-CoV-2, діти, пандемія, хвилі.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК МАНІФЕСТАЦІЇ Х-ЗЧЕПЛЕНОГО ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНОГО СИНДРОМУ ПІСЛЯ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ. ЛЕЙКОЗ ПІД МАСКОЮ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ.

Голіна Т.Ю.

Науковий керівник: к. мед. н., доцент Палатна Л. О.
Кафедра дитячих інфекційних хвороб
Завідувач кафедри: д. мед. н., професор Крамарьов С. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м.Київ, Україна

Вступ: Х- зчеплений лімфопроліферативний синдром (хвороба Дункана) - дуже рідкісний спадковий (первинний) імунodefіцит, що проявляється порушенням імунної відповіді на вірус Епштейна-Барр. Хворіють хлопчики, дівчата є носіями мутантного гена. Ген відповідальний за виникнення хвороби локалізується на довгому плечі х-хромосоми q25.

Лейкемія є найпоширенішою формою раку в дитячому віці. Найефективніша тактика - рання діагностика та ефективне лікування.

Мета: огляд та інформування про рідкісний Х- зчеплений лімфопроліферативний синдром в педіатричній практиці.

Опис клінічного випадку №1 Хворий К., 7 р. Доставлений реанімаційною бригадою швидкої допомоги зі скаргами на повторні блювання, підвищення t тіла до 39,9 °С, млявість, сонливість, гіподинамію та втрату апетиту.

Анамнез захворювання: 01.03.2022 захворів гостро з підвищення температури тіла до 39°C та збільшення підщелепних лімфатичних вузлів. Після обстеження було виставлено діагноз: інфекційний мононуклеоз. 18.03.2022 загальний стан покращився, температура тіла в межах норми, дитина активна, в ЗАК: лейкоцити - 7,5×10⁹/л, тромбоцити – 335×10⁹/л, м- 12%, ШОЕ 5 мм/г, виписаний додому, відвідував школу до 22.03.2022. Через два дні повторне погіршення стану: підйом температури тіла до 39,5°C, в ЗАК тромбоцитопенія та лейкоцитопенія. З 05.04 по 08.04 перебував на обстеженні та лікуванні у відділенні онкогематології обласної лікарні, де була проведена кістковомозкова пункція, виключено гострий лейкоз та іншу гематологічну патологію. Виписаний на амбулаторне лікування. 12.04 знову підвищення температура тіла до 39,6°C, госпіталізований в інфекційне відділення дитячої лікарні, де отримував цефепім та метронідазол. У зв'язку із погіршенням стану переведений у відділення анестезіології та інтенсивної терапії КНП «КМДКЛ». Діагноз при госпіталізації: інфекційний мононуклеоз, важкий перебіг, сепсис? При госпіталізації у ВАІТ загальний стан тяжкий. В свідомості, за ШКГ - 15 балів, млявий, на огляд реагує адекватно, патологічна неврологічна симптоматика відсутня. Температура тіла 37,7°C. Апетит відсутній. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, вологі, чисті, мікроциркуляція не порушена, симптом блідої плями до 2 секунд, периферичних набряків немає, язик обкладено білими нашаруваннями. Пальпуються збільшені до 1,5 см, ущільнені та чутливі підщелепні лімфатичні вузли. Дихання самостійне, ефективне, ЧД 24/хв., SpO₂ 99%, аускультативно проводиться у всі відділи легень, жорстке, хрипи не вислуховуються. Тони серця ослаблені, ритмічні, вислуховується діастолічний шум на верхівці серця, ЧСС - 90/хв., АТ - 102/49 мм рт.ст., системна гемодинаміка стабільна. Живіт здутий, доступний глибокій пальпації, печінка виступає на 3см, селезінка +2см. Сечовиділення, вільне.

Проведені лабораторні обстеження. Виявлено лейкопенію з лімфопенією та відносною нейтропенією, тромбоцитопенія, зниження NKT (CD3+ CD56+) до 0, підвищення феритину (більше 1500 ng/ml), гіпертригліцеридемія до 4,81 ммоль/л, гіпофіриногенемія (1,0 г/л), гіпертрансаміназемія, негативні маркери активності парвовірусної інфекції, HSV1/2 та VZV. VCA IgM EBV «-», IgG EBNA EBV «+», IgG EA EBV «+».

Консультація гематолога: неможливо виключити зчеплений з Х-хромосою лімфопроліферативний синдром – хворобу Дункана, синдром активації макрофагів? кандидоз ротової порожнини.

Консультація імунолога: з високою вірогідністю синдром Дункана.

Заключний діагноз: реконвалесцент гострої EBV-інфекції; синдром активації макрофагів (гемофагоцитарний синдром), імунodefіцитний стан, гепатит, гепатоспленомегалія; лімфопроліферативний синдром зчеплений з Х-хромосою (хвороба Дункана)? вторинна анемія, тромбоцитопенія.

Опис клінічного випадку №2 Хвора М. 14 років, госпіталізована 14.03. у важкому стані. Анамнез хвороби: 08.03 біль у горлі, нудота. 09.03. підвищилась температура до 39,60 С, звернулись до сімейного лікаря - діагноз ГРВІ, призначена симптоматична терапія. 10.03. блювання до 5-6 разів на добу. 13.03. шкірні покриви стали жовтого забарвлення, після чого самопочуття погіршилось. 14.03. знову звернулась до сімейного лікаря, було видано електронне направлення на госпіталізацію. ЕМД доставлена в КНП «КМДКЛ». Об'єктивний стан: АТ 90/60 мм.рт.ст. SaO₂ 94%, ЧСС -110 уд/хв.

Стан важкий внаслідок інтоксикаційного, жовтяничного синдромів.

В свідомості на огляд реагує адекватно, відповідає на питання. Млява, сонлива хоче лежати. Відмовляється від їжі та пиття. Блювання не повторювалось. Скаржитись на головокружіння, нудоту, біль у горлі. Шкіра іктерична, чиста, тепла висипу немає, тургор збережений, набряків немає. Видимі слизові оболонки вологі, склери жовтушні, мигдалики збільшені 2 ст, рихлі, нашарування відсутні, зів гіперемований, м'яке піднебіння рухоме, наявні петехії на піднебінні, язик вологий обкладений сірими нашаруваннями. Регіонарні лімфатичні вузли: підщелепна група до 2,5 x3,0 см щільно-еластичні, безболісні не спаяні між собою та навколишніми тканинами, шкіра над ними не змінена. Печінка +3,5 см, селезінка +2,5 см. Неврологічний статус без патологій.

14.03.2023 ЗАК: Еритроцити - 4,12*10¹²; Гемоглобін- 121 г/л; КП- 0,8; Тромбоцити - 50 * 10⁹; Лейкоцити- 2,9 * 10⁹; ШОЕ - 6 мм/год. П'я-2%; С'я-9%; Л- 76%; М-7%; Мононуклеари -6, Плазматичні - 2. Загальний білірубін -163,04 мкмоль/л, прямий-133,33 мкмоль/л, непрямий -27,71 мкмоль/л.

Висновки. Хвороба Дункана надзвичайно рідкісне захворювання, яке зустрічається в 90% випадків в педіатричній практиці, діагностується в основному після зараження EBV. Гематологічні злочисні новоутворення можуть імітувати симптоми інфекційного мононуклеозу, що завжди необхідно враховувати при диференційній діагностиці.

Ключові слова: злочисні новоутворення, інфекційний мононуклеоз, х- зчеплений лімфопроліферативний синдром

ГОМЕОПАТІЯ ЧИ АЛОПАТІЯ: ДУМКА БАТЬКІВ

Дука О.Є.

*Науковий керівник: доцент кафедри педіатрії №4 Терлецький Р.В.
Кафедра педіатрії №4
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Мітюряєва-Корнійко І.О.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
м.Київ*

Вступ: гомеопатичні препарати стають все більш поширеними. Багато років ведуться дискусії щодо їхньої ефективності та безпеки. Гомеопатія - це вид нетрадиційної медицини, який заснований на принципі, що подібне лікується подібним, тільки в мінімальній пропорції. Гомеопатичний препарат отримують шляхом багаторазового розведення (потенціювання), паралельно піддаючи тривалому струшуванню посуду або тривалому розтиранню порошку. Антигомтоксичні препарати виробляються відповідно до основних принципів виготовлення гомеопатичних препаратів. Алопатія - це напрямок в медицині (застосування ліків), який викликає симптоми, протилежні симптомам певної хвороби.

Мета: визначити ставлення батьків до застосування гомеопатичних та антигомтоксичних препаратів в педіатричній практиці.

Матеріали та методи: Було проведено анкетування батьків. У пілотному дослідженні взяло участь 20 матерів, які мають 1 дитину (50%), 2 дитини (33%) та більше 2 дітей (17%); вік дітей - від 1 до 18 р.

Результати: на питання «Чи приймали Ваші дитина/діти гомеопатичні препарати?» 44,4% відповіли так, приймали гомеопатичні та антигомтоксичні препарати, 22,2% - тільки гомеопатичні, 22,2% - не приймали нічого. Серед опитаних матерів 11,1% згодні з твердженням, що гомеопатичні препарати ефективні, 50% вважають, що такі препарати однаково ефективні як і класична медицина, лише потрібно знайти гарного лікаря. При цьому, 44,4% вважають, що препарати діють як плацебо, 22,2% зазначили, що в родині використовують цю групу ліків, 26,7% вірять в їх ефективність та 11,1% - негативно відносяться до такого лікування. В 72,2% лікування гомеопатичними препаратами призначав ліка, у 27,8% - лікар пояснював призначення тим, що цей препарат найкращий, 33,3% додатково до традиційних засобів, в 16,7% випадків - довготривалим курсом з метою профілактики. Більшість матерів використовувати препарати у вигляді таблеток (66,7%), 50% у вигляді крпель, 16,7% - мазі. На думку батьків найефективнішими є протизапальні та знеболювальні гомеопатичні засоби.

Висновки. Майже 75% дітей опитаних батьків приймали антигомтоксичні та гомеопатичні препарати. Попри те, що половина учасників вважають гомеопатичні засоби ефективними, переважна більшість погоджується із твердженням про те, що дані препарати діють як плацебо. Найчастіше батьки дають гомеопатію своїм дітям за призначенням лікаря додатково до класичних ЛЗ. Проте, є пацієнти які підтримують доказову медицину та вважають гомеопатичні препарати неефективними.

Ключові слова: гомеопатія, анкетування

ОСОБЛИВОСТІ АНАМНЕЗУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Дутчак Г.М., Жиляк О.В., Цицюра О.О.

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Лембрик І.С.,
Кафедра педіатрії
Завідувач кафедри д.мед.н., професор Волосянко А.Б.,
Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна*

Вступ: на сьогодні відомо, що atopічний дерматит (АД) - це поліетіологічне захворювання, в генезі якого суттєве значення має вплив варіабельних чинників на організм, що розвивається, за умов наявної спадкової схильності до алергії. Сучасні літературні дані засвідчують вагому роль спадкової схильності у розвитку АД. Так, у 80% дітей, що страждають на АД, наявний обтяжений алергологічний анамнез в першу чергу по лінії матері. Мають значення також характер вигодовування на першому році життя, в тому числі наявність харчової алергії, вплив соціо-економічних та кліматичних чинників на перебіг захворювання. В наукових повідомленнях знаходимо дані про вплив перебігу вагітності на ранній розвиток atopічних захворювань, оскільки імунна система дитини починає формуватися ще внутрішньоутробно. Осібно в переліку тригерів, які сприяють розвитку atopічних захворювань, перебуває пасивне куріння. Однак наявних даних щодо чинників ризику не достатньо для прогнозування перебігу АД з метою подальшого менеджменту такої когорти хворих.

Мета: проаналізувати анамнестичні дані у дітей з atopічним дерматитом та оцінити їх вплив на перебіг захворювання. Матеріали і методи. Роботу розподілено на два етапи. На першому проаналізовано 30 медичних карт стаціонарного хворого. На другому етапі обстежено 30 дітей із atopічним дерматитом у віці від 0 до 2 років в період загострення захворювання, які перебували на лікуванні в алергологічному відділенні КНП «ІФ ОДКЛ ІФ ОР». Діагноз atopічного дерматиту верифікували згідно з сучасними протоколами діагностики та лікування (Наказ МОЗ України №670 від 04.07.16), ґрунтуючись на модифікованих критеріях Hanifin і Rajka (2003). Тяжкість перебігу недуги визначали на підставі індексу SCORAD (scoring of atopіc dermatitis). Групу контролю склали 30 здорових дітей цієї ж вікової когорти. Проведене ретельне вивчення перинатального та сімейного алергологічного анамнезу, особливостей вигодовування на першому році життя.

Результати: хворих дітей розподілено на три групи: 28 (46,7%) дітей мало середньо-тяжкий перебіг, 18 (30,0%) пацієнтів-легкий перебіг недуги. У 14 хворих із atopічним дерматитом виявляли тяжкий перебіг малюкової форми захворювання (23,3%). Вивчення первинної документації з наступним аналізом перинатального анамнезу показало, що ускладнений перебіг

вагітності зустрічався у 23% матерів. До найбільш істотних чинників, ризику розвитку atopічного дерматиту належать: ранні (66,6%) та пізні гестози (33,3%), TORCH-інфекції (56,7%), анемії (50,0%), загроза переривання вагітності (26,7%), наявність гострих респіраторних вірусних інфекцій під час пологів (16,7%). Серед хронічної екстрагенітальної патології, що потребувала прийому ліків під час вагітності, найчастіше зустрічалася артеріальна гіпертензія (58,3% і 41,7%, $\chi^2=18,7143$, $p<0,00001$) та хронічний пієлонефрит (68,3% і 31,7%, $p<0,005$). Загалом, за нашими даними, тяжкий перебіг недуги зустрічався частіше у дітей, матері яких мали обтяжений акушерський анамнез, (71,4% і 28,5%, $p<0,05$) $r=+0,9992$. Реанімаційних заходів у періоді новонародженості (з приводу респіраторного дистрес-синдрому) потребувало 8 (13,4%) дітей, які згодом мали тяжкий перебіг захворювання. Вивчення особливостей харчового раціону хворих із АД на першому році життя показало, що в обстежених нами дітей переважало змішане вигодовування - 24 (40,0%) у порівнянні з 6-ма (20,0%) у здорових. Штучне вигодовування з народження мало 8 (13,4%) дітей із atopічним дерматитом та 2 (6,7%) здорових дітей. Виключно грудне вигодовування до 6-ти місяців натомість мало всього 9 (15,0%) дітей з atopічним дерматитом у порівнянні з аналогічним показником у здорових дітей - 18 (60,0%), $p<0,05$. Аналіз отриманих даних показав, що на першому році життя 70,0% обстежених із АД отримували адаптовані суміші, з них – у 30,0% йшлося власне про гіпоалергенні продукти. Нами виявлено залежність між раннім початком вигодовування сумішами та ступенем тяжкості АД, що корелювало з отриманими раніше власними науковими даними (Дутчак А.М., 2014). Мав місце зворотній середньої сили кореляційний зв'язок між індексом SCORAD та віком початку штучного вигодовування ($r = -0,35$). Частота раннього штучного вигодовування була найвищою у групі дітей, хто хворів тяжче (50,0%), в той час як при легкому перебігу частота застосування сумішей була нижчою - 35,7%, $p<0,0001$. В той же час, нами виявлено прямий середньої сили кореляційний зв'язок між зростанням частоти випадків та наростанням тяжкості проявів захворювання ($r=+0,59$) ($p<0,05$). В процесі дослідження ми виявили обтяжений алергологічний анамнез у 32 (53,4%) дітей. При цьому алергічні недуги з вищою частотою зустрічалися у родичів матері (53,3%), що корелює з літературними даними та нашими попередніми спостереженнями. По лінії батька обтяжена спадковість щодо atopічних захворювань виявлена у 18,4% випадків. Захворюваність на алергопатологію в інших родичів в анамнезі хворих дітей розподілено наступним чином: у 25,0% родичів II ступеню спорідненості мали місце алергічні недуги, в той час як сибси хворіли у 10,0% випадків. Найвищою частотою в родині хворих з АД вирізнялися гостра кропив'янка (75,0%), токсикодермія (65,0%) та алергічний риніт (50,0%).

Висновки: таким чином, патологія вагітності у матері є одним із факторів, що сприяють реалізації генетичної схильності до atopії. Раннє штучне вигодовування сприяє маніфестації АД у дитини та асоціюється з більш тяжким перебігом недуги.

Ключові слова: анамнез, вигодовування, дитина, гіперчутливість, вагітність.

ОСОБЛИВОСТІ ПОТРЕБ ВНУТРІШНЬОПЕРЕМІЩЕНИХ ДІТЕЙ В МЕДИЧНОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ

Кирпач В.А.

Науковий керівник: к.мед.н.,асистент кафедри Кривонос Ю. М.

Кафедра педіатрії №4

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

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ: 13 квітня 2014 року в Україні почалися бойові дії, свій розвиток набула Антитерористична операція...30 квітня 2018 року – Операція об'єднаних сил...24 лютого 2022 року – повномасштабне вторгнення. Раніше здавалося, що це все може бути лише в фільмах, проте, ні, це жорстока реальність нашої країни. З 2014 року і по сьогоднішній день, набуває обертів проблема внутрішньопереміщених осіб – житло, одяг, їжа, а особливо – медикаменти. На допомогу прийшов волонтерський рух, який допомагає усім, чим тільки можна, робить усе можливе і неможливе для допомоги людям, особлива увага при цьому приділяється дітям. Тому дана тема на сьогодні є, безперечно, актуальною.

Мета: дослідити потреби в медичному забезпеченні внутрішньопереміщених осіб для покращення ситуації з медичним забезпеченням для внутрішньопереміщених дітей.

Матеріали та методи: у дослідженні приймали участь 3 волонтери, які розпочали свою діяльність ще в 2014 році. Для дослідження було взято 100 запитів на допомогу дітям від їхніх батьків або законних представників: 2014 рік – 10 запитів, 2015 – 10, 2016 – 10, 2017 – 5, 2018 – 5, 2019 – 5, 2020 – 5, 2021 – 5, 2022 – 30, 2023 – 15. Проаналізувавши дані, позиції, що зустрічалися найчастіше, були занесені в таблицю з зазначенням кількості їхніх повторень. Запити бралися з архівних повідомлень в соціальних мережах, статистичну обробку даних проводили в Excel.

Результати: З опрацьованих 100 запитів, було визначено позиції, що зустрічалися найчастіше – підгузки (100 із 100 запитів), ліки при застудах: жарознижувальні, проти кашлю та нежиті (95 із 100), суміші для годування (85 із 100 запитів), пелюшки (78 запитів із 100), засоби від здуття та колік у немовлят (70 запитів із 100), пляшечки для годування (66 запитів із 100). В деяких запитах фігурувало медичне забезпечення для дітей з енурезом, як з нічним так і з денним типом цього захворювання, антидепресанти, виписані безпосередньо після отримання заключення у психіатра, протиепілептичні, ліки для цукрового діабету 2 типу, що означає, що варто було б звернути увагу на психологічне медичне забезпечення внутрішньопереміщених дітей.

Висновки: починаючи з 2014 року війна все більше і більше залишає свій слід у житті кожного українця, а особливо, маленького українця. Наразі, після початку повномасштабного вторгнення, потреба в допомозі внутрішньопереміщеним особам виросла у кілька десятків разів. Ключова проблема – медичне забезпечення. Воно найдорожче та найважче у пошуках. Після обробки отриманих даних дослідження були висвітлені найбільші проблеми та зроблені висновки. Варто звертати увагу меценатів, різних благодійних фондів та організацій на проблему медичного забезпечення внутрішньопереміщених дітей та загорнути їхню увагу на психологічній підтримці маленьких жителів України.

Ключові слова: війна, волонтери, внутрішньопереміщені діти, медичне забезпечення, психологічна підтримка.

ОСОБЛИВОСТІ ФОТОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕОНАТАЛЬНИХ ЖОВТЯНИЦЬ

Кочмола Д.В.

Науковий керівник: к. мед.н, доцент Качалова О.С

Кафедра педіатрії № 4

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

Національний медичний університет імені О.О Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ: На сьогоднішній день стандартом лікування неонатальних жовтяниць і профілактики виникнення ядерної жовтяниці залишається фототерапія. Це метод, при якому використовують ультрафіолетове світло з довжиною хвилі 450 нм., при інтенсивній фототерапії – блакитне світло з довжиною хвилі від 425 до 475 нм. При цьому відбувається фотоізомеризація вільного білірубину в форми, які більш розчинні у воді і можуть швидко виводитись печінкою і нирками без глюкуронізації.

Коли білірубін поглинає світло, починають протікати три типи фотохімічних реакцій:

1. Фотоізомеризація проходить у позасудинному просторі шкіри. Починається безперервне перетворення природного ізомеру незв'язаного білірубину (4Z, 15Z) у менш токсичні полярні ізомери (4E, 15E), які переносяться кров'ю і виводяться із жовтю без зв'язування. Однак таке виведення повільне і фотоізомер легко перетворюється знову на незв'язаний білірубін, який назад всмоктується із кишечника, якщо у дитини мало калу або є закріп. Приблизно через 12 годин фототерапії частка фотоізомерів складає приблизно 20% від загального білірубину. Стандартні аналізи не відрізняють природного походження білірубін від фотоізомеру, тому рівень білірубину може сильно не зменшуватись, хоча фототерапія певну частку зробила нетоксичною. Фотоізомеризація низькодозовою фототерапією (6 а.о.м. Вт/см²/нм) не має значущої різниці від подвійної дози випромінювання.
2. Структурна ізомеризація - це внутрішньомолекулярна циклізація білірубину на лумірубін. Під час фототерапії лумірубін складає 2-6% від сироваткової концентрації білірубину і швидко виводиться із жовтю та сечею без зв'язування. На відміну від фотоізомеризації перетворення білірубину на лумірубін безповоротне і утворена сполука не може всмоктуватися у кишечнику. Це найбільш суттєвий шлях зменшення рівня сироваткового білірубину, який сильно залежить від дози фототерапії у діапазоні 6-12 а.о.м. Вт/см²/нм.
3. Повільний процес фотоокислення перетворює білірубін на невеликі полярні сполуки, які виводяться із сечею. З точки зору зниження рівня білірубину великого значення ця реакція не має.

Призначення фототерапії залежить від гестаційного віку дитини, віку дитини (в днях) та рівня загального сироваткового білірубину. У різних країнах ці показники різняться, саме тому варто дослідити це питання і знати оптимальні рівні для вибору правильного лікування неонатальної жовтяниці.

Мета: дослідити особливості призначення фототерапії, при жовтяниці у дітей за протоколами різних країн (Україна, США, Австралія).

Матеріали і методи: було проведено порівняльний аналіз 3-х протоколів: України, Сполучених Штатів Америки(США) та Австралії

Міністерство Охорони Здоров'я України «Клінічний протокол надання неонатологічної допомоги дітям «жовтяниця новонароджених»» від 08.06.2007 року.

«Американська академія педіатрії (AAP): Клінічні практичні рекомендації щодо лікування гіпербілірубінемії у новонародженого немовляти 35 або більше тижнів гестації, перегляд (2022)»

« Міністерство охорони здоров'я, Новий Південний Уельс (NSW): Рекомендації щодо виявлення та лікування жовтяниці новонароджених у новонароджених ≥ 32 тижнів вагітності (2016 р.)»

Результати: за даними протоколу України Міністерство Охорони Здоров'я України «Клінічний протокол надання неонатологічної допомоги дітям «жовтяниця новонароджених»» від 08.06.2007 року показання для фототерапії у доношених залежить від рівня загального білірубину в сироватці крові (ЗБС) і від віку дитини (в днях):

У цьому протоколі наведений вік дитини в годинах/днях (від 24 годин/1 доба до >72 години/ >3 діб). Особливістю є те, що представлені рівні ЗБС (мкмоль/л) для того щоб починати оцінку для вирішення питання про початок фототерапії і вони становлять 170 мкмоль/л і 290 мкмоль/л відповідно віку 24 години/1 доба і > 72 години/ >3 доби. Та наведені рівні ЗБС (мкмоль/л) для початку фототерапії – 250 мкмоль/л і 370 мкмоль/л відповідно найменшому віку 24 години/ 1 доба і > 72 години/ 3 доби. Якщо виявили ранню та/або «небезпечну» жовтяницю, рекомендовано проводити повторне визначення загального білірубину сироватки крові через 4-6 годин після початку фототерапії, надалі - в залежності від результату ЗБС та клінічного стану дитини. Зниження загального білірубину сироватки у нормі відбувається на 20-35 мкмоль/л. Якщо цього не відбулось необхідно розглянути питання про неефективність фототерапії, що проводиться, та перейти до інтенсивної фототерапії або замісного переливання крові. Припиняють фототерапію у доношеного новонародженого якщо результат загального білірубину сироватки крові нижче рівня, який вказує на вирішення питання про початок фототерапії згідно віку дитини та наявності або відсутності факторів ризику.

За даними протоколу США «Американська академія педіатрії (AAP): Клінічні практичні рекомендації щодо лікування гіпербілірубінемії у новонародженого немовляти 35 або більше тижнів гестації, перегляд (2022)» показання для фототерапії грунтуються на гестаційному віці, віку дитини (в днях) і рівню ЗБС

Гестаційний вік 35 тижнів: наведений вік дитини в годинах/днях (від 12 годин до 96 годин/4 діб і $>$) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 136 мкмоль/л і 326 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (12 годин і 96 годин/4 доби і $>$).

Гестаційний вік 40 тижнів: наведений вік дитини в годинах/днях (від 12 годин до 96 годин/4 діб і $>$) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 180 мкмоль/л і 376 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (12 годин і 96 годин/4 доби і $>$).

Також у цьому протоколі наведені показання для фототерапії у дітей з ризиком розвитку ядерної жовтяниці, які ґрунтуються на гестаційному віці, віку дитини (в днях) і рівню ЗБС

Гестаційний вік 35 тижнів : наведений вік дитини в годинах/днях (від 12 годин до 96 годин/4 дб і >) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 120 мкмоль/л і 274 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (12 годин і 96 годин/4 доби і >).

Гестаційний вік 38 тижнів і більше: наведений вік дитини в годинах/днях (від 12 годин до 96 годин/4 дб і >) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 137 мкмоль/л і 310 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (12 годин і 96 годин/4 доби і >). Припинення фототерапії є варіантом, якщо ЗБС знизився щонайменше на 35 мкмоль/л нижче порогового значення, що відповідає годині, від початку фототерапії. Більш тривалий період фототерапії може привести до ризику рикошету гіпербілірубінемії при деяких умовах (наприклад, термін вагітності <38 тижнів, вік <48 годин на початку фототерапії, гемолітична хвороба).

За даними протоколу Австралії «Міністерство охорони здоров'я, Новий Південний Уельс (NSW): Рекомендації щодо виявлення та лікування жовтяниці новонароджених у новонароджених ≥ 32 тижнів вагітності (2016 р.)» показання для фототерапії ґрунтуються на гестаційному віці, віку дитини (в днях) і рівню ЗБС

Гестаційний вік 32 тижні: наведений вік дитини в годинах/днях (від 24 годин/ 1 доба до 96 годин/4 дб і >) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 100 мкмоль/л і 210 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (24 години/1доба і 96 годин/4 доби і >).

Гестаційний вік 35 тижнів: наведений вік дитини в годинах/днях (від 24 годин / 1 доба до 96 годин/4 дб і >) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 110 мкмоль/л і 250 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (24 години/1доба і 96 годин/4 доби і >).

Гестаційний вік 38 тижнів і більше

Наведений вік дитини в годинах/днях (від 24 годин/ 1доба до 96 годин/4 дб і >) і надані рекомендації для початку фототерапії, дивлячись на рівень ЗБС (мкмоль/л) 200 мкмоль/л і 350 мкмоль/л відповідно наведеному вище віку (24 години/1доба і 96 годин/4 доби і >).

Протягом 6 годин після початку терапії рівень ЗБС має знизитись на 34 мкмоль/л як у доношених так і передчасно новонароджених.

Висновки:

1. Проведений аналіз особливостей призначення фототерапії, при неонатальній жовтяниці за протоколами різних країн (Україна, США, Австралія) демонструє, що фототерапія є ефективним методом лікування і профілактики ускладнень жовтяниці у новонароджених.
2. Показання для фототерапії залежать від гестаційного віку і рівнів білірубіну.
3. Найнижчі рівні ЗБС для початку фототерапії у доношених дітей без ризику розвитку ядерної жовтяниці фіксуються в протоколі Австралії, проміжне місце займає протокол США і найвищі рівні в протоколі України.
4. Протокол США включає відомості про ризики розвитку нейротоксичності білірубіну, тому рівень ЗБС для початку фототерапії є значно нижчим ніж для дітей без ризику розвитку нейротоксичних уражень.
5. У всіх протоколах для припинення фототерапії рекомендовані майже однакові рівні зниження ЗБС від 20 до 35 мкмоль/л протягом однієї доби від початку фототерапії.

Ключові слова: жовтяниці новонароджених,

БЛОК КАЛЬЦІЙ-ЧУТЛИВИХ РЕЦЕПТОРІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ

Колісник В.О.

Науковий керівник: д.мед.н.,професор Одиноць Ю.В.

Кафедра педіатрії №2

Завідувач кафедри: д.мед.н.,професор Макєєва Н.І.

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ. Бронхіальна астма (БА) посідає вагомe місце серед захворювань дихальних шляхів у дітей молодшого віку, що часто може призводити до інвалідизації пацієнтів. Це, у свою чергу, є великою соціальною та економічною проблемою. Захворювання є мультифакторним, яке базується на взаємозв'язку генетичної схильності та впливу чинників навколишнього середовища. Значне поширення захворювань дихальної системи серед дітей молодшого віку спонукає до пошуку нових тригерних факторів та механізмів, серед яких мають значення кальцій-чутливі рецептори (CaSR). Це, у своєму роді, унікальний рецептор, що зв'язаний із з G-білками (GPCR) та активується позаклітинним кальцієм (Ca²⁺) й іншими фізіологічними катіонами. Останні дослідження доводять, що експресія CaSR поширюється на інші тканини та системи за межами позаклітинної гомеостатичної системи Ca²⁺, включаючи серцево-судинну, нервову систему, дихальні шляхи, де він може виконувати фізіологічні функції, які ще не повністю з'ясовані. Деякі дослідники також знаходять взаємозв'язок CaSR із виникненням запальних реакцій дихальних шляхів наряду із алергічними компонентами.

Мета. Визначення рівня CaSR в сироватці крові та його взаємозв'язок із кальцієвим обміном, імуноглобуліном E (IgE) у дітей, хворих на БА, при загостренні та у стадії ремісії.

Матеріали і методи. Проведено обстеження дітей хворих на БА (n=20) у віці від 3 місяців до 6 років на базі пульмонологічного відділення КНП «Міська клінічна дитяча лікарня №16» ХМР. Діагноз БА встановлювали з урахуванням загальноприйнятих критеріїв діагностики. В якості групи контролю взяті на обстеження здорові діти (n=20) аналогічного віку, що

не мали жодних проявів захворювання верхніх дихальних шляхів та іншої гострої патології впродовж останнього місяця. Визначення білку CaSR та IgE у периферичній крові проводили методом імуноферментного аналізу. Рівень кальцію в крові-комплексометричним титруванням. Обстеження проводилося в періоди загострення та досягнення ремісії захворювання. Всі дані були обчислені за допомогою програми STATISTICA 8.0.

Результати. Пацієнти на момент загострення БА мали більш низькі показники рівня білку CaSR, у порівнянні з їх рівнем у період ремісії та групою контролю ($p_{1-2}=0,0004$; $p_{k-1}=0,0000$; $p_{k-2}=0,0000$). Рівень Ca²⁺ був суттєво знижений у пацієнтів із бронхіальною астмою у порівнянні із дітьми групи контролю ($p_{k-1}=0,0017$; $p_{k-2}=0,0011$). Відмічалась пряма середньої сили кореляція показників CaSR та IgE ($r=0,5046$), $p<0,05$ у дітей в приступний період БА, та непряма середньої сили кореляція між показниками CaSR та Ca²⁺ ($r=-0,5096$), $p<0,05$ у дітей групи контролю.

Висновки.

1. Статистично достовірне зниження рівня білку CaSR у дітей в стадії загострення БА може свідчити про його певну роль у початкових ланках розвитку даної патології. Також необхідно розглядати його ймовірний перерозподіл в периферичній крові та органах-мішенях, зокрема легенях, або пошкодження самих рецепторів на фоні бронхообструкції та явної запальної реакції.
2. Відмічається також взаємозв'язок рівня Ca²⁺ із білком CaSR, у здорових дітей, та його зменшення на фоні запального процесу та бронхообструкції.
3. Очевидно є взаємозв'язок молекул білку CaSR та IgE на перших ланках розвитку бронхообструктивного синдрому при БА.
4. Пошук нових специфічних сигнальних маркерів розвитку БА у дітей молодшого віку наразі триває. Велике зацікавлення має білок CaSR та його роль і взаємозв'язок з іншими прозапальними, імуноспецифічними компонентами, що і спонукає нас до подальших досліджень.

Ключові слова. Бронхіальна астма, білок кальцій-чутливого рецептору, діти, кальцієвий обмін, імуноглобулін E

ЗНАЧЕННЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА РІВНЯ VEGF-A ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ЛЕГЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГОСТРІЙ ЛЕЙКЕМІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ.

Коваль В.А.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Макєєва Н.І

Кафедра педіатрії №2

Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Макєєва Н.І Макєєва Н.І

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

Вступ: гостра лейкемія (ГЛ) – найпоширеніше онкологічне захворювання у дитячому віці. Останнім часом все більше уваги приділяється вивченню ускладнень ГЛ, у тому числі легеневих. ЕндоТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ (ЕД) є досить характерним патологічним станом у пацієнтів з ГЛ. Вивчення ЕД та визначення маркерів пошкодження ендотеліального шару аерогематичного бар'єру легень у дітей з ГЛ надасть змогу краще зрозуміти патологічні процеси у легенях у дітей з ГЛ.

Мета: оцінити рівні судинного ендотеліального фактора росту А (VEGF-A) у сировотці крові та визначити його прогностичне значення для розвитку легеневих ускладнень у дітей з ГЛ.

Матеріали і методи: до дослідження залучено 51 дитину в віці 6-18 років з ГЛ у гематологічному відділенні КЗОЗ «Харківська міська дитяча клінічна лікарня №16». Група контролю включала 15 практично здорових дітей. 1 група включала дітей з ГЛ на фоні проведення хіміотерапії (n = 24). До 2-ої групи увійшли діти з ГЛ, які закінчили повний курс хіміотерапії (n=27). Критеріями для включення в дослідження були верифікований діагноз ГЛ, вік 6-17 років, підписана згода батьків та/або пацієнтів. Критеріями виключення з дослідження були відмова батьків та/або пацієнтів підписати згоду, хронічні захворювання легень або порушення ендотеліальної функції до початку ГЛ; будь-які спадкові захворювання, що призводять до зміни структури та функції дихальної системи, спадковий імунодефіцит. Контрольну групу склали 15 здорових дітей. Рівень VEGF-A оцінювали методом ІФА. Статистичну обробку даних було проведено з застосуванням програм STATISTICA 8 та MedCalc 17.2.

Результати: у 84,31% дітей з ГЛ діагностовано легеневі ускладнення: гострий бронхіт (31), гострий обструктивний бронхіт (10), бронхіальна астма (3), пневмонія (25), інтерстиціальна пневмонія (1), плеврит (2) пневмоторакс (2), фіброз легень (3), лейкемічна інфільтрація легень (1). Частота легеневих ускладнень становила 82,5% під час протоколів хіміотерапії та 20,0% у ремісії після повного курсу хіміотерапії. У дітей 1 групи рівень VEGF становив 164,12 (150,18; 197,08) пг/мл, у дітей 2 групи – 169,11 (132,15; 198,66) пг/мл, у дітей контрольної групи: - 130,65 (129,45; 132,15) пг/мл. Виявлено статистично вірогідне підвищення рівня VEGF-A у 1-й групі та 2-ї групи відносно контрольної групи ($p_{1-C}=0,000041$; $p_{2-C}=0,001184$). Вірогідних відмінностей у рівнях VEGF-A між дітьми 1-ї та 2-ї груп не було визначено ($p_{1-2}=0,623648$), тобто навіть після закінчення хіміотерапії цей показник залишається високим та свідчить про значну ЕД навіть у довготривалій ремісії ГЛ. За даними ROC-аналізу, рівень VEGF-A після повного завершення курсу хіміотерапії >196,28 прогностично значущий для формування легеневих ускладнень у дітей з ГЛ у довготривалій ремісії (AUC 0,900; Чутливість 85,71%; Специфічність 95,00%).

Висновки: у дітей з ГЛ виявлено значну ЕД, як в гострому періоді захворювання, так і в ремісії після завершення хіміотерапії. Рівень VEGF-A у сировотці крові може бути прогностичним для розвитку легеневих ускладнень у дітей в довготривалій ремісії ГЛ.

Ключові слова: ендотеліальна дисфункція, судинний ендотеліальний фактор росту, легеневі ускладнення, лейкемія, діти.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ВЕРНІКЕ У ДІВЧИНКИ 13 РОКІВ, ВНАСЛІДОК РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Ковальчук Л.С.

*Науковий керівник: к.мед.н., доцент Копійка Г.К.,
Кафедра педіатрії №3 з післядипломною підготовкою
В.о. завідувача кафедри: к.мед.н. доцент Кравченко Т.Ю.
Одеський національний медичний університет,
м.Одеса, Україна*

Вступ: енцефалопатія Верніке - потенційно зворотній нейрометаболічний розлад (невідкладний гострий нейропсихіатричний стан), спричинений недостатністю тіаміну, який характеризується розвитком атаксії, офтальмоплегії і дизорієнтацією. Захворювання дуже часто має пізню діагностику, тому відсутність вчасного лікування може призводити до розвитку хронічної форми, синдрому Корсакова, а в деяких випадках навіть до смерті пацієнта. Дефіцит тіаміну найчастіше є наслідком хронічного зловживання алкоголю, але також треба пам'ятати, що тривале голодування теж може стати причиною розвитку захворювання. Проблема діагностики зазвичай полягає в тому, що діагноз є клінічним, а біля 80% пацієнтів не мають типової тріади симптомів. Інструментальна діагностика використовується (КТ та МРТ головного мозку) та допомагає в деяких випадках виявити зміни в таламусі, але все ж таки залишається допоміжним методом.

На сьогодні існує проблема низької поінформованості серед лікарів – педіатрів щодо розповсюженості енцефалопатії Верніке у дітей та причин, які можуть призвести до даного захворювання.

Мета: проаналізувати клінічний випадок енцефалопатії Верніке за результатами власного спостереження.

Матеріали і методи: проведено клінічний аналіз випадку енцефалопатії Верніке у дівчинки 13 років на підставі опитування пацієнтки, вивчення медичної карти стаціонарного хворого, безпосередньої участі у веденні даної пацієнтки в умовах стаціонару, а також організації подальшого спостереження випадку.

Опис клінічного випадку: дівчинка А., 13 років, надійшла до відділення інтенсивної терапії ДМКЛ №3 ОМР у важкому стані, за рахунок неврологічної симптоматики. Відмічалась виражена кволість, неможливість самостійно встати з ліжка, пересуватися, відсутність центрального зору. Зазначені симптоми прогресували протягом останніх 14 днів. Провідною скаргою була втрата центрального поля зору. З анамнезу хвороби з'ясувалось, що за останні два тижні дівчинка дуже суворо обмежувала себе в харчуванні, майже нічого не їла (зі слів матері). Стан дитини погіршився раптово напередодні госпіталізації. Виникла одноразова блювота, після чого дитина різко стала млява, сонлива, не змогла встати з ліжка, почала втрачати вербальний контакт з мамою.

З анамнезу життя: протягом останніх 2х років у дитини відмічались ознаки розладів харчової поведінки, а саме: поступове зменшення об'єму вживаної їжі та обмеження раціону (у дитини були епізоди маячіння з відмовою від їжі, які підтримувалися з боку її матері, а саме обмеження вживання м'яса та вуглеводів, спроби замінити продукти харчування на БАДи у великій кількості). Від початку змін в раціоні дитини, почала втрачатися вага. Максимальна вага, яку мала дитина до початку схуднення – 52 кг., далі відмічалось поступове зниження ваги протягом 2х років. За останні 2 місяці дівчина втратила 16 кг, з них за останній тиждень – 3 кг. На момент госпіталізації дівчина мала вагу – 36 кг, зріст – 157 см, ІМТ – 14,61 кг/м², дефіцит маси тіла складав – 28 %.

З діагностичною метою проведена МРТ головного мозку, де були виявлені зміни МР-сигналу від медіальних відділів таламусів, ймовірно, демієлінарного характеру (по типу енцефалопатії Верніке).

На підставі анамнестичних даних про наявність у дитини тривалого розладу харчової поведінки, внаслідок чого відбулась виражена втрата ваги, а також враховуючи триаду клінічних ознак (атаксія, атактична хода та околорухові дисфункції), допоміжну інструментальну діагностику у вигляді МРТ головного мозку, яка показала наявність змін метаболічного характеру в області таламуса, було виставлено попередній діагноз: Енцефалопатія Верніке та розпочата терапія ex juvantibus 5% розчином тіаміну в дозі 500 мг в/в протягом 2 діб, згідно протоколу лікування даної нозоформи.

Отримана швидка позитивна динаміка в неврологічному стані та самопочутті дитини, а саме: відновлення зору на 2 добу від початку терапії, регрес мозжочкових розладів, покращення когнітивних функцій – протягом першого тижня лікування.

Подальша терапія включала прийом тіаміну у зниженій дозі 250 мг/добу протягом п'яти днів, а також консультація та супровід дитячого гастроентеролога, дієтолога, психіатра.

На даний момент дитина знаходиться на етапі реабілітації в центрі терапії порушень харчової поведінки, у супроводі мультидисциплінарної команди, яка включає лікаря – реабілітолога, гастроентеролога, дієтолога, психолога, педіатра. Стан дитини має позитивні зміни.

Висновки: Енцефалопатія Верніке в дитячому віці є потенційно загрозливим станом з високим летальним ризиком, та розвитком незворотніх наслідків з боку ЦНС, що можуть призвести до інвалідизації. На сьогодні існує проблема низької поінформованості серед лікарів – педіатрів щодо частоти, з якою енцефалопатія Верніке зустрічається у дітей та причин розвитку даної хвороби. Порушення харчової поведінки є розповсюдженою проблемою підлітків, яка може призводити до несприятливих, загрозливих для життя наслідків. Ведення дітей з розладами харчової поведінки вимагає участі у процесі лікування та реабілітації мультидисциплінарної команди фахівців та комплексного підходу.

Ключові слова: Енцефалопатія Верніке, дефіцит тіаміну, синдром Корсакова, порушення харчової поведінки

ВПЛИВ АЛЕРГЕН-СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, СЕНСИБІЛІЗОВАНИХ ДО АЛЕРГЕНІВ КОТІВ ТА ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Кривопустова М. В.

Науковий керівник: член-кореспондент НАМН України,

д.мед.н., професор Волосовець О. П.

Кафедра педіатрії № 2

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України,

д.мед.н., професор Волосовець О. П.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м.Київ, Україна

Вступ: сьогоденна актуальність бронхіальної астми підкреслюється не лише її поширеністю, можливою гіподіагностикою, але й негативним впливом на якість життя хворих. Особливої проблеми це набуває саме в шкільному віці, з огляду не лише на фізичні, але й соціальні та освітні аспекти. В цілому, астма накладає значний тягар на здоровоохорону щодо дітей та підлітків. При цьому не викликає сумнівів суттєва роль сенсibilізації до різноманітних алергенів котів. В останні часи педіатрична алергологія зазнала значного прогресу як у діагностичному аспекті, з огляду на молекулярну алергодіагностику, так і в терапевтичному аспекті. Вивчаються можливості алерген-специфічної імунотерапії (АІТ), зокрема, при сенсibilізації до алергенів котів.

Мета: оцінити якість життя дітей у віці 6-17 років, які хворі на астму та сенсibilізовані до алергенів котів за умов проведення АІТ.

Матеріали і методи: проаналізовано якість життя у 128 дітей віком 6-17 років, які мали бронхіальну астму, сенсibilізацію до алергенів котів за умов наявної інформованої згоди. Проводився прик-тест з екстрактом, що стандартизований за алергеном Fel d 1. Був проаналізований профіль сенсibilізації за допомогою багатокомпонентної молекулярної алергодіагностики ALEX² (Австрія). Порівнювалися показники якості життя у дітей, які мали, згідно сучасних стандартів, базисну терапію та у дітей, які отримували крім неї ще й АІТ. АІТ з екстрактом алергенів шерсті kota застосовувалася підшкірно або у вигляді сублінгвального спрею. Був використаний опитувальник «MiniPAQLQ» щодо якості життя. Для проведення статистичного аналізу використовували IBM SPSS Statistics Base v. 22.

Результати: спостерігалось на початку спостереження зниження усіх показників якості життя - загального, за даними симптомів, щодо емоційної функції й активності. Початкове значення загального показника якості життя - 4,93 (95% ДІ 4,83 - 5,04) у дітей, котрі отримували АІТ на 4,83 (95% ДІ 4,70 - 4,95) в групі порівняння ($p = 0,077$). Через 12 місяців терапії - 5,64 (95% ДІ 5,51 - 5,76) ($p < 0,001$) та 5,09 (95% ДІ 4,96 - 5,22) відповідно ($p < 0,001$). Мав місце кореляційний зв'язок між показником якості життя та тяжкістю бронхіальної астми ($r = -0,629$; $p < 0,001$), між показником якості життя та здійсненням АІТ ($r = 0,620$; $p < 0,001$).

Висновки: динамічна оцінка якості життя за даними опитувальника MiniPAQLQ свідчить про доцільність включення АІТ у комплексну терапію дітей віком 6-17 років у разі наявної сенсibilізації до алергенів котів та астми.

Ключові слова: алергени, бронхіальна астма, діти, імунотерапія, якість життя

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АУТОІМУННОГО ГЕПАТИТУ

Курінна І.О.

Науковий керівник:Ізирінська Ю. Р.

Кафедра фундаментальних та медико-профілактичних дисциплін

Міжнародний Європейський університет

м.Київ, Україна

Вступ: Аутоімунний гепатит(АІГ) - аутоімунна хвороба, яка зумовлена руйнуванням власних клітин печінки антитілами імунної системи організму. Симптоми аутоімунного гепатиту можуть різнитись, але зазвичай це: безсоння, жовтяниця, шкірні висипання, хронічне відчуття втоми, втрата ваги через відсутність апетиту, болі в животі, нудота та блювота, збільшення селезінки. Ця хвороба вважається рідкісною, оскільки поширеність становить 16/18 випадків на 100000 людей серед жителів Європи. Унікальність нашого клінічного випадку полягає в тому, що аутоімунний гепатит довгий час маскувався під гостру респіраторну вірусну інфекцію.

Мета: Проаналізувати даний клінічний випадок аутоімунного гепатиту та з'ясувати основні клініко-лабораторні особливості, що допоможуть своєчасно розпізнавати аутоімунні захворювання.

Опис клінічного випадку. Дитина від II вагітності (I позаматкова). Пологи відбувалися шляхом кесарського розтину. Вага при народженні у дитини - 3650г. Сімейний анамнез: у батька дитини (49 р.)-лімфогранулематоз та патологія тимусу, у мати (49 р.)- хронічна мігрень. Перенесені хвороби у дитини: ГРВІ більше 5 раз/ рік, інфекційний мононуклеоз. Пацієнтка почала хворіти з 15.12.2022 р. мама дівчинки скаржилась на набряки на очах, високу температуру тіла 39,0°C яка погано піддається зниженню, температура не нижче 37,4°C. З 17.12.2022 з'явилося першіння в горлі, без катаральних явищ, 19.12.2022 з'явився набряк на очах, дизурія, сеча стала кров'янистого кольору. Пацієнтку госпіталізували 19.12.2022 до ДКЛ № 5 з попереднім діагнозом: токсичне ураження печінки, ГРВІ, нефротичний синдром, спленомегалія, фарингитонзиліт. В стаціонарі дитину обстежили: ЗАК, біохімічний аналіз крові: АЛТ- 111.5, білірубін загальний- 23.2, білірубін прямий- 3.1, холестерин- 3,64 сечовини-6,7, заг.білок-53,7. Аналіз сечі по Нечипоренко:лейкоцити 1500, еритроцити 2750. Печінка збільшена +3.0 см. Ліку-

вання: цефтріаксон-2 дні, надалі Цефікс 2 дні; уросептики. 23.12.2022. Пацієнтку переведено в Національну дитячу спеціалізовану лікарню «ОХМАТДИТ» де встановили попередній діагноз: токсичне ураження нирок? Токсичне ураження печінки? Нефротичний синдром? Інтотоксикаційний синдром? Дообстеження: маркери вірусних гепатитів, імунограма, протеїнограма, УЗД, ЕКГ, ЗАС. Лабораторне дослідження сироватки крові на наявність маркерів вірусних гепатитів показало: Антитіла до вірусу гепатиту С(IgM+IgG) не виявлено; Антитіла до core- антигену вірусу гепатиту В (IgM+IgG): не виявлено; Поверхневий антиген вірусу гепатиту В(HBsAg) не виявлено; Антитіла до поверхневого антигену вірусу гепатиту В(Anti HBsAg) > 1000 /с. Згодом пацієнтка була госпіталізована до Центру дитячої гепатології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім.акад.О.М.Лук'янової НАМН України». Аналізи пацієнтки доставили до Німеччини, де підтвердився діагноз «Аутоімунний гепатит». На тлі лікування стан пацієнтки стабілізовано. Загальноклінічний та біохімічний аналіз крові в нормі. Клінічно стан задовільний.

Висновок: Аутоімунні захворювання є однією з актуальних проблем сучасної клінічної медицини. Важливим питанням залишається рання діагностика та створення нових терапевтичних цілей у лікуванні аутоімунних хвороб.

Ключові слова: аутоімунний гепатит, жовтяниця

ОСОБЛИВОСТІ РІВНІВ ВІТАМІНУ D У ДІТЕЙ З COVID-19 ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ

Лабівка О.

Науковий керівник: д. мед.наук, професор Павлишин Г.А.

Кафедра педіатрії №2

Завідувач кафедри: д. мед.наук, професор Павлишин Г.А.

Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я.Горбачевського МОЗ України

м.Тернопіль, Україна

Вступ: пандемія COVID-19 є не тільки соціальним викликом, але й в більшій мірі медичним та науковим. Складність важкого гострого респіраторного синдрому, викликаного коронавірусом 2 (SARS-CoV-2), полягає в непередбачуваному клінічному перебігу захворювання. Саме тому необхідні нові біомаркери для ідентифікації пацієнтів, у яких захворювання швидко прогресуватиме, аж до важких ускладнень і смерті.

Вітамін D відіграє важливу роль у регуляції імунної відповіді та має захисну дію проти інфекцій дихальних шляхів. Також відомо, що дефіцит вітаміну D пов'язаний з підвищеним ризиком тяжкості перебігу COVID-19. Тому визначення рівня вітаміну D у пацієнтів може стати важливою складовою для прогнозування перебігу даного захворювання.

Мета: проаналізувати рівні вітаміну D у дітей з COVID-19 та оцінити його показники залежно від тяжкості перебігу хвороби.

Матеріали і методи: було обстежено 109 дітей, віком від 1 місяця до 18 років з COVID-19, підтвердженого шляхом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в мазках з носа або позитивним серологічним тестом (IgM та IgG, або IgM), які знаходилися на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні Тернопільської міської дитячої лікарні.

У всіх дітей було лабораторно визначено рівні вітаміну D колориметричним методом імуноферментного аналізу (ІФА) з використанням тест-системи Monobind.

Достатнім рівнем вітаміну D вважали значення 30-100 нг/мл, недостатністю вітаміну D – 29-20 нг/мл і дефіцитом – <20 нг/мл.

Результати: у обстежуваних дітей середній вік становив (7,02±5,74) років (95% CI 5,93–8,11). З легким перебігом захворювання було 57 дітей, що становило 52,3%, із середньоважким перебігом - 43 дитини, що становило 39,4% та у 9 дітей був діагностований важкий перебіг захворювання - 8,3% відповідно.

Концентрація вітаміну D у дітей з легким перебігом COVID-19 становила Median 30,91 нг/мл; із середньоважким перебігом – Median 29,10 нг/мл; у дітей із важким – Median 21,30 нг/мл (p<0,05).

Висновки: отже, згідно даного дослідження у всіх дітей з легким перебігом Covid-19 рівень вітаміну D був достатнім, із середньоважким та важким перебігом- недостатнім. Дефіцит вітаміну не спостерігався в жодній з груп.

Рівень вітаміну D у дітей із легким перебігом Covid-19 був вищим порівняно з показниками у дітей із середньоважким та важким перебігом захворювання.

Ключові слова. Діти, коронавірус, SARS-CoV-2, пандемія, інфекційні хвороби.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІХТІОЗУ В ПРАКТИЦІ ПЕДІАТРА

Ничипорчук Г.С.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Мозирська О.В.

Кафедра педіатрії № 2

Завідувач кафедри: член-кореспондент НАМН України, д.мед.н., професор Волосовець О.П.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

м.Київ, Україна

Вступ: Іхтіози являють собою гетерогенну групу розладів, що характеризуються генералізованим лущенням шкіри різного ступеня тяжкості. Переважна більшість іхтіозів є спадковими, але набуті форми можуть розвинути на тлі зловживань новотворень, аутоімунних або інфекційних захворювань і дефіциту харчування.

Вульгарний іхтіоз є найпоширенішими типами іхтіозу. За оцінками, захворюваність становить 1 на 250 пологів. Вульгарний іхтіоз вважається найлегшим у диференційній діагностиці з іншими типами іхтіозу. Він викликається мутаціями в гені філагрину (*FLG*). Його попередник – профілагрин – є основним компонентом кератогліконових гранул у зернистому шарі епідермісу.

Мета: навчитися розпізнавати диференційні ознаки вульгарного іхтіозу у дитини.

Матеріали і методи: проаналізовано стаціонарну медичну карту хлопчика 5 років, який поступив в лікарню з рядом симптомів, при огляді якого було запідозрено вульгарний іхтіоз. Проведене спостереження, догляд і лікування дитини.

Опис клінічного випадку. Хлопчик С., 5 років, поступив в лікарню КМДКЛ №2, зі скаргами на температуру, кашель, нежить. Було діагностовано ГРВІ, проведено обстеження, дитина отримувала лікування.

Під час обстеження звертала на себе увагу особливість шкіри дитини, а саме сухість. На шкірі відмічалось відшаровування товстими лусочками, посилення шкірного малюнка на долонях, ламкість та розшарування нігтів. При спробі намастити шкіру кремом – шкіра через 15 хвилин ставала сухою. Була наявна особлива ознака - гіперлінійність долоней – це специфічна ознака мутацій в гені філагрину. На підставі цього було діагностовано вульгарний іхтіоз.

Було проведено лікування, яке включало: купання зі зволожуючими агентами (олія для купання) 10-15 хвилин в негарячій воді, після цього - негайне нанесення емолієнту. Цей догляд за шкірою має бути взятий за основу в лікуванні для цього хлопчика, що значно полегшить перебіг вульгарного іхтіозу.

Висновки: Діагноз вульгарний іхтіоз досить легко діагностується завдяки своїм специфічним анамнестичним даним. Гіперлінійність долоней є специфічною для вульгарного іхтіозу (позитивна прогностична цінність). Люди з вульгарним іхтіозом живуть нормальним життям без суттєвого впливу на якість та тривалість життя, але повинні мати справу з щоденним лікуванням лущення шкіри.

Ключові слова: гіперлінійність, емолієнти, кератогліконові, профілагрин, філагрин.

УРАЖЕННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 1-ГО ТИПУ У ДІТЕЙ

Нечасв М.П., Стрельченко Д.К.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Мітюряєва-Корнійко І.О.
Кафедра педіатрії №4

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Мітюряєва-Корнійко І.О.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
м.Київ, Україна

Вступ: за даними інтернаціональної федерації у 2021 році було зареєстровано 543 мільйони хворих на ЦД, з них 1,2 мільйони – діти, а кількість нових випадків ЦД у дітей складає близько 190 тисяч. Захворювання органів травлення є досить розповсюдженими серед дитячого населення та займають провідне місце серед соматичної патології дитячої популяції. Близько 40-50% дітей з цукровим діабетом 1 типу мають симптоми ураження органів шлунково-кишкового тракту.

Мета: Підвищення ефективності ранньої діагностики проявів патології шлунково-кишкового тракту у дітей, хворих на ЦД 1 типу.

Матеріали і методи: Для вивчення даної нозології (ураження органів ШКТ при ЦД) за основу було взято теоретичний метод дослідження, а саме: аналіз, узагальнення та синтез.

Огляд: Найчастішими скаргами пацієнтів з приводу перебігу ЦД є лабільність глікемії, надмірні харчові піки, зміна чутливості до інсуліну, наявні епізоди кетоацидозу. В свою чергу рівень глікемії безпосередньо впливає на роботу органів ШКТ, як ось: гостра гіперглікемія уповільнює спорожнення шлунку та підсилює відчуття повноти, виникає нудота та здуття живота. Помірна глікемія зменшує швидкість спорожнення шлунку, а при кетозі або кетоацидозі у пацієнтів може виникати й навіть абдомінальний біль, як наслідок порушення електролітного балансу. Диспепсія, дисфагія, печія, здуття живота, закрепи та абдомінальний біль – найчастіші скарги пацієнтів з ЦД з приводу органів ШКТ. Лише міждисциплінарна співпраця ендокринолога та гастроентеролога дозволяє вирішити дану проблему. Корекція інсулінотерапії, навчання самоконтролю з метою підвищення «time in range» (4,0-10,0 ммоль/л), діагностика та лікування розладів з боку органів ШКТ та рекомендації стосовно дієтотерапії – основа профілактики ускладнень з боку органів шлунково-кишкового тракту та покращення якості життя пацієнтів з ЦД 1-го типу. Важливу роль у діагностиці функціональних розладів ШКТ відіграють валідовані анкети-опитувальники Bowel Disease Questionnaire (BDQ) та Patient Assessment of Upper Gastrointestinal Symptom Severity Index (PAGI-SYM), рекомендовані до застосування US Food and Drug Administration (FDA) та European Medicines Agency. В першу чергу необхідно вміти диференціювати функціональні та органічні розлади органів ШКТ та функціональний й не функціональний біль, розуміти, що останній потребує більш детального лабораторного та інструментального обстеження.

Висновок: Симптоми ураження органів ШКТ впливають на розвиток хронічних ускладнень та якість життя пацієнтів з ЦД, патологія часто зустрічається серед обраної категорії пацієнтів. Валідовані анкети відіграють важливу роль у діагностиці симптомів ураження органів ШКТ. Патологічні особливості виникнення симптомів потребують більш детального вивчення. Навчання пацієнтів самоконтролю та дієтотерапія є обов'язковими умовами для досягнення компенсації цукрового діабету та/або зменшення ризику розвитку ускладнень з боку органів ШКТ. Колективна робота ендокринолога та гастроентеролога дозволяє досягати консенсусу у виборі стратегії ведення хворих з ЦД.

Ключові слова: цукровий діабет 1 типу, ураження ШКТ

ОСОБЛИВОСТІ ГЕНЕТИЧНОГО ПОРТРЕТУ СИНДРОМУ ЖИЛЬБЕРА У ДІТЕЙ

Обушко О.Р., Обушко У.Р.

Науковий керівник к.мед.н.Турова Л.О.,
Кафедра клінічної імунології, алергології з секцією медичної генетики
Завідувач кафедрою д.мед.н., професор Курченко А.І.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м.Київ, Україна

Вступ: синдром Жильбера – генетична патологія, що обумовлена дефектом кліренсу білірубіну через кон'югуючий фермент печінки (фаза II), відомий як УДФ-глюкуронілтрансфераза, який кодується геном UGT1A1.

Мета: на основі фенотипового прояву та генетичних варіацій пацієнтів з синдромом Жильбера показати особливості діагностичного пошуку хвороби як мультисистемного розладу у дітей.

Матеріали та методи дослідження: Проведений аналіз супутньої генетичної патології на фоні синдрому Жильбера з використанням всевітньо відомих баз даних GWAS (Genome Wide Association Study) каталог і NCBI (The National Center for Biotechnology Information), та інші. В роботі були використані молекулярно-генетичне ДНК обстеження.

Результати: Клінічний випадок №1: Пацієнт М., 2018 р.н. зі скаргами на знижену масу тіла, особливості психо-моторного, мовного і фізичного розвитку, м'язеву слабкість, часті болі в ніжках, порушене травлення та вздуття, часті прояви atopії. Дитина часто хворіє на ГРВІ, аденоїдити, втрачає вагу і важко відновлюється. Перинатальний, неврологічний та генетичний анамнези обтяжені. Спостерігається неврологом з діагнозом: Розлад розвитку мови, експресивного компоненту. Неуточнені пароксизми сну, вірогідно доброякісні. Поведінкова інсомнія. Розлад рухів сну.

Фенотипово: стан пацієнта задовільний. Звернену мову розуміє, проте не відповідає, закритий до спілкування. На момент консультації плаксивий, стурбований. Мама жаліється на прояви агресії, які посилюлись. Має особливості феноту. Стигмальний. Диспропорційна будова тіла. Привідкритий рот і висунутий язик (зафіксовано також ортодонтом). Візуалізуються ознаки дисплазії сполучної тканини, вальгусна постава, пупкова кила, що потребує спостереження. Коротка шия, вузька грудна клітина. Великий роздутий живіт (зі слів батьків та огляду фото, які надали батьки – спостерігається з народження). Дитина астеничної статури, має дефіцит маси тіла.

Дитина має порушення генів другої фази детоксикації, які обов'язково потрібно враховувати, особливо при призначенні фармакологічних препаратів, проте батьки відмовились від інтерпретації. Пацієнт має виявлені генетичні особливості ДНК панелі в яку включені неврологічні та метаболічні порушення (оцінювалось 1769 генів для варіантів (генетичних змін), які пов'язані з генетичними захворюваннями. При співставленні тріо геномів (дитина – мати - батько) виявлені наявні як у дитини, так і у обох батьків поліморфні варіанти генів асоційовані як з неврологічною патологією, так із метаболічними порушеннями, зокрема: Ген UGT1A1 c.-41_-40dup (Non-coding) компаунд гетерозигота, патогенний.

Заключення: На основі проведеного клініко-генеалогічного, синдромологічного аналізу, фенотипових особливостей пацієнта, допоміжних методів обстеження, та враховуючи генетичний і метаболічний анамнез, можна зробити висновок:

Аналізуючи наукову літературу та особисті клінічні спостереження, можна констатувати, що, на розвиток метаболічних змін та патологічних процесів в організмі дитини вплинуло наявність досліджуваних генів, особливо домінуючих, які дитина успадкувала від обох батьків і під впливом кумулятивної полімерії різні домінуючі неалельні гени подіяли на одну і ту ж ознаку (метаболічні та неврологічні порушення і скелетна дисплазія) посилюючи її прояв (ступінь прояву залежить від кількості домінуючих алелів), а у пацієнта їх 10!

Діагноз основний: Спадкова хвороба обміну з нейророботичним синдромом. Асоційований з геном UGT1A1 синдром Жильбера, що зважаючи на складну гетерозиготність потребує клінічної та лабораторної диференціальної діагностики з синдромом Крігlera-Наджара II типу. Порушення вуглеводного та обміну нейротрансмітерів. Генетично обумовлений синдром скелетної дисплазії та сполучної ткани. Синдром мітохондріальної дисфункції. Порушення генів другої фази детоксикації ксенобіотиків.

Супутній: Дисфункція гепато-біліарної системи. Ферментативна дисфункція. Синдром підвищеної епітеліальної проникності кишківника. Синдром atopії. Вторинна кардіоміопатія. Гіперметропія слабкого ст. обох очей. Порушення мікробного пейзажу слизової ротової порожнини і носоглотки. Порушення мікробного пейзажу кишківника?

Клінічний випадок №2: Пацієнтка Ю., 2014 р.н. звернулася на консультацію зі скаргами: на знижений апетит та прибавку в масі тіла, часті ацетонемічні кризи, atopії у вигляді висипань і набряків навколо анусу та статевих органів, специфічний запах від тіла, неоформлений стул.

Дитина має діагноз: целиакія типова з синдромом мальабсорбції та відставанням у фізичному розвитку (К.90.0). Дискенезія жовчовивідних шляхів. Метаболічна кардіоміопатія. Щелевидна миска обох нирок. Генетичний (завмерла вагітність, ендокринна, онко - та серцево-судинна і мультифакторіальна патологія) перинатальний та неврологічний та анамнези обтяжені.

Фенотипово: стан дитини на момент консультації задовільний. Стигмальна. Диспропорційна. Дитина має мофаноподібний фенотип, який відповідає раніше встановленому діагнозу. Візуалізуються ознаки дисплазії сполучної тканини, ліycopодібна деформація грудної клітини, вальгусна постава, пупкова кила, що потребує нагляду. Шкірні покрови бліді, схильні до сухості. Периорбітальний ціаноз. Підшкірно-жирова клітковина розвинена слабо. Дитина астеничної статури, візуально тургор шкіри та м'язевий тонус знижені. На обличчі в області міжбрів'я – невис достатніх розмірів. Сог і pulmo потребують візуального огляду. Стілець - часто не оформлений. Сечовипускання (зі слів батьків) на момент консультації без патологічних особливостей. Дитина має порушення генів першої та другої фази детоксикації, які обов'язково потрібно враховувати, особливо при призначенні фармакологічних препаратів, та виявлені генетичні особливості ДНК панелі в яку включені як метаболічні порушення так і панель «моногенний діабет ДНК панель (оцінювалось 1842 генів для варіантів (генетичних змін), які пов'язані з генетичними захворюваннями.

За результатами дослідження виявлено 28 патологічних змін, з них найбільш вагомими винесені у діагноз в тому числі і синдром Жильбера.

Висновки: Знання клінічної генетики, метаболоміки та ДНК діагностики допомагають лікарям спрогнозувати і виключити ймовірність пізньої маніфестації не тільки синдрому Жильбера, а будь-якого патологічного процесу. Дають можливість розробити клінічні рекомендації на основі персоналізованих даних з використанням індивідуально розробленої дієтотерапії та схеми використання безпечних лікарських засобів.

Ключові слова: синдром Жильбера, глюкоронілтрансфераза, генотип, фенотип.

ІМУНОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АТОПІЇ У ДІТЕЙ

Пасічник Б.О.

*Науковий керівник к.мед.н. Турова Л.О.,
Кафедра клінічної імунології, алергології з секцією медичної генетики
Завідувач кафедрою д.мед.н., професор Курченко А.І.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м.Київ, Україна*

Вступ: для кращого розуміння патогенезу будь-якої atopічної реакції організму необхідні дані не лише метаболічного та алергічного обстеження, а й особливості генетичної схильності.

Атопію розглядають як мультифакторіальну патологію, в розвитку якої беруть участь не лише окремі поліморфні локуси, але й взаємозв'язок генних мереж з факторами зовнішнього середовища.

Мета: проаналізувати сучасні дослідження за останні 5 років у популяціях різних країн щодо генетичних асоціацій та епі-генетичного впливу на розвиток atopічних хвороб, власні дослідження генів системи першої та другої фази системи детоксикації, генів, що регулюють імунну відповідь та системи головного комплексу гістосумісності класу II (HLA-DRA та -DQB1) у пацієнтів з atopічним синдромом в анамнезі та розробити прогностичну модель на основі персоналізованих генетичних варіацій.

Матеріали і методи: проведений аналіз генів-кандидатів бронхіальної астми (БА), atopічного дерматиту (АД), алергічного риніту (АР), харчової алергії (ХА), гіперчутливості на лікарські засоби (ЧЛЗ), полінозу (П), рівень імуноглобуліну Е (IgE). Як пошукову систему було застосовано PubMed. Інформацію про генетичні варіації використовували із всесвітньо відомих баз даних, таких як GWAS (Genome Wide Association Study) каталог та NCBI (The National Center for Biotechnology Information).

Результати: щоб оцінити рівень генетичної схильності людини (висока, низька чи середня), використовують показник r-значення. Чим він менший, тим більше ген має вплив на прояв тієї чи іншої ознаки. На основі спеціально розробленої біоінформативної програми, аналізували показники r-значення для кожного поліморфізму і порівнювали їх із даними проекту 1000 Genome Project. Біоінформатичні розрахунки проводилися за описаними методами: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410663/> модель математичного програмування за допомогою штучного інтелекту – нейронно-генетичних мереж.

Висновок: взявши до уваги сучасні та власні дослідження, можна зробити висновок, що поліморфізм окремих генів та генних мереж впливає на розвиток atopії. До посилення реалізації генетичної схильності ведуть несприятливі фактори середовища та порушений біоценоз кишківника, слизових та шкіри. Отримані дані поглиблюють уявлення про багатфакторність етіології і поліморфізм патогенетичної структури atopії.

Рання молекулярна ДНК діагностика, знання особливостей функціонування мікробіому допоможе лікарям прогнозувати перебіг захворювання, проводити своєчасну профілактику та виключити ймовірність пізньої маніфестації симптомів atopії.

Ключові слова: atopія, біоінформативна програма, поліморфізм патогенетичної структури

ВИПАДОК ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ, АСОЦІЙОВАНОГО З АСПІРАЦІЄЮ СТОРОННІМ ТІЛОМ У ДИТИНИ

Почтарьова П.А., Кись М.О.

*Науковий керівник: к.мед.н. доцент Клець Т.Д.
Кафедра педіатрії №4
Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Мітюряєва-Корнійко І.О.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м.Київ, Україна*

Вступ: аспірація сторонніх тіл у дихальні шляхи частіше зустрічається у дітей у віці від 1,5 до 3 років. При цьому сторонні тіла у переважній більшості потрапляють до правого головного бронху через його більш вертикальну орієнтацію. І саме вчасно не діагностована аспірація органічними частинками призводить до розвитку грануляцій, що веде до гострого обструктивного бронхіту та пневмонії. Клінічна картина характеризується 3 етапами: періодом гострих проявів, благополуччя та наслідків з виникненням ускладнень.

Мета: провести аналіз клінічного випадку гострого обструктивного бронхіту, асоційованого зі стороннім тілом в бронху у дитини, підкреслити важливість уважного ставлення та контролю з боку батьків, акцентувати увагу на необхідності спостереження в динаміці при захворюванні та потребі ранньої діагностики стороннього тіла в дихальних шляхах для попередження розвитку ускладнень.

Опис клінічного випадку: до лікаря звернулася мати хлопчика 1,5 років зі скаргами у дитини на частий сильний кашель, нежить, підвищення температури тіла до 37,5°C. Сатурація (SpO₂) 98%, ЧД 26/хв, аускультативно дихання жорстке, наявні свистячі дрібнопухирцеві хрипи. Дитина двічі хворіла на гострий бронхіт. На основі клінічних даних встановлено діагноз:

Гострий обструктивний бронхіт, ДН0. Було призначено лікування: інгаляції з пульмікортом (будесонід), зволожуючі краплі для носа, деконгестанти, симптоматичне лікування (при гіпертермії вище 38°C - парацетамол). Стан дитини покращився через 3 дні, кількість хрипів зменшилась, SpO₂ 98%. На 6-ий день підвищилася температура тіла до 38°C, з'явилося стогнуче дихання, задишка, тахікардія, посилюється кашель. Аускультативно: збільшилась кількість дрібропухирцевих хрипів. SpO₂ (домашній пульсоксиметр) – 92%. Дитина була госпіталізована з підозрою на пневмонію. В загальному аналізі крові незначний лейкоцитоз із нейтрофільним зсувом вліво. На рентгенограмі позитивний симптом Гольцкнехта — Якобсона справа (зміщення середостіння в бік ураження), звуження міжреберних проміжків справа, затемнення в нижньому сегменті правої легені - ознака сегментарної пневмонії, що є діагностичними критеріями аспірації стороннього тіла в бронх. Після появи підозри на стороннє тіло правого бронха та уточнення даних анамнезу мати згадала, що за тиждень до захворювання хлопчик під час їжі сильно закашлявся, спостерігалась разова блювота. Кашель зник, до лікаря не звертались. Для уточнення наявності стороннього тіла в дихальних шляхах була проведена бронхоскопія, за результатами якої проміжний бронх на рівні розвилки обтурований стороннім тілом (фрагмент курячої кістки з грануляціями по краях), стороннє тіло видалено, в нижніх відділах помірна кількість гнійного мокротиння. Після проведеної бронхоскопії було продовжено антибактеріальне та симптоматичне лікування пневмонії, стан дитини швидко покращився.

Висновки: даний клінічний випадок демонструє важливість вчасної діагностики аспірації стороннім тілом в бронхах у дітей для попередження розвитку ускладнень, таких як бронхіт та пневмонія, а також акцентує увагу на необхідності динамічного спостереження за пацієнтом при захворюванні. Значущим є інформування батьків щодо контролю за дитиною під час прийому їжі та ігор і пильного ставлення до симптомів, що можуть бути пов'язані з аспірацією стороннього тіла в дихальних шляхах задля вчасного звернення до лікаря. Також лікарям важливо пам'ятати про вищий ризик розвитку аспірації у дітей, ніж у дорослих, через анатомо-фізіологічні особливості дихальної системи.

Ключові слова: аспірація, бронхіт, бронхоскопія, пневмонія, стороннє тіло

КОМУНІКАЦІЯ МІЖ ЛІКАРЕМ ТА ПАЦІЄНТОМ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ СТУДЕНТІВ НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Пошук П.Є., Федоренко М.

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: комунікація між лікарем та пацієнтом має важливе значення, адже правильно побудована структура бесіди, що відбувається під час прийому, дозволяє сформувати довіру до медичних працівників, створити умови для успішного лікування, якнайшвидшого одужання пацієнта, зниження кількості ускладнень, а також позитивного сприйняття лікаря та медичної установи шляхом мінімізації потенційних невдоволень та непорозумінь. Побудова належного плану консультації формує основу порозуміння між лікарем та пацієнтом з метою досягнення необхідного результату лікування.

Мета: встановити найважливіші аспекти комунікації між лікарем та пацієнтом на думку студентів НМУ імені О.О. Богомольця шляхом проведення опитування.

Матеріали та методи: у дослідженні здійснено аналіз 38 анкет студентів 1 курсу (група А) та 40 анкет студентів 6 курсу (Група Б) щодо комунікації лікаря з пацієнтом під час прийому. Загалом у даній роботі проаналізовано 78 анкет здобувачів вищої медичної освіти.

Результати. На запитання: «На прийомі мені важливі»:

- мова, якою спілкується лікар (українською або російською) – 18 студентами з групи А (46,8%) та 22 студентами з групи Б (55%) вказано про важливість спілкування українською мовою;
- охайний зовнішній вигляд лікаря та медсестри надано позитивну відповідь 26 опитуваними з групи А (67,6%) та 30 опитуваними з групи Б (75%);
- наявність індивідуальних захисних засобів (медична маска, рукавички) 19 здобувачами з груп А (49,6%) та Б (47,5%) надано відповідь «Так»;
- дезінфекція рук лікаря перед початком огляду пацієнта – 29 студентами з групи А (75,4%) та 32 студентами з групи Б (80%) повідомлено про необхідність здійснення вказаної процедури;
- щоб під час прийому лікарем не велись бесіди по телефону, що не стосуються огляду – 23 опитуваними з групи А (59,8%) та 24 опитуваними з групи Б (60%) надано стверджувальну відповідь;
- професійні якості лікаря надано позитивну відповідь 29 здобувачами з групи А (75,4%) та 27 здобувачами з групи Б (67,5%);
- щоб під час огляду не заходили інші лікарі, медсестри або пацієнти – 17 студентам з групи А (44,2%) та 12 студентам з групи Б (30%) конфіденційність відіграє значну роль під час прийому.

На запитання «Чи важливо для мене мати змогу висловити лікарю свої занепокоєння та очікування» здобувачами вищої медичної освіти обрано наступні варіанти відповіді:

- «Так, вважаю це найголовнішим на прийомі» вказано 17 представниками групи А (44,2%) та 15 представниками групи Б (37,5%);
- «Добре, якщо мені вдається висловити своє занепокоєння» вважають 13 опитуваних з групи А (33,8%) та 12 опитуваних з групи Б (30%);
- «Лікар сам побудує спілкування так, щоб я зміг висловити свої занепокоєння та очікування» обрано 6 студентами з групи А (15,6%) та 8 студентами з групи Б (12,5%);

- «Для мене головне, щоб був визначений правильний діагноз, незалежно від моїх відчуттів» зазначено 2 представниками групи А (5,2%) та 4 представниками групи Б (10%).

Висновок: враховуючи результати анкетування, на думку опитаних студентів НМУ імені О.О. Богомольця, при створенні першого враження пацієнта щодо лікаря важливу роль відіграють професійні якості лікаря, дезінфекція лікарем рук перед початком огляду, а також охайний вигляд медичного персоналу. Водночас можливість висловлювання пацієнтом власних занепокоєнь та очікувань також слугує важливою та невід'ємною складовою формування позитивного сприйняття медичної консультації.

Ключові слова: комунікація, анкетування, студенти НМУ

ВИКЛИКИ В ДИТЯЧІЙ ОНКОПСИХОЛОГІЇ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Пушкаренко В.С.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Горленко О.М.,

Кафедра дитячих хвороб

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Горленко О.М.,

Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

м.Ужгород, Україна

Вступ: починаючи з 24 лютого 2022 року кожна дитина в нашій країні усвідомила, що в її житті з'явилися нові поняття, серед яких "повітряна тривога", "бомбардування", "війна". Діти, які проходять лікування від онкозахворювань змушені були тижнями разом з усією медичною командою та батьками ховатися в підвалах, сховищах лікарні, щоб зберегти свої життя. На сьогодні не існує безпечної зони над цілою країною, оскільки постійно здійснюються як ракетні удари так і авіанальоти.

Мета роботи: представлення короткого огляду ключових складників, які допомогли психологам та клієнтам (онкохворим дітям і їх сім'ям) прожити перші і дуже страшні хвилини, години, тижні повномасштабної війни в Україні.

Матеріали і методи: створена онлайн-супервізійна група з 10 дитячих онкопсихологів, що працюють в клініках по всій Україні. Після початку повномасштабного вторгнення онлайн-група стала місцем обміну життєвоважливою інформацією і підтримки: від повідомлень "я жива" до інформації про переїзд в безпечне місце, психологічну допомогу собі та дітям. На 4-му тижні війни було створено анкету, що дозволяє зібрати оперативну статистику діяльності онкопсихологів; показники самопочуття та методів стабілізації власного емоційного стану; ефективні методи психологічної допомоги дітям в часі війни.

Результати: до повномасштабного вторгнення психологічна допомога надавалась 187 онкохворим дітям і 115 батькам. Після - 82 та 32 відповідно. Кризову психологічну допомогу отримало 85% дітей та їх батьків.

Станом на жовтень 2022 року всі опитані психологи залишаються в Україні; 70% разом з родинами залишили свій дім, переїхавши до більш безпечніших (умовно) міст. Перші стани в порядку спадання у дорослих: уповільнення, ступор (60%±3,2); заперечення (60%±3,2), усвідомлення жаху подій (50%±3,0); злість (20%±3,5); страх, глибокий сум незворотності (20%±3,5). У дітей: злість (50%±3,0), страх (43%±3,4), сум за домом, рідними (20%±3,5). Найбільш ефективні кроки самопомоги до самостабілізації у психологів: контакт з рідними, дихальні практики, розробка плану на різні випадки, активно включена ідентичність психолога; у дітей: арт-техніки для вивільнення емоцій, встановлення частого підтримуючого контакту всіма можливими способами з дорослими.

За оцінками психологів приблизно 77% дітей та їх родин було евакуйовано в інші країни для продовження лікування (що було основним страхом в батьків). На сьогодні відомо про втрати серед онкохворих дітей у кількості 2 дитини та відсутній зв'язок з 21 дитиною, що проживають на окупованій території. Робочий час психолога безпосередньо контактних консультативних годин з онкохворими дітьми на сьогодні складає в середньому - 2,5 год. часу на день та ще 5 год. часу для іншої категорії клієнтів. Всі психологи відмітили, що сфера діяльності розширилась: допомога дорослим та дітям, що зазнали наслідків від бойових дій; підтримка лікарів; робота з батьками, що втратили дітей; волонтерство, групи самопідтримки.

Висновки: онкологія це завжди виклик як для батьків, так і для дітей, це зміна звичного способу життя, невизначене майбутнє. Бути онкологічним хворим під час війни - це подвійне навантаження, подвійне випробування на стресостійкість, резильєнтність де важливу роль грає підтримка дорослого. Однак, війна не має скасувати життя, а особливо в тих дітей які вже ведуть персональну боротьбу за нього.

Ключові слова: війна, діти, онкологія, онкопсихолог, психологічна допомога.

ІМУНОГЕНЕТИЧНИЙ ПОРТРЕТ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ

Римарович Н.В.

Науковий керівник к.мед.н.Турова Л.О.,

Кафедра клінічної імунології та алергології з секцією медичної генетики

Завідувач кафедрою д.мнд.н., професор Курченко А.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ: вроджені вади розвитку (ВВР) – складна соціально-економічна проблема суспільства. Заданими ВООЗ, 240 000 новонароджених помирають щороку у світі протягом першого місяця життя через вроджені вади. Від 30-50% з них обумовлюють смертність у постнатальному періоді вцілому. В Україні за останні 5 років частота вроджених вад зросла на 2,84%, а за останні 25 років на 59,5%! Крім того, ВВР займають перше місце серед причин невідкладних станів у неонатальному періоді.

На сьогодні, завдяки поширенню використання молекулярно-генетичних досліджень, виявлено достатньо генетичних варіацій, що викликають синдромальні форми та вдалося провести асоціативні зв'язки із несиндромальними випадками вроджених дефектів. Досліджуються гени-кандидати, що асоціюються і з процесами: запалення, загосення, та впливають на реабілітаційний потенціал пацієнтів після хірургічних і ортодонтологічних втручань. Ця тема набуває особливої актуальності в Україні на фоні війни, так як імуногенетичний портрет пацієнта перед інвазивним втручанням будь-якого виду, допоможе визначити правильну тактику лікування та стане предиктором ефективності реабілітації.

Мета: на основі сучасних наукових досліджень та власних клінічних спостережень показати особливості фенотипового прояву та діагностичного пошуку, терапевтичного і реабілітаційного потенціалу пацієнтів з урахуванням імуногенетичних предикторів, що обумовлюють реабілітаційні можливості та ймовірність ускладненого перебігу після виконання хірургічних втручань. Надати варіанти вирішення на основі персоналізованого генетичного портрету і сучасних інноваційних рішень клітинної терапії.

Матеріали та методи: в роботі були використані клініко-генеалогічний, синдромологічний, молекулярно-генетичний методи. З метою виконання поставленого завдання було проведено пошук та аналіз статей, що відповідали заданій темі. Відповідні дослідницькі статті були виявлені за допомогою систематичного пошуку наукових баз даних, зокрема PubMed, Scopus, Science Direct і Scisus та проаналізовані з точки зору результатів, методології та обмежень дослідження. Також було виконано аналіз клінічних даних, проведено медико-генетичне консультування.

Опис випадку: на консультацію звернулася пацієнтка А., 15 років, 2008 року народження. Спадковість, зі слів матері та супровідної медичної документації, не обтяжена. Проте, під час розмови було вказано, що: батько – проходив службу на підводному човні, де мав справу з радіоактивними речовинами, має шкідливі звички, а мати під час вагітності мала контакт з фарбами. Бабуся по лінії тата має виражену неврологічну симптоматику та загальні фенотипові прояви з пацієнткою.

Діагноз при виписці з пологового: вроджене повне двобічне незрошення верхньої губи, носу, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння. Відкрите овальне вікно. Дитина була консультована і неодноразово прооперована у відділенні пластичної і реконструктивної мікрохірургії НДСЛ «Охматид» з приводу: вроджене незрошення верхньої губи, альвеолярного відростка твердого і м'якого піднебіння. Асиметрія обличчя. Значна протрузія міжщелепної кістки. Синдром Вандермеєра.

Було виконано у 2008 лівостороння хейлоринопластика. Через 2 місяці у 2008 правостороння хейлоринопластика. У 2009 р. – ураностафілопластика. У 2013р. визначалося: малий верхній пристінок рота, дефект твердого піднебіння переднього відділу. Двостороннє незрошення альвеолярного відростка. На шкірі нижньої губи 2 свищевих ходи. Перехресний прикус. Синдром Вандермеєра. У тому ж 2013 р. видалення свищів нижньої губи та пластику верхнього пристінку порожнини рота.

Скарги: на момент консультації скарги на порушення функцій жування, вживання їжі, мовлення, біль у ділянці ясен, зубів, піднебіння нижньої щелепи. Часті серцебиття, головокружіння, панічні атаки.

Об'єктивно: Обличчя асиметричне, ніс асиметричний. в області верхньої губи післяорперативний рубець. Виявлено малий верхній пристінок рота, дефект твердого піднебіння переднього відділу, двостороннє незрошення альвеолярного відростка, перехресний прикус. Крім основного діагнозу, пацієнтка має коморбідні стани, які необхідно враховувати при наданні медичної допомоги. Зараз проходить обстеження.

Був підтверджений **Діагноз:** дефект твердого піднебіння переднього відділу. Двостороннє незрошення альвеолярного відростка. Перехресний прикус.

Суттєвий діагноз: Синдром Вандермеєра. Синдром дисплазії сполучної тканини. Сколіоз. Пропалс мітрального клапана.

Електрокардіографія: переважання біопотенціалів ЛШ. Міграція водія ритму по передсердям.

Ехокардіографія: пролапс мітрального клапана І ст. Дистонія хорди мітрального клапану.

Пацієнтці були запропоновані інноваційні методи діагностики на основі яких розроблені персоналізовані рекомендації щодо подальшої тактики лікування та реабілітації.

Висновки: Кожна патологія має свій генетичний та метаболічний портрет. У пацієнтів з вродженими вадами розвитку зростає тяжкість основного захворювання та погіршується прогноз, що необхідно враховувати при діагностиці та лікуванні. Такі патологічні стани потребують значного збільшення медичних ресурсів, їх лікування вимагає мультидисциплінарного підходу з урахуванням імуно - та фармакогенетичного, метаболічного портрету, що корелюють з можливістю та ефективністю реабілітаційного потенціалу даної категорії пацієнтів.

Ключові слова: вроджені вади розвитку, генетичний та метаболічний портрет

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19 У ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Романчук Л.І.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Колоскова О.К.

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Завідувач кафедри д. мед. н., професор Колоскова О.К.

Буковинський державний медичний університет

м. Чернівці, Україна

Вступ: коронавірусна інфекція COVID-19 стала одним з наймасштабніших викликів сучасності за останні десятиліття. Вірус гострого респіраторного синдрому (SARS) виник ще у 2002 році у провінції Гуандун, Китай, а починаючи з 2019 року пандемія коронавірусної інфекції COVID-19 поширилася світом і стала причиною летальності різних вікових груп населення.

Мета: встановити амністичні та епідеміологічні особливості перебігу захворювання у дітей різних вікових категорій, лабораторно підтверджених випадків SARS-CoV-2.

Матеріали і методи: спостереження проводились на базі інфекційних відділень ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» у період 2020-2022 рр. Верифікація збудника відбувалась за допомогою полімеразної ланцюгової реакції зі зворотною транскриптазою, використовувались статистичні карти пацієнтів. Дослідження проводилось з дотримання етичних норм.

Результати: За період спостереження було обстежено 346 пацієнтів, питома частка хлопчиків склала 52,6 %. З сільської місцевості 64,7 % пацієнтів потребували госпіталізації, натомість кількість хворих містян склала 34,6 %. У 31,5 % найчастіше інфікувались діти старшого шкільного віку, 21,4 % дітей молодшого шкільного віку госпіталізувались до інфекційного стаціонару, дошкільнята хворіли у 15,3 % випадків, тоді як частка дітей грудного віку склала 19 %. Щодо періоду новонародженості, то тільки 1,4 % пацієнтів консультувались лікарями інфекційного профілю.

Встановлюючи епідеміологічний ланцюг поширення коронавірусної інфекції COVID-19 у дітей Чернівецької області, нами встановлено, що джерелом у 59,5 % випадків була родина, 34,7 % пацієнтів не могли пов'язати своє захворювання з контактом з іншими інфікованими і тільки 4,9 % пацієнтів вказали на колектив, як джерело COVID-19. Госпіталізація пацієнтів до стаціонару відбувалась на $4,4 \pm 0,25$ день захворювання.

Висновки: Встановлено, що найчастіше гострою респіраторною хворобою COVID-19 хворіли підлітки, що ймовірно пов'язано з активними соціальними контактами даної вікової групи. Джерелом інфікування для всіх пацієнтів були члени родини (59,5 %), у яких лабораторно було підтверджено SARS-CoV-2.

Ключові слова: коронавірусна інфекція, COVID-19, діти, епідеміологія, полімеразна ланцюгова реакція

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ТА РОЗРОБКА МАРШРУТУ ПАЦІЄНТА З БРОНХІОЛІТОМ

Рудан К.В.

Науковий керівник к.мед.н. доцент Богуцька Н.К.

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

Завідувач кафедри д. мед. н., професор Колоскова О.К.

Буковинський державний медичний університет

Обласне комунальне некомерційне підприємство «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня»

м. Чернівці, Україна

Вступ: бронхіоліт - це захворювання нижніх дихальних шляхів, яке зазвичай вражає дітей віком до 2 років. Актуальність проблеми менеджменту бронхіоліту пов'язана не лише з можливим тяжким перебігом та ускладненнями, що потребують госпіталізації та більш інтенсивного лікування, але й зі значною поширеністю. За даними когортних лонгитудинальних досліджень частка звернень по невідкладну допомогу, спричинену бронхіолітом, коливається від 3 до 38%, щорічний рівень захворюваності, що має сезонний характер, становить приблизно 3,2% для дітей до 2-х років, однак при стабільних рівнях захворюваності та смертності зростає частка госпіталізацій у відділення інтенсивної терапії (ВІТ). У процесі створення маршруту пацієнта доцільно враховувати коморбідності та фонові фактори ризику пацієнта, необхідність постійного моніторингу за тяжкістю стану та його динамікою, потребу в індивідуалізації та координації підходів до лікування, забезпеченні етапності, важливо раціонально використовувати діагностичні процедури. Отже, питання менеджменту та розробки маршруту пацієнта з бронхіолітом є актуальними.

Мета: метою розробки маршруту пацієнта з бронхіолітом є забезпечення ефективної та безпечної медичної допомоги, покращення результатів лікування та зменшення можливості виникнення ускладнень на різних етапах надання допомоги, тому вважали за доцільне здійснити попередню оцінку ведення госпіталізованих пацієнтів із бронхіолітом.

Матеріали та методи: у групу дослідження (1-а група) увійшло 28 дітей із заключним діагнозом бронхіоліт. Порівняльну другу групу склали 90 пацієнтів з іншими гострими респіраторними захворюваннями (ГРЗ): назофарингіт, гострий бронхіт, гострий обструктивний бронхіт, гострий бактеріальний трахеобронхіт, гострий тонзилофарингіт тощо. Критерієм виключення був діагноз пневмонія. Вік госпіталізованих із бронхіолітом дітей знаходився в межах 0,5-24 міс, усі діти народились доношеними. Середній вік дітей групи порівняння, які хворіли на інші ГРЗ, становив $12,5 \pm 10,7$ міс (min-max: 0,5-57, $p < 0,01$). За статтю групи не різнились.

Результати: пацієнти, хворі на бронхіоліт, поступали в стаціонар на $2,8 \pm 1,8$ день хвороби проти $4,0 \pm 3,4$ день при інших ГРЗ ($p > 0,05$). Тривалість госпіталізації дітей 1-ї клінічної групи становила $9,9 \pm 3,8$ днів (min-max: 4-20) проти $6,8 \pm 2,5$ днів (min-max: 2-14, $p < 0,01$) у обстежених дітей із іншими ГРЗ. Тривалість хвороби у днів істотно не відрізнялась у дітей обох груп порівняння і становила $12,5 \pm 4,1$ днів (min-max: 7-24) у 1-й групі проти $10,7 \pm 4,7$ днів (min-max: 3-30, $p > 0,05$) в дітей, хворих на інші ГРЗ. Маршрут пацієнта повинен передбачати оптимальний моніторинг стану дитини, включаючи оцінку клінічних симптомів, динаміку пульсоксиметрії, спостереження за диханням та іншими вітальними показниками, а також використання спеціальних шкал для оцінки тяжкості стану. Тяжкий стан при поступленні у пацієнтів із діагнозом бронхіоліт констатували у 17,9% випадків проти 2,2% у дітей з іншими ГРЗ. В процесі лікування 33,3% дітей з бронхіолітом були переведені з ВІТ, серед дітей з іншими ГРЗ ця частка становила 3,3%. При поступленні частота дихань становила $47,7 \pm 5,8$ на хв (min-max: 38-68) проти $36,7 \pm 6,4$ на хв (min-max: 32-55, $p < 0,01$), сатурація $91,2 \pm 8,1\%$ (min-max: 74-98) проти $95,8 \pm 2,0\%$ (min-max: 92-99, $p < 0,08$) в дітей 1-ї та 2-ї клінічних груп відповідно. Додаткова киснева терапія за бронхіоліту рекомендована при $SpO_2 < 90\%$ під час неспання або $< 88\%$ під час сну впродовж > 20 сек. Шумне дихання на момент поступлення відзначалося у 64,3% дітей із бронхіолітом проти 4,4% у пацієнтів з іншими ГРЗ. У 33% пацієнтів, хворих на бронхіоліт, та у 26,7% хворих на інші ГРЗ при первинному огляді спостерігались тракції грудної клітки. Під час стаціонарного лікування лише у 10,7% дітей із бронхіолітом відзначалася гіпертермія, а у 75% випадків температура не підіймалася вище субфебрильних значень. Особливу увагу слід приділити раціональному використанню медикаментів відповідно до клінічних рекомендацій та результатів діагностики, з уникненням необґрунтованого призначення антибіотиків, що може сприяти розвитку антибіотикорезистентності. До госпіталізації діти, хворі на бронхіоліт, отримували антибіотики у 7% випадків, а на етапі стаціонарного лікування – у 61%, причому у 18% випадків два антибіотики, тривалістю $7,5 \pm 2,6$ днів. Загалом діти з бронхіолітом отримували антибіотики впродовж

8,0±3,0 днів проти 6,4±2,0 днів ($p<0,02$) у групі пацієнтів з іншими ГРЗ. Рутинне рентгенологічне та лабораторні дослідження не рекомендовані у випадку діагнозу бронхіоліт. Дійсно, у групі дітей з бронхіолітом у зіставленні з групою пацієнтів, хворих на інші ГРЗ, істотних відмінностей в лабораторних показниках не спостерігалося: абсолютна кількість лейкоцитів становила 10,3±4,1 проти 10,2±5,4 Г/л, абсолютна кількість нейтрофілів – 4,7±2,3 проти 5,2±4,4 Г/л, швидкість осідання еритроцитів 4,4±2,1 проти 5,4±3,7 мм/год ($p>0,05$), анемія відзначалася у 3,7% пацієнтів з бронхіолітом та у 22,2% дітей з іншими ГРЗ. У першій групі зсув лейкоцитарної формули вліво відмічався у 25%, лейкоцитоз у 57,1%, нейтрофіліоз у 39,3% пацієнтів. Рентгенологічне дослідження грудної клітки здійснено 43% хворим на бронхіоліт. Під час лікування дітей 1-ї групи не використовували монтелукаст, кортикостероїди, фізіотерапію, інгаляції з гіпертонічним розчином натрію хлориду, адреналіну, рутинні інгаляції із салбутамолом тощо. У половині випадків у 1-й групі дітям здійснювали інфузійну терапію, її тривалість становила 3,5±3,0 днів при бронхіоліті проти 1,9±1,2 днів при інших ГРЗ ($p<0,01$). Моніторинг за ознаками погіршення стану дитини (летаргія, значне браді- або тахіпное, погана перфузія, прогресуюча гіпоксемія) під час лікування у стаціонарі дозволяє не допустити значних ускладнень.

Висновки: за даними дослідження за однакової тривалості хвороби, тривалість госпіталізації хворих на бронхіоліт більша, діти частіше поступають у тяжкому стані, з вираженішими проявами респіраторного дистресу та частіше потребують переведення у ВІТ у порівнянні з іншими ГРЗ. Істотною проблемою при веденні пацієнтів із бронхіолітом є необгрунтоване призначення антибіотиків як на первинній ланці, так і, особливо, у стаціонарі. Також значній частці пацієнтів із бронхіолітом здійснюють нераціональні додаткові діагностичні рентгенологічні та лабораторні дослідження. Локальні протоколи ведення та маршрут пацієнта з бронхіолітом мають містити якнайменше втручань, а догляд за дитиною має передусім передбачати епідеміологічні заходи, підтримуюче лікування з позиціонуванням, частим відсмоктуванням, адекватною гідратацією/харчуванням (бажано ентеральним) та додатковим кисневим забезпеченням при гіпоксемії.

Ключові слова: бронхіоліт, маршрут пацієнта, медична допомога.

СИНДРОМ РЕЙНО У ДІТЕЙ І КОВІД 19. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

¹Скорнякова Г.Р., ²Бардась Д.С.

Науковий керівник: проф. кафедри педіатрії №4 Чуриліна А.В.

¹Кафедра педіатрії №4

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

²ПВНЗ «Київський медичний університет»

м.Київ, Україна

Вступ: коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) — це інфекція дихальних шляхів, спричинена новим вірусом SARS-CoV-2. Вірус SARS-CoV-2 має спайковий білок, який зв'язується з рецептором АПФ-2, що призводить до його входження в клітини організму. Головним чином він знаходиться на мембранах пневмоцитів II типу, ентероцитах тонкого кишківника, ендотеліальних клітинах артерій і вен, а також гладком'язових клітинах більшості органів. У наукових джерелах західних клініцистів все частіше зазначають можливість зв'язку COVID-19 з вторинним синдромом Рейно (CR), що є одним з проявів патологічних порушень мікроциркуляції. Синдром Рейно характеризується спазмом судин у кінцівках, який може призводити до болю або їх оніміння. Виділяють первинний синдром Рейно - як окреме захворювання і вторинний синдром Рейно - як прояв інших захворювань і станів (системна склеродермія, СЧВ, синдром Шегрена). За даними Фремінгемського дослідження, серед дорослого населення поширеність CR становить від 4,8 до 10% (9,6% у жінок та 8,1% – у чоловіків), а за відомостями деяких авторів досягає 20%, причому велику роль у цьому патологічному процесі відіграє спадковість – 15,6%.

Мета: дослідити випадок вторинного синдрому Рейно у дитини, яка перехворіла на коронавірусну інфекцію, розглянути особливості симптомів та ознак цього захворювання, описати процес діагностики та прогноз.

Матеріали і методи: лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, серологічне дослідження на антинуклеарні антитіла IgG), інструментальні методи обстеження (реоенцефалографія, ЕКГ, УЗД щитоподібної залози, коагулограма, капіляроскопія нігтьового ложа фаланг пальців верхніх та нижніх кінцівок).

Опис клінічного випадку: Дівчинка А., 15 років звернулася до ДКЛ №6 Шевченківського району м. Києва, після того, як перехворіла на ГРЗ.

З анамнезу життя відомо, що дитина народжена від 2 вагітності, 2 пологів. В терміні 40 тижнів. Оцінка по Апгар 8 балів. Пологи фізіологічні. Психічний розвиток відповідає віку. Щеплення зроблені за графіком. Алергологічний анамнез не обтяжений.

З анамнезу захворювання відомо, що пацієнтка хворіла на коронавірусну інфекцію 2 роки тому. Основні скарги: скарги на посиніння пальців лівої ноги (I палець – синіє тільки коли дитина встає, II і III пальці – постійно синюшні, I палець правої ноги синіє, коли дитина встає). Симптоми з'явилися 2-3 місяці тому. Причина – невідома. Травми не було. Пальці не болять, не печуть, неприємні відчуття – відсутні, дитина їх відчуває. Коли в закритому приміщенні, мало кисню, вони синіють сильніше (зі слів дівчинки).

Загальний стан задовільний, маса 56 кг, зріст 184 см. ІМТ = 16,5, що свідчить про дефіцит маси тіла, дисгармонійний розвиток. Шкіра блідо-рожева, чиста. Підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Астенічної тілобудови. Лімфатичні вузли за змішаним типом. Слизова оболонка ротоглотки та мигдалики чисті, бліді. Кістково-м'язова система без особливостей. При огляді дихальної системи: носове дихання вільне, перкуторно: ясний легеневиий звук. Аскультативно дихання

везикулярне. При огляді серцево-судинної системи: межі серця відповідають віковій нормі. Серцеві тони звучні, ритмічні, АТ в нормі. При огляді травної системи: язик чистий, вологий. Живіт – не збільшений, м'який, безболісний, доступний до глибокої пальпації. Печінка біля края реберної дуги. Селезінка не пальпується. Стул та діурез норма.

За даними лабораторних обстежень: у загальному аналізі крові: еритроцити – $5,23 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін – 165 г/л, тромбоцити – $212 \cdot 10^9/л$, ШОЕ – 3 мм/год, лейкоцити – $5,5 \cdot 10^9/л$; біохімічний аналіз крові: загальний білок – 68,1 г/л, АЛАТ – 12,8 Од/л, АСАТ – 17,5 Од/л, креатинін – 75,9 мкмоль/л, сечовина – 4,9 ммоль/л, білірубін – 12,3 мкмоль/л, глюкоза – 4,13 ммоль/л, АСЛЮ та СРБ негативні; загальний аналіз сечі: реакція – кисла, білок н/в, глюкоза н/в, відносна щільність сечі – 1027, епітелій-плоский в поодинокій к-ті, слиз присутній. Серологічне дослідження на антинуклеарні антитіла IgG (ANA Screen) = $<0,2$.

За даними інструментальних методів дослідження: реоенцефалографія: коефіцієнт асиметрії = 14%, відповідає нормі; ЕКГ:Заключення: ритм синусовий, правильний, процеси реполяризації не порушені; УЗД щитоподібної залози: патології не виявлено; Коагулограма: Підвищений тромбіновий час (ТЧ) 23,7 при нормі 14-21, Д-Димер підвищений 0,68 при нормі $<0,55$.

Комп'ютерна капіляроскопія: при дослідженні нігтьового ложа фаланг пальців верхніх та нижніх кінцівок більшість капілярів неправильної форми (звивисті, S-подібної форми), наявна аваскулярна ділянка (менше 7 на 1 мм), деякі капіляри з периваскулярним набряком, наявні поодинокі «кущеподібні» капіляри. Це може відповідати синдрому Рейно, 2 ступеня.

Висновок: з урахуванням скарг пацієнтки, анамнестичних, лабораторних та інструментальних даних, капіляроскопії, можна поставити діагноз Синдром Рейно II ст. Прогноз залежить від перебігу основного захворювання.

Ключові слова: аутоімунна реакція, артеріоли, запалення, терапія, ускладнення.

«ТАЄМНИЦЯ» РОЖЕВОЇ ПЛЯШКИ МОЛОКА

Хакім К.М.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Копійка Г.К.,
Кафедра педіатрії №3 з післядипломною підготовкою
В.о. завідувача кафедри: к.мед.н. доцент Кравченко Т.Ю.
Одеський національний медичний університет,
м.Одеса, Україна

Вступ: грудне молоко може набувати рожевого кольору внаслідок колонізації *Serratia marcescens*, яка є доброякісною умовно – патогенною бактерією. Пофарбування місць колонізації бактерії в червоний колір відбувається внаслідок продукції пігменту продигіозину. Бактерії розмножуються у вологих місцях, як то: волога підлога у ванній кімнаті, пральні машини, раковини, тощо. Найчастіше *Serratia marcescens* потрапляє в зціджене грудне молоко через забруднені бактеріями пляшечки, при колонізації кухонних раковин, рушників, тощо. Літературні дані свідчать, що *Serratia marcescens* може бути збудником маститу у крупної рогатої худоби, а отже на сьогодні висувається гіпотеза про те, що дана бактерія потенційно може викликати розвиток маститу у жінок. В літературі описані лише поодинокі випадки інфікування грудного молока *Serratia marcescens*, а також не існує протоколів лікування та діагностики даного стану, що і обумовлює актуальність даного питання.

Мета: проаналізувати відомі можливі причини змін кольору грудного молока згідно даним літератури та за даними власного спостереження.

Матеріали та методи: клінічний аналіз випадку зміни кольору грудного молока на рожевий у жінки, що годує грудьми, на підставі власного спостереження.

Опис клінічного випадку: жінка, що годує грудьми 4х місячну дитину, звернулась зі скаргами на зміну кольору залишків грудного молока на предметах (рушник, деталі молоковідсмоктувача) на яскраво - рожевий через деякий час після їх використання. Інших скарг з боку матері та дитини не було.

Загальний педіатричний огляд визначив, що дитина на момент огляду є здоровою та має параметри розвитку згідно віку. Знаходиться на грудному вигодовуванні за потребою, а також з періодичністю один раз на добу отримує зціджене грудне молоко у зв'язку з короткочасним виходом матері на роботу. Огляд ротової порожнини дитини без патології. Прикладання до грудей матері перевірено, проблем не виявлено.

Груди матері оглянуті, зовнішніх змін та уражень не виявлено. З анамнезу тріщин сосків, запальних процесів, лактостазів – не було. Медикаменти мати не вживає. Протягом останнього місяця мають місце нерегулярні зціджування грудного молока за допомогою молоковідсмоктувача для забезпечення дитини молоком на період відсутності матері.

Запідозрений етіологічний чинник *Serratia marcescens*. Згідно даним літературних джерел не кожен випадок *S.marcescens* потребує антибіотикотерапії, а лише за наявності симптомів. Інші бактерії, наприклад *Pseudomonas*, також можуть виділяти рожевий пігмент, тому вкрай важливо провести посів грудного молока.

Проведений посів грудного молока, зібраного безпосередньо з грудей матері з дотриманням санітарних умов збору молока, а також залишків молока з молоковідсмоктувача, яке мало вже рожевий колір. За даними результатів висіву з грудного молока безпосередньо з грудей матері – висіяний епідермальний стрептокок у кількості менше ніж 103. Висів з молока з молоковідсмоктувача – виявив *Serratia marcescens* у кількості більше ніж 105.

В даному випадку була обрана тактика очікування та спостереження в динаміці без специфічної терапії. Продовжена підтримка грудного вигодовування.

Висновки. Зміна кольору грудного молока завжди потребує уваги з боку лікаря, ретельного огляду як дитини, так і матері, а також проведення диференційної діагностики зі станами, які можуть загрожувати здоров'ю матері та дитини. Представлений клінічний випадок зміни кольору грудного молока за рахунок колонізації *S.marcescens* є досить рідкісним станом в педіатричній практиці та представляє професійний інтерес для педіатрів та сімейних лікарів.

Ключові слова: *Serratia marcescens*, грудне вигодовування, грудне молоко

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДИСПРАКСІЇ ТА МОТОРНОЇ АЛАЛІЇ У ДИТИНИ

Холоша О.О.

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

Кафедра педіатрії №4

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Мітюрєва-Корнійко Інга Олександрівна

Національний університет імені О.О.Богомольця

медичний психолог Майстер К.Г.

ПП «Інститут проблем болю»

м.Київ, Україна

Вступ: диспраксія та моторна алалія є не лише медичною проблемою, а й соціальною. Діти з даним захворюванням мають труднощі в адаптації до навчальних закладів, комунікації, засвоєнню матеріалу та фізичній активності. Поширеність пацієнтів із диспраксією у всьому світі становить 5% дітей шкільного віку, а моторної алалії - 2% серед дітей дошкільного віку.

Мета роботи: дослідити проблему діагностики диспраксії та моторної алалії у дітей дошкільного віку та встановити взаємозв'язок між раннім виявленням патології та ефективністю лікування.

Опис випадку: у хлопчика у віці 3 роки 4 місяці була діагностована моторна алалія, диспраксія рук і ніг, міоклонії за синання. Дитина погано говорила, вимовляла лише 1 склад з слів іменників, не використовувала дієслова, не могла довго зосереджувати увагу та тримати концентрацію. Зі слів мами у хлопчика у віці до року були перші слова-склади, в подальшому нові слова не з'являлися. Розвиток мови почав покращуватися тільки після того, як дитина почала ходити до дитячого садочка. Батьки помічали у хлопчика посмикування кінцівками під час сну. При обстеженні неврологом словарний запас оцінений в 50 слів. Натомість, хворий розумів звернену до нього мову в повному обсязі. При огляді не володів пальчиками. Добре взаємодіяв через гру, слідував за предметами, посміхався. Під час дослідження виявили, що біоелектрична активність головного мозку сформована відповідно віку, епілептичної активності не виявлено. Зі слів мами до цього віку на прийомах у педіатрів спеціалісти не бачали у такому стані проблеми, обґрунтовуючи це незрілістю нервової системи дитини. Через 1,5 років занять з нейропсихологом було досягнуто повного усунення моторної алалії: хлопчик має великий словниковий запас слів, добре рахує, підтримує діалог. Залишилися незначні прояви диспраксії.

Висновки: такі діагнози як моторна алалія, диспраксія рук та ніг можуть підлягати корекції у результаті ранньої діагностики та початку лікування. Тому, для педіатрів важливо вміти диференціювати ці діагнози та направити пацієнта до вузькопрофільного спеціаліста. За 1,5 років терапії у хворого були усунуті всі порушення, окрім залишкових явищ диспраксії та порушення координації.

Ключові слова: диспраксія, алалія, міоклонії, мовлення, діти.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КОНСТАТАЦІЇ СМЕРТІ МОЗКУ ДИТИНИ

Холоша О.О.

Науковий керівник: Ворончук К.В.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Ярославська С.М.

Національний університет імені О.О.Богомольця

м.Київ, Україна

Вступ. Для лікаря-реаніматолога однією з найскладніших критичних ситуацій є лікування пацієнта з пошкодженнями головного мозку, метою якого є збереження функціонування нейронів. Якщо це не вдається проводиться констатація смерті мозку та стає можливим трансплантація органів цього пацієнта. В Україні посмертне донорство є недостатньо розвинутою сферою, адже за даними Міжнародного реєстру трансплантації в Україні станом на 2022 рік на дану медичну процедуру погоджується лише 0,25 людей у розрахунку на мільйон населення.

Мета роботи. Дослідити процедуру констатації смерті мозку дитини, описати її критерії, наголосити на важливості посмертної трансплантології.

Опис випадку. Пацієнт Х., віком 8 років, був доставлений у відділення інтенсивної терапії у важкому нестабільному стані з діагнозом Гостре порушення мозкового кровоотуку; крововилив за геморагічним типом в басейні ПМА із формуванням інсульт гематоми, переважно у правій лобній долі ГМ та частковим розповсюдженням до міжпівкульної щілини, проривом до переднього рогу правого бічного шлуночку; САК; масивний набряк головного мозку. При огляді було встановлено кому, по FOUR 0б, по ШКГ 3б (E1 V1 M1). За першу добу спостерігався мідріаз, D=S, без фотореакції Шкірні покриви були тілесного кольору, теплі. Слизові рожеві, сухі. Температура тіла: в межах норми, дитина періодично потребувала зігрівання. Дихання: ШВЛ, параметри нормовентиляції, через інтубаційну трубку (FiO2 25%, Freq 14, PEEP 6, PC 11, PS 11, I:E=1:2.5). Аускультативно: дихання жорстке, проводиться в усі відділи, без хрипів. Гемодинаміка підтримується симпатоміметиками – норадреналін- 1.4 мкг/кг/хв, дофамін- 7 мкг/кг/хв. САТ: більше 75 мм.рт.ст. АТ: чергування періодів гіпо- та гіпертензії. Темп діурезу: 7мл/кг/год. Баланс динамічний: - 730мл. Глікемія: 9 ммоль/л. За даними УЗД: невелика кількість вільної рідини у перикарді. Лабораторно: гіпернатріємія, гіпокаліємія, гіперхлоремія, КЛС компенсований, збільшена РаО2 (знижений FiO2), гіперглікемія 20 ммоль/л б/з (15ммоль/л капілярна), декомпенсована коагулограма (МНС 1.75, ПТЧ 25.1,

АЧТЧ 36.1). Була назначена терапія: морфін 10 мг\кг\год, антибіотикотерапія (цефтріаксон і ванкоміцин), симпатоміметики (норадреналін та дофамін відповідно до клінічної ситуації), корекція гіпернатріємії, глюкоза 1,3 мг\кг\хв, квател, актрапід ситуаційно, канавіт 10 мг. Відмічала негативна динаміка: кома III ст., відсутність самостійного дихання, атонія та арефлексія, гіпотермія до 35,0 С, декомпенсація коагулограми. На 6 день перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії, було прийнято рішення створення консилиуму для констатації смерті мозку дитини. Під час першого тесту апное тривалістю 8 хвилин були отримані такі результати: вихідний рівень PaCO₂: 41.6mmHg, рівень PaCO₂ після тесту:81.9mmHg. На 7 добу під час другого тесту апное тривалістю 7 хвилин було встановлено: вихідний рівень PaCO₂: 39.7mmHg, рівень PaCO₂ після тесту:81.0mmHg. На основі акту про констатацію смерті мозку дитини (відповідно до наказу МОЗ України від 09 листопада №2559) у пацієнта зафіксована смерть мозку. Був викликаний трансплант-координатор. Відповідно до порядку припинення активних заходів щодо підтримання життя пацієнта (Наказ МОЗ України від 09 листопада №2559 та наказ НДСЛ «Охматдит» МОЗ України від 30.07.2021 року №154) - зупинена ШВЛ, інфузійна терапія, ентеральне харчування. Констатована біологічна смерть пацієнта.

Висновки. У дітей клінічна смерть мозку констатується на основі наявності у пацієнта коми III ступеня встановленої етіології (3 бали за ШКТГ), результатів проведених двох тестів апное та додаткових методів дослідження за потреби. За згоди родичів такі пацієнти можуть стати посмертними донорами органів. Однак, згідно з чинним законодавством, донорами не можуть бути загиблі в зоні бойових дій, діти-сироти, невідомі особи та в'язні, іноземці. Ймовірно, при підвищенні обізнаності медичних працівників та їх кваліфікації щодо посмертного донорства кількість трансплантацій в Україні була б збільшена. Припинення підтримки життєдіяльності пацієнта зі смертю мозку є соціально важливо для можливої пересадки органів.

Ключові слова. Мозок, трансплантація, кома, апное, арефлексія.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІНФЕКЦІЇ ВИКЛИКАНОЇ SARS-CoV-2, ЩО СПРИЧИНИЛА ПЕДІАТРИЧНИЙ МУЛЬТИСИСТЕМНИЙ ЗАПАЛЬНИЙ СИНДРОМ (PMIS)

Чередніченко О.С.

Науковий керівник: Ізрінська Ю.Р.

Кафедра фундаментальних та медико-профілактичних дисциплін

Міжнародний Європейський університет

м. Київ, Україна

Вступ: мультисистемний запальний синдром (MIS-C) являє собою постінфекційне ускладнення помірно тяжкого або безсимптомного COVID-19, яке може з'явитися непередбачувано через декілька тижнів після хвороби. Смертність пацієнтів із K-ID, пов'язаною з COVID-19, становить 6,7% через тяжку серцеву недостатність, зупинку серця та стійку гіпотензію

Мета: проаналізувати клінічний випадок інфекції викликаної SARS-CoV-2 як системний патологічний процес з серцево-судинним ураженням.

Опис випадку: пацієнт у віці 1 рік і 9 місяців дитина контактувала з дітьми, і через 2 тижні у нього з'явилися респіраторні симптоми, кашель і температура. Дитина лікувалася вдома симптоматичними препаратами та антибіотиками протягом 5 днів, що призвело до повного зникнення захворювання. Не маючи жодних доказів COVID-19, приймаємо цей епізод «terminus suo», оскільки в пацієнта з'явилися ознаки та симптоми MIS-C через 4 тижні після початку інфікування SARS-CoV2, діагноз підтверджений лабораторними тестами. Через 4 місяці після епізоду MIS-C цей пацієнт звернувся до клініки з інфарктом міокарда з елевацією ST.

Анамнез: Хворий народився в термін, без ускладнень (гестаційний вік 36 тижнів, вага при народженні 2800 г, бал за APGAR 10). Обое батьків були здорові, без хронічних захворювань в анамнезі. Хворий поступив з підозрою на гострий інфаркт міокарда. За 3 дні до звернення був епізод діареї (4 випороження на добу) та блювоти (1 епізод (1 епізод чого у нього виник пароксизмальний криз, що проявлявся генералізованою гіпотонією, ціанозом і втратою свідомості приблизно на 20 хв. Після клінічного обстеження, ЕКГ та ехокардіографії його було переведено для інтервенційної діагностики та лікування. MIS-C був діагностований після клінічної, біологічної та ехокардіографічної оцінки. У нього була висока стійка лихоманка, шкірний висип (еритематозний висип на тулубі та кінцівках, періоральна еритема) та шлунково-кишкові прояви (діарея, блювання, анорексія). Біологічні дослідження показали неспецифічний запальний синдром, підвищені значення D-димерів і NT-proNPB, а також позитивний серологічний тест на антитіла IgG проти SARS-CoV-2. Ехокардіографія виявила периферичний перикардіальний та плевральний випіт, розширення лівої коронарної артерії 3,4 мм (Z бал +3,8). Було діагностовано важку змішану аутоімунну гемолітичну анемію, опосередковану аглютиніном, пов'язану з інфекцією COVID-19. Лікування внутрішньовенними імуноглобулінами (IVIg) (IgVena), кортикостероїдами (солумедрол), ритуксимабом (Mabthera), антиагрегантом (Аспентер), підшкірним антикоагулянт (Клексан). А також застосовувалась антибіотикотерапія та симптоматична терапія.

Лікування було сприятливе, з випискою через місяць і рекомендаціями щодо антиагрегантної терапії та подальшого спостереження дитячого кардіолога.

Висновки Інфекція викликана SARS-CoV-2 є однією з актуальних проблем сучасної клінічної медицини. Оскільки COVID-19 є не лише суто інфекційною патологією, а й системним патологічним процесом з мультиорганним ураженням. Викликом для педіатрів на сьогодні є постінфекційне ускладнення помірно тяжкого або безсимптомного COVID-19, а саме педіатричний мультисистемний запальний синдром (MIS-C), що може з'явитися непередбачувано через декілька тижнів після хвороби та стати причиною серцево-судинних ускладнень у дітей.

Ключові слова: мультисистемний запальний синдром, аутоімунна гемолітична анемія, серцево-судинні ускладнення

ОСОБЛИВОСТІ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ПАЦІЄНТІВ З БУЛЬОЗНИМ ЕПІДЕРМОЛІЗОМ

¹Черняєв С.В., ¹Басманов С.М., ²Геден І.В., ²Федорець С.А.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент, Ярославська С.М.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

В.о. завідувача кафедри: к.мед.н., доцент, Ярославська С.М.

Ярославська Світлана Миколаївна, кандидат медичних наук, доцент.

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

²Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», Київ, Україна

Вступ: проблема бульозного епідермолізу (БЕ) вийшла за межі дерматології, оскільки це група захворювань із системними проявами. При тяжкому генералізованому пограничному та дистрофічному бульозному епідермолізі рівень летальності в перший рік життя досягає 40%. Основними спеціалістами, які займаються пацієнтами з БЕ є дерматолог та сімейний лікар (педіатр/терапевт), які у свою чергу залучають інших фахівців відповідно до потреб на певних етапах лікування. Досить часто доводиться виконувати інвазивні процедури та хірургічні втручання, ця проблема потребує мультидисциплінарного підходу. Є необхідність залучення таких фахівців, як анестезіолог, хірург, окуліст, отоларинголог, стоматолог, лікар функціональної діагностики, нутриціолог, проктолог, реабілітолог і, в обов'язковому порядку, психолог.

-Пацієнти з БЕ страждають на больовий синдром змішаного характеру, який включає соматичний і нейропатичний генез болю. Головною проблемою БЕ є зниження якості життя, яке з часом переходить в інвалідизацію та нездатність до самообслуговування. На тлі зниження якості життя у хворих виникають психологічні та психосоматичні проблеми. Також значна проблема анестезіологічного та хірургічного забезпечення при таких ургентних станах, як вроджена атрезія пілоруса, балонна дилатація стравоходу, гострий апендицит, кишкова непрохідність, ущемлена кіла тощо.

Мета: дослідити проблемні питання забезпечення адекватного догляду за шкірою та ранами, особливості проведення медичних маніпуляцій, знеболювання, проведення анестезіологічного забезпечення при оперативних та інвазивних втручаннях у пацієнтів з БЕ.

Матеріали та методи: «Спеціалізований кабінет медичної допомоги дітям з БЕ» (Кабінет) на базі НДСЛ «Охматдит» МОЗ України є координаційним центром по областях в Україні, де відбувається догляд за всіма пацієнтами з БЕ. Близько 150 пацієнтів проходять щорічно обстеження та лікування, включаючи хірургічні втручання. Медична допомога надається дітям віком від 0 до 18 років у повному обсязі, а також консультативна допомога дорослим пацієнтам з БЕ.

Окремі пацієнти потребують багаторазових загальних анестезій для виконання малоінвазивних та інвазивних втручань, таким чином, одному пацієнту за 5 років було проведено 79 наркозів.

Для забезпечення анестезіологічної допомоги проводяться маскова та ендотрахеальна загальна анестезія, виконання яких неможливе без захисних засобів. У середньому кожен пацієнт у період лікування отримує 6 наркозів і більше. 7 пацієнтів зі 100 у зв'язку з наявною мікростомією та контрактурами щелеп, які є ускладненнями БЕ, вимагали застосування ендоскопічної техніки для інтубації трахеї. Під час проведення маніпуляцій використовувалися м'які матраци для попередження здавлення. Проводилася оцінка психологічного стану за шкалою Спілбергер-Ханіна та за допомогою тесту Люшера.

Результати: з метою ідентифікації інтенсивності болю застосовуються такі шкали, як: візуально-аналогова, вербальна, мімічна. З метою комплексного лікування больового синдрому, застосовуються такі заходи, як: підтримання температурного режиму (запобігання переохолодженню та перегріву); застосування вільного одягу та постільної білизни з натуральної тканини (шовк, м'яка бавовна), вільного та м'якого взуття з натуральних матеріалів; захист ділянок постійної травматизації шляхом застосування захисного бинтування; застосування такого перев'язувального матеріалу, як м'яка силіконова губка Meriplex Lite / Meriplex Transfer / Meriplex / Atrauman silicon; постійне спостереження у педіатра, дерматолога та інших фахівців залежно від перебігу захворювання та для попередження інфікування ран, корекції анемії, рубцевих стенозів, остеопенії або остеопорозу, білково-енергетичної недостатності; створення психологічного комфорту в сім'ї із застосуванням таких відволікаючих факторів, як: арт-терапія, музикотерапія, соціалізація дитини, робота з психологом; фармакологічне лікування болю.

При фармакологічному лікуванні болю повинні застосовуватися такі принципи, як індивідуалізований підхід (залежно від форми БЕ і тяжкості стану); етапність стратегії лікування болю: при слабкій або помірній інтенсивності болю – застосування нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) в комбінації з парацетамолом, при сильному болю – опіати та прегабалін або габапентин; регулярність частоти застосування препаратів.

Вибір антибактеріальної терапії при ускладненому перебігу БЕ проводився згідно з результатами бактеріологічного дослідження виділень з ран (найчастішими збудниками були *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus faecalis* і *Candida albicans*). Найчастіше препаратом вибору були цефалоспорины III-IV покоління, фторхінолони. У 32 пацієнтів із 100 із генералізованим інфікуванням ран та частим використанням антибактеріальної терапії розвинулася антибіотикорезистентність, що утруднило вибір адекватної антибіотикотерапії.

Наявність хронічних ран, періодичної кровоточивості та запалення сприяє втраті рідини, білка, солей, мікроелементів, що призводить до хронічної анемії, білково-енергетичної недостатності, зниження рівня вітаміну Д, цинку, селену, проявів вторинного імунодефіциту. 16 пацієнтів зі 100 із показниками рівня гемоглобіну від 63 до 39 г/л, вимагали проведення гемотрансфузій з розрахунку 10 мл/кг ваги тіла, корекції анемії внутрішньовенними препаратами заліза, введення 10-20% розчину альбуміну з розрахунку 10 мл/кг ваги.

Для проведення інтубації трахеї застосовувалися деполаризуючі міорелаксанти короткої дії з прекураризацією, міорелаксантами середньої дії при таких маніпуляціях, як дилатація стравоходу, фіброгастроскопія, введення дуоденального зонда на короткий час. При більш травматичних втручаннях, таких як постановка гастростоми, реконструктивні втручання на кисті, застосовувалися міорелаксанти середньої дії (піпекуроній, атракуріум). Застосування ендоскопічної техніки дозволяє уникати проблем з інтубацією трахеї, коли контрактури нижньої щелепи ускладнювали проведення цієї маніпуляції. Фіксація ендотрахеальної трубки, зондів, внутрішньовенних катетерів проводилася неадгезивним фіксуючим пластиром Meritas, при знятті якого відсутнє відшарування шкіри. Періопераційна інфузійна терапія проводилася збалансованими кристалоїдними розчинами. Для проведення загальної анестезії використовували інгаляційний анестетик «Севофлуран» та внутрішньовенний гіпнотик 1% «Пропофол» з розрахунку 1-2 мг/кг, знеболюючий компонент «Фентаніл» 0,005%, 3-5 мкг/кг. Незважаючи на часте проведення загальної анестезії, підвищення рівня трансаміназ крові та сечовини не спостерігалось, хоча починаючи з 5-6-го наркозу, потреба в інгаляційному анестетику «Севофлуран» підвищувалася з 3 до 6-8 об.%, щоб мати можливість катеризувати периферичну вену. Вихід із загальної анестезії здебільшого проходив без особливостей.

У 12 випадках зі 100 спостерігалось загальне збудження, яке було причиною травмування шкіри та слизових оболонок у цієї групи пацієнтів. Майже всі пацієнти мали почуття тривоги, емоційну лабільність.

Висновки: БЕ потребує мультидисциплінарного підходу на всіх етапах лікування: амбулаторному, стаціонарному, реабілітаційному, важливим компонентом якого є професійні злагоджені дії всіх спеціалістів. Хворі з БЕ вимагають індивідуального підходу та застосування неадгезивного перев'язувального матеріалу. Залежно від тяжкості перебігу БЕ потрібна корекція анемії, білково-енергетичної недостатності. Вибір анестезіологічного забезпечення та знеболювання залежить від обсягу втручання та інтенсивності болювого синдрому. Створення психологічного комфорту вдома, в оточенні дитини та сім'ї з БЕ є важливим компонентом у лікуванні.

Ключові слова: вроджені патології, догляд за пацієнтами, лікування болю, паліативна допомога, патології шкіри,

ОЦІНКА ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Шлімкевич Н.С.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Шлімкевич І.В.
Кафедра педіатрії
Завідувач кафедри педіатрії: д.м.н., професор Волосянко А.Б.
Івано-Франківський національний медичний університет
м.Івано-Франківськ, Україна

Вступ: патологія серцево – судинної системи займає одне з провідних місць у структурі загальної захворюваності. Урбанізація, стресові ситуації, паління, нераціональний спосіб життя, пізня діагностика і неадекватна терапія призводять до постійного збільшення кількості хворих на серцево – судинні захворювання [Сенаторова Г.С., Гончарь М.О., 2018]. Як відомо, артеріальна гіпертензія (АГ) бере свій початок в дитячому віці та займає одне з цільних місць у структурі загальної захворюваності [Марушко Ю.В., Гишак Т.В., 2022]. Щорічно реєструється понад 10,2 мільйони смертей та 208 мільйонів випадків інвалідизуючих ускладнень, спричинених високим артеріальним тиском (АТ) [Ковальчук Т.А., Боярчук О.Р., 2020].

Мета: встановлення особливостей добового профілю АТ у дітей з АГ.

Матеріали і методи: обстежено 54 дитини віком 13-18 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в КНП «Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня» протягом 2019-2022-го років. Усі пацієнти підлягали комплексному обстеженню відповідно до сучасних уніфікованих клінічних протоколів, рекомендацій Американського коледжу кардіології (ACC) / Американської асоціації серця (АНА) з первинної профілактики серцево-судинних захворювань (2019) та настанов розроблених Європейською асоціацією з гіпертензії / Європейською асоціацією кардіології (ESC/ESH) з лікування артеріальної гіпертензії (The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. Guidelines for the management of arterial hypertension European Heart Journal, 2021). Згідно з даними клінічного дослідження та добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) у 12 хворих діагностовано стабільну АГ (САГ), у 22 – лабільну АГ (ЛАГ), у 20 дітей – вегето-судинну дисфункцію за гіпертензивним типом (ВСД). Вивчали такі параметри ДМАТ: середні добові значення систолічного АТ, діастолічного АТ, середнього АТ, пульсового АТ, ЧСС (срСАТ, срДАТ, АТср, срПАТ, срЧСС), коефіцієнт варіабельності АТ (КВ), добові індекси САТ і ДАТ (ДІ САТ і ДІ ДАТ). Результати: Хворі із САГ мали суттєво вищі значення срСАТ, ср ДАТ, АТср, срПАТ порівняно з хворими інших груп. В середньому срСАТ у хворих із САГ був вищим 95 перцентилей і становив 132,4±0,3 мм. рт. ст., тоді як у хворих з ЛАГ та ВСД – 120,6±0,12 мм рт. ст. та 117,2±0,21 мм рт. ст. відповідно. Хворі із САГ відрізнялись від хворих з ЛАГ максимальним САТ протягом доби. Хворі з ВСД мали достовірно нижчі максимальні підйоми САТ протягом доби порівняно з хворими з ЛАГ. Для хворих з ЛАГ та ВСД характерною була висока варіабельність АТ. КВ у дітей з САГ відповідали нормальним величинам, тоді як у хворих з ЛАГ, ВСД в середньому перевищували нормальні показники (16,4±0,09%, 14,9±0,2%, 17,8±0,14%, відповідно). ДІ у хворих із САГ був достовірно нижчим, ніж у хворих з ЛАГ та з ВСД (p < 0,001). Звертають на себе увагу високі значення ДІ ДАТ (більше 22%) у хворих з ЛАГ і ВСД.

Висновки: таким чином, САГ у дітей та підлітків носить гіперсистолический характер, що характеризується зростанням систолічного та пульсового АТ. Для хворих з ЛАГ та ВСД характерна підвищена варіабельність АТ, значне падіння діастолічного АТ в нічний період, що свідчить, можливо, про гіперреактивність судин.

Ключові слова: діти, гіпертензія, систолічний, діастолічний, тиск

ПРОБЛЕМИ КОМОРБІДНОСТІ У ДИТИНИ З СИНДРОМОМ ПОРУШЕННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ГІСТАМІНУ

Яновицький Г.Є., Гаспарова Я.Е.

Науковий керівник: к.м.н., доцент Салтикова Г.В.

Кафедра педіатрії №4

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

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

Вступ: непереносимість гістаміну є розладом, пов'язаним із порушенням здатності організму метаболізувати гістамін, який був описаний на початку 21 століття. Незважаючи на те, що інтерес до непереносимості гістаміну значно зріс за останні роки, все ще потрібні додаткові наукові докази, щоб допомогти визначити, коректно діагностувати та лікувати цей стан. Основною проблемою коректної діагностики та лікування становлять коморбідні стани, які обумовлюють спотворення клінічної картини та зміни вираженості клінічних проявів. Згідно із дослідженнями ESFA (European Food Safety Authority) 2011 перші наукові згадки про непереносимість гістаміну датуються більше 20 років тому, але 80% з них припадають на останнє десятиліття, що відображає посилення зацікавленості науковців і дослідників до даної патології.

Мета: привернути увагу лікарів-педіатрів до проблеми диференційної діагностики синдрому непереносимості гістаміну із захворюваннями, що мають схожі клінічні прояви.

Опис клінічного випадку: основними скаргами на момент звернення були: тривалий інтенсивний абодомінальний болювий синдром, закрепи, періодичні порушення загального стану дитини із задишкою, алергічними висипаннями на шкірі верхніх кінцівок, м'язовою слабкістю у нижніх кінцівках. Анамнез захворювання: госпіталізована вперше в ПІАГ у віці 5-ти років. DS: Хронічний неінфекційний коліт неуточнений, проктосигмоїдит. Лактазна недостатність, вторинна, хронічний гастродуоденіт, період субремсії. У віці 8-ми років у дитини почали виникати періодичні загострення. Друга госпіталізація в хірургічне відділення ПІАГ була в 9 років. DS. хронічний гастрит, загострення (H.pylori +). Алергічний коліт. Дефіцит ДАО. Лактазна недостатність, вторинна. Курс консервативного лікування приніс нетривале покращення стану. У віці 11-ти років госпіталізована в хірургічне відділення НДСЛ «Охматдит» для подальшого проведення діагностики та визначення тактики лікування. Результати лабораторних досліджень: підтверджений дефіцит ДАО – 2,9 Од/мл. Підвищений рівень фекального кальпротектину – 241,28 мкг/г, підвищений рівень лактоферину – 53, 89 мкг/г, що свідчить про наявність запального процесу. Виявлено підвищення рівня IgG до молочних продуктів, зернових культур, глютену – виставлений діагноз лактазної недостатності. Також виявлено підвищення рівня IgE – 434,6 Од/мл. Результати інструментальних обстежень: під час знаходження у НДСЛ «Охматдит» дитині були проведені: іригографія (17.02.23), заключення: доліхоколон, синдром Пайра, порушення випорожнювальної функції товстої кишки. Колоноскопія (24.02.23), заключення: патології не виявлено. ФГДС (24.02.23), заключення: дуоденально-гастральний рефлюкс. Результати гістологічного дослідження дванадцятипалої кишки: незначне сплюснення окремих ворсин; шлунку: початкові гістологічні прояви хронічного гастриту, в шлункових ямках виявляються структури, схожі на неактивні форми хелікобактеру; товстого кишківника: запальні зміни слизової оболонки, не виключається наявність колагенозного коліту.

Прогноз захворювання є несприятливий, підтримуюча терапія може короткостроково покращувати стан дитини, але не приносить повного покращення стану, чим зумовлює погіршення якості життя дитини та матері.

Висновок: синдром ПТГ значено погіршує якість життя дітей та їх батьків, що зумовлює необхідність більшої обізнаності лікаря про даний стан. Необхідність діагностики як ізольованого ДАО, так і коморбідних станів наявних у дитини, що можуть погіршувати якість життя. Ефективне лікування передбачає використання комплексного підходу із врахуванням усіх складових діагнозу даної дитини.

Ключові слова: непереносимість гістаміну, діаміноксидаза

Захворюваність на гострі кишкові інфекції серед дітей в місті Суми

Яресько Т.Ю., Лопя Я.С., Сядриста Ю.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Васильєва О.Г

Кафедра педіатрії

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Сміян О.І.

*Сумський державний університет, навчально-науковий медичний інститут
м. Суми, Україна*

Вступ: гострі кишкові інфекції (ГКІ) досить широко розповсюджені та займають друге місце після гострих респіраторних захворювань. За оцінками ВООЗ, щорічно в світі реєструють від 68,4 до 275 млн випадків діарейних захворювань, кількість яких зростає з року в рік. В Україні склалася несприятлива епідеміологічна ситуація щодо розповсюдженості ГКІ. Особливо гостро стоїть ця проблема в дитячому віці. Як свідчать дані ВООЗ, дизентерія й інші ГКІ щорічно стають причиною смерті більше ніж 5 мільйонів дітей. Широка розповсюдженість кишкових інфекцій у дітей, формування у деяких випадках несприятливих варіантів перебігу та виходу захворювання, погіршення соціально-економічного статусу пацієнтів, бойові дії на території нашої держави та інше, все це виділяє проблему боротьби з ними в розряд найбільш важливих та першорядних, особливо в педіатрії.

Мета: проаналізувати рівень захворюваності на ГКІ серед дітей м. Суми за період 2018-2021 років.

Матеріали і методи: дослідження проводилось на базі інфекційних відділень та відділення анестезіології та інтенсивної терапії комунального некомерційного підприємства «Дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди» Сумської міської ради. Статис-

тичні дані опрацьовано та проаналізовано автоматизованим способом на ПК з використанням програм Microsoft Office Excel 2016.

Результати: Проаналізувавши статистичні карти обстежуваних пацієнтів, визначили, що за 2018 рік кількість дітей, які хворіли на ГКІ складала 346 за рік, з них було 26 дітей до 1 року, що склало 7,51 %. Загальна кількість ліжко-днів з ГКІ складала 1608. За 2019 рік кількість дітей з ГКІ зросла на 31,5 % від попереднього року та складала 455, з них дітей до 1 року було 42 (9,23 %). Кількість ліжко-днів з даною патологією складала 2184. В 2020 році на фоні пандемії COVID-19 кількість дітей з ГКІ значно знизилась – на 75 % в порівнянні з 2019 роком та складала 114 хворих, з них 13 дітей до 1 року 11,40 %. Кількість ліжко-днів складала 641. За 2021 рік кількість дітей з ГКІ в місті знизилася ще більше і складала 92 випадки, що майже на 80 % менше, ніж в період до пандемії, з них 15 дітей до 1 року 16,30 %, а кількість ліжко-днів склала 357. Якщо порівнювати захворюваність у період до пандемії COVID-19 (2018 та 2019 роки) та на фоні її, то можна сказати, що захворюваність у місті Суми знизилась на 75 % та 80 % відповідно. А питома вага дітей до року, хворих на ГКІ, навпаки зростає з року в рік, а саме з 7,51 % у 2018 році до 16,30 % - у 2022.

Висновки: Таким чином, простежується поступове зниження кількості хворих дітей на ГКІ. Можливо, таке явище пов'язане зі збільшенням захворюваності на COVID-19 та першочерговою госпіталізацією дітей з даною патологією. Також, в зв'язку з пандемією діти перестали або рідше стали відвідувати великі колективи та місця значної скупченості людей, стали більш ретельно виконувати правила особистої гігієни (миття рук, використання дезінфектантів, тримання дистанції та інше), тобто відмічається позитивний вплив як неспецифічної, так і специфічної профілактики населення. З іншого боку, зростаюча питома вага дітей до року з ГКІ, може бути пов'язана з госпіталізацією дітей раннього віку з будь-якими проявами гострих респіраторних інфекцій, а у цих дітей частіше діагностували гострі кишкові інфекції саме вірусної етіології.

Ключові слова: госпіталізація, діарея, діти, інфекційні хвороби, ліжко-дні.

**V УКРАЇНО-ПОЛЬСЬКИЙ КОНГРЕС
«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»**

**V UKRAINIAN-POLISH CONGRESS
«INNOVATIVE TECHNOLOGIES
IN OTORHINOLARYNGOLOGY»**

21-22.04.2023



IMMUNE MECHANISMS OF IMPLEMENTATION OF ALLERGIC RHINITIS AND THE WAYS OF IT CORRECTION

Pukhlik S. M., Bohdanov V. K., Diedykova I. V.

ENT department

Head of the department: doctor of medical sciences, professor. Pukhlik S.

SI "Odessa national medical university"

Odessa, Ukraine

Introduction: Allergic rhinitis is a global health problem worldwide. The basis of the pathogenesis of the allergic form of the disease is a type I hypersensitivity reaction. It has been established that in AD (allergic disease) there is a restructuring of the immune system to a Th2 response, which leads to excessive activation of B-lymphocytes, an increase in the synthesis and secretion of IL-4 and IL-5, the development of IgE-dependent reactions, as well as a decrease in the production of IL-2. Despite certain successes achieved in the field of pathophysiology of AR (allergic rhinitis), a number of questions remain regarding the importance of immune mechanisms in the realization of different phenotypes of AR.

Materials and Methods: We conducted an analysis of the scientific literature regarding the possibility of using immunomodulatory drugs to restore the balance between the states of the immune system of T helpers 1st and T helpers 2nd cytokines in patients with histamine-mediated allergic reactions.

Review: We consider the body to be in a "balanced" immune state when there is a constant movement between T helpers 1st and T helpers 2nd immune conditions over a 24-hour period. These two states of the immune system suppress each other and are in a parity: the body spends twelve (12) hours in a T helper 1st condition (antiviral, antibacterial, antiparasitic activity) and then twelve (12) hours in a T helper 2nd condition (proinflammatory activity). Causes like an anxiety and chemical influence weaken our body's capacity to protect itself, not by transmitting the cellular immune reaction (T helper 1st-the body's skill to identify and eradicate unfamiliar agents), but by chronically increasing humoral immunity (T helper 2nd), a pro-inflammatory condition that usually prevails in situation of local injury curing or histamine-mediated allergic reaction. In case when the chronic elevation of the humoral immune response continues, known as a "T helper 1st to T helper 2nd switching". With a switch from T helper 1st to T helper 2nd, the cytokine profile changes from antiviral, antibacterial, antiparasitic (T helper 1st) to inflammatory-reparative (T helper 2nd), but does not turn back to the T helper 1st state within 12 hours. This chronically elevated pro-inflammatory immune response called as a T helper 2nd immune condition. Current medical researching established that mushroom dietary (using the mushroom *Coriolus versicolor*) is able to balance T helper 1st and T helper 2nd immune conditions, thereby conversing the "T helper 1st to T helper 2nd condition". From the point of view of nutritional immunomodulation, it has been observed that dieting and alimentation can influence the role of different immune criterions. This approach can be used in efforts to avoid or reduce allergic reactions through the prescribing of certain food supplement or agents. In this sense, there are foods and ingredients that show potential, with a particular focus on pro- and prebiotics, i.e. β -glucans and fungal immunomodulatory proteins.

Conclusions: An analysis of the scientific literature on the study of the possibility of the effect of plant substances as an immunomodulatory drug demonstrated that *Ganoderma lucidum* is a valid remedy for restoring the balance between the immune conditions of T helper 1st and T helper 2nd cytokines in patients with histamine-mediated allergic reactions. We believe that this information about the mechanisms of action of *Ganoderma lucidum* in the form of the drug *Asthmagan* is sufficiently convincing for its possible use in the treatment of allergic rhinitis.

Keywords: allergic rhinitis, type I hypersensitivity reaction, cytokine T helper 1st, cytokine T helper 2nd, *Ganoderma lucidum*.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF HIGH-FREQUENCY AUDIOMETRY IN THE DIAGNOSIS OF TINNITUS

Suvorkina Alisa, Suvorkina Olga

ENT department

Head of the department: doctor of medical sciences, professor. Pukhlik S.

SI "Odessa national medical university"

Odessa, Ukraine

Introduction: Tinnitus is the subjective perception of sound in the absence of an external objective sound source. 10% to 15% of the population suffers from chronic tinnitus. Patients with complaints of noise characterize it in different ways: ringing in the ears, buzzing, whistling, the sound of a broken TV, « etc. In some cases, tinnitus can be severely affect various social areas of a person's life and accompanied by depression and anxiety disorders. Various questionnaires are used to assess the impact of tinnitus on quality of life.

Hearing loss is known to be the most common cause of noise. And there is an established relationship between the tonality of noise and the frequency range of hearing loss. The measuring pure tone average (PTA) of hearing thresholds is performed in the traditional range from 125 Hz to 8000Hz. However, such traditional audiometry is not always enough informative and reliable. The expediency of using high frequency (HF) audiometry remains controversial, although many studies show that monitoring of extended high frequencies is useful in diagnosing of hearing loss in certain populations treated with ototoxic drugs. Therefore, recently the measurement of auditory thresholds above 8000 Hz is used more often, which is facilitated by the development of clinical audiometers with these parameters. All of the above initiated our interest in this study.

In this study, we aimed to investigate the clinical relevance of high-frequency audiometry results in an extended range up to 20,000 Hz in the diagnosis of patients with tinnitus.

Materials and methods: The study involved 85 patients (40 women and 45 men) with complaints of high-frequency tinnitus. Selection criteria: age up to 49 years old, complaints of high-frequency tinnitus (whistling, ringing), normal tone audiometry thresholds in the standard range up to 8000 Hz, >38 points on the Tinnitus Handicap Inventory (THI) Questionnaire, normal Tympanometry parameters - type A tympanogram and acoustic reflex registration.

We divided the patients into 3 groups:

In the first group, 35 patients were examined, the average age was 34.8. Everyone complained of high-frequency tinnitus. We excluded the professional factor of increased acoustic conditions at work.

The second group consisted of 30 people with complaints of tinnitus in both ears with an average work experience of increased acoustic conditions for at least 5 years. The average age in the group was 37.2 years. The third group consisted of 20 volunteers without complaints with a normal average hearing thresholds in the frequency range from 125 Hz to 8000 Hz, whose average age was 33.5 years.

All the patients completed the THI questionnaire, passed the pure tone audiometry in the traditional range from 125 Hz to 8000 Hz, as well as high-frequency audiometry in range from 9000 to 20000 Hz. Pure tone audiometry extended high-frequency audiometry were performed using an AD629 audiometer and DD450 high-frequency headphones. Reduced thresholds were approved when reaching 20 dB at one or more frequencies.

Results: All 85 patients had normal hearing thresholds on an audiogram in the standard range of 125 Hz to 8000 Hz (<15 dB). High-frequency audiogram in patients of the first group revealed a decrease in hearing thresholds in the range from 9000 to 20000 Hz with at frequencies 14000-16000 Hz (Fig. 1). The tone of tinnitus coincided with the corresponding frequency of the highest hearing threshold. The average hearing threshold was 26.27 ± 12.25 .

In the second group of patients who have been working in noisy conditions, there was also a decrease in the average thresholds in high frequency range on both sides and reached 45.25 ± 10.12 . The highest thresholds of hearing at frequencies were noted at frequencies of 12000 Hz, 14000 and 16000 Hz, and there was no response at 18 kHz and 20 kHz. In the third control group, patients showed normal average hearing thresholds in the extended high frequency range - 2.17 ± 1.54 .

Conclusions: Thus, we found that in patients with tinnitus with normal thresholds on the audiogram in the usual frequency range, high-frequency tone audiometry from 9000 to 20000 Hz provides additional information. In our study, we demonstrate an association between tinnitus tone and decreased perception of tones on a high-frequency audiogram. Thus, we recommend using high-frequency audiometry in the early stages of tinnitus. Early diagnosis has clinical importance for the correction of tinnitus, further prognosis, and prevention of the progression of the process in patients, which will improve their quality of life.

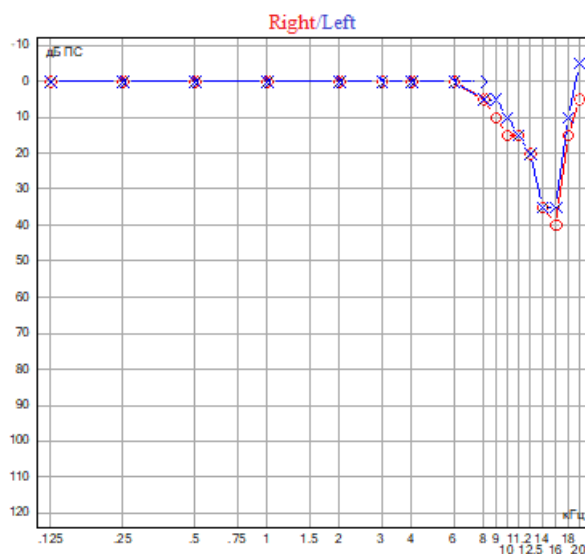


Fig. 1 High frequency audiogram with the highest hearing thresholds at frequencies of 14000 Hz and 16000 Hz

РОЛЬ MUC 1 ТА MUC 5AC В НАДЛИШКОВІЙ ПРОДУКЦІЇ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТУ, ЯК ФАКТОР ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ПОСТНАЗАЛЬНОГО СТІКАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ВИКРИВЛЕННЯМ НОСОВОЇ ПЕРЕДІЛКИ

Бабченко Н.В., Деева Ю.В., Коновалов С.Е., Мотайло О.В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Деева Ю.В.

Кафедра отоларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Деева Ю.В.

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

Актуальність: Терміном «синдром постназального стікання» (postnasal drip syndrom, PNDS) позначають клінічні ситуації, які характеризуються хронічним запальним процесом верхніх дихальних шляхів, і в разі яких, слизові виділення стікають по задній стінці глотки у бік гортані й трахеобронхіального дерева. У нормі слизовою оболонкою носа секретується близько 100-500 мл слизу на добу, який служить для підтримки вологого стану порожнини носа, зволоження вдихуваного повітря, адгезії пилу і видалення його з порожнини носа в носоглотку, та подальшого непомітного проковтування внаслідок діяльності миготливого епітелію. У випадку надлишкового вироблення слизу, або зміни його консистенції та більш густу - це стає помітнішим і призводить до відчуття подразнення, стікання по задній стінці глотки та наявності стороннього тіла в носоглотці. У патогенезі СПС головним механізмом є порушення очищення слизової оболонки носової порожнини - мукоциліарного кліренсу, а також - гіперсекреція слизу з порушенням його евакуації. Так, підвищена секреція слизу і порушення його реологічних властивостей, як правило, супроводжуються порушенням функції миготливого епітелію і погіршенням мукоциліарного транспорту, що призводить до застою слизу.

Мета: визначення показників секреції MUC 1 та MUC 5AC у пацієнтів з викривленням носової переділки та синдромом постназального стікання.

Матеріали та методи: До досліджуваної групи увійшло 25 пацієнтів (15 жінок та 10 чоловіків) у віці від 18 до 55 років з встановленим діагнозом: викривлення носової переділочки яке було підтверджено ендоскопічно та за допомогою КТ, що мали скарги на утруднення носового дихання та відчуття постназального стікання по задній стінці глотки (Рис 1.). До групи контролю з 15 осіб увійшли пацієнти з встановленим діагнозом: викривлення носової переділочки підтверджено ендоскопічно, що не мали скарг на порушення носового дихання. Зразки слизової оболонки в цій групі для Western Blot аналізу були забрані під час проведення хірургічного втручання з приводу патології суміжних органів, що виконувалось ендоназальним ендоскопічним доступом (травми орбіти, декомпресія орбіти, дакриориноцистостомії).

Результати: В нашому дослідженні ми встановили достовірне підвищення рівня MUC 5AC в слизовій оболонці носової порожнини з увігнутої сторони носової переділочки, порівняно з рівнем MUC 1. Що в свою чергу може призводити до надлишкового вироблення назального секрету, зміну його консистенції на більш густу, порушення евакуації, і таким чином подовження часу мукоциліарного кліренсу.

Висновки: Виходячи з проведених досліджень можна зробити висновок, що викривлення носової переділочки суттєво впливає на стан мукоциліарного кліренсу носової порожнини. MUC 5AC та MUC 1 – мукополісахариди, що виробляються келихоподібними клітинами слизової оболонки носа і формують назальний секрет. Таким чином, зміна архітектоніки порожнини носа може безпосередньо впливати на стан мукоциліарного транспорту і призводити до синдрому постназального стікання.

Ключові слова : викривлення носової переділочки, синдром постназального стікання, носова порожнина, муцини

МРТ ДІАГНОСТИКА ФАРИНГОСПАЗМУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ГОЛОСОВІДНОВЛЮВАНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ

Герц В.Д., Коровіцький П.Р., Кізім В.В., Толчинський В.В., Телуха К.І.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Вступ: Від 9% до 79% пацієнтів, яким була виконана ларингектомія, з наступним відновленням голосу шляхом трахеоглоткового протезування (первинно або вторинно), зіштовхуються зі змінами моторики фаринго-езофагального сегменту, внаслідок спазму мускулатури останнього. Відеофлюороскопія та комп'ютизована манометрія являються найбільш поширеними методами оцінки спазму фаринго-езофагального сегменту. Проте, останні дослідження показали, що новий метод МРТ в режимі реального часу підходить для того, щоб відстежувати акт ковтання.

Мета дослідження: Визначити наявність спазму мускулатури фаринго-езофагального сегменту (ФЕС) у ларингектомованих пацієнтів при проведенні голосовідновлюваних інтервенцій (трахео-глоткове протезування) за допомогою МРТ у режимі реального часу.

Матеріали та методи: Ми спостерігали 6 пацієнтів з дисфункцією голосових протезів, яким було проведено розширену ларингектомію з трахеостравохідними протезуванням. У двох пацієнтів протезування було проведено одночасно з ларингектомією, у 4-х - в терміни від 3-х до 6-ти місяців після ларингектомії. Всі хворі отримали післяопераційний курс променевої терапії.

Для дослідження був використаний апарат МРТ (Phillips Archieva) у режимі реального часу. Контрастною речовиною був обраний ананасовий сік, 5мл, що загусили агар-агаром (речовина була обрана, як природний парамагнетик, що містить в собі марганець, який контрастує в режимі T1).

Результати: У одного хворого було діагностовано рецидив новоутворення. У 5-ти пацієнтів під час дослідження було виявлено звуження глотково-стравохідного співзв'язу на рівні перстнеподібного м'язу без ознак дисфагії, що може свідчити про спазм мускулатури фаринго-езофагального сегменту.

Висновки: МРТ дослідження в режимі реального часу є ефективним та безпечним методом діагностики спазму ФЕС, що з великою вірогідністю дозволяє з'ясувати причину дисфункції голосового протезу.

ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ ВИЗНАЧЕННЯ БІОМАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУСИТ

Деєва Ю.В., Криничко Л. Р., Островська Д.А.

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Деєва Ю.В.
Кафедра отоларингології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Деєва Ю.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність: За даними Friedman RA, Harris JP, Department of Surgery, University of California San Diego Medical Center, синусит визначається як запалення слизової оболонки придаткових пазух носа. Однак патогенез хронічного синуситу ще не до кінця встановлений. Оскільки дане захворювання протікає як на інфекційній, так і на неінфекційній основі, виникає безліч симптомів, як місцевого так і загального характеру, з боку верхніх дихальних шляхів. Критеріями хронічного синуситу є тривалі симптоми, тобто більше 3 місяців, та об'єктивні ознаки запалення слизової оболонки. У клінічній практиці також

важливо відзначити, що зміни слизової оболонки зазвичай зберігаються протягом щонайменше 8 тижнів після лікування гострої інфекції.

До кінця не вивчено, наскільки пошкодження слизової оболонки верхньощелепних пазух грануляційною тканиною, утворенням поліпів і фіброзними змінами є оборотним. При хронічному верхньощелепному синуситі зазнають фундаментальних змін анатомія та фізіологія верхньощелепних пазух, особливо у хворих на поліпозний риносинусит та хронічне запалення верхньощелепних пазух одонтогенного походження, що знаходить своє відображення в специфічних біомаркерах. Необхідні подальші дослідження місцевих імунологічних факторів, лабораторних показників та аналіз розвитку локальної патології тканин при хронічному поліпозному, одонтогенному верхньощелепному синуситі та кістах верхньощелепних пазух.

Мета: Визначити діагностичну роль біомаркерів у хворих на хронічний верхньощелепний синусит.

Матеріали та методи: До досліджуваної групи 40 пацієнтів, які були поділені на дві клінічні групи – контрольну групу пацієнтів та групу порівняння, кількістю пацієнтів 20 в кожній групі. Критеріями включення були пацієнти від 18 до 75 років з встановленими діагнозами: хронічний поліпозний верхньощелепний синусит, кіста верхньощелепного синуса, міцетома верхньощелепного синуса.

Критерії виключення – вагітні; психічно хворі; пацієнти з перенесеними хірургічними втручаннями на носовій порожнині, пацієнти з новоутвореннями носової порожнини, пацієнти що хворі на алергічний риніт, пацієнти що палять.

Результати: У нашому дослідженні ми виявили надлишок продукції секрету слизовими оболонками приносних пазух та зміни його складу у пацієнтів із ХРС в порівнянні з контрольною групою. У пацієнтів з хронічним риносинуситом який асоційований з поліпозом, гіперплазія слизової оболонки сприяє значному посиленню секреції. Лізоцим, і муцин MUC1, що виділяються, є основними компонентами підвищеної секреції залоз в пацієнтів з поліпозним риносинуситом. Також у пацієнтів з хронічним поліпозним риносинуситом гіперплазія слизової оболонки та гіперплазія келихоподібних клітин підвищує вміст секрету слизової оболонки носа, багатого на гелеутворюючий муцин MUC5AC. При проведенні нашого дослідження ми виявили, що слизова оболонка має значну еозинофільну інфільтрацію.

Висновки: Хронічний риносинусит є захворюванням, яке існує на багатовимірному спектрі запальної патології. Дослідження змін слизової оболонки допомагає пояснити деякі відмінності в клінічних проявах захворювання, а також варіації лікування та прогнозу захворювання.

Ключові слова: хронічний риносинусит, поліпи, носова порожнина

АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ СИМУЛЯЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ В ІНТЕРНАТУРІ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ОТОЛАРИНГОЛОГІЯ» В АСПЕКТІ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ

Дідковський В. Л., Науменко О. М.

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Десва Ю.В
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Актуальність проблеми. В сучасній програмі підготовки в інтернатурі за спеціальністю «оториноларингологія» в Україні має місце значна кількість практичних навичок та оперативних втручань, якими повинен володіти лікар-оториноларинголог по закінченню навчання. При самостійній роботі в закладах охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування недостатній рівень володіння ними може призвести до ризику виникнення несприятливих подій (дефектів надання медичної допомоги), які мають відношення до безпеки пацієнтів.

Мета дослідження: Мета дослідження полягала у аналізі результатів практичного впровадження симуляційного навчання у освітняську практику на післядипломному рівні в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця зі спеціальності «оториноларингологія».

Матеріал і методи досліджень. На кафедрі оториноларингології в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця в 2021-2023 році були проведені симуляційні тренінги для лікарів-інтернів за фахом «оториноларингологія» з опанування деякими практичними навичками (інвазивними та неінвазивними втручаннями), пов'язаними із безпосереднім контактом з пацієнтами. Вивчення думки учасників тренінгу проводили шляхом анкетування до та після його проведення стосовно рівня оволодіння практичними навичками.

Результати досліджень і їх обговорення. За результатами самооцінки лікарями-інтернами (засвоїв та повністю оволодів), найбільшу частину мають наступні оперативні втручання (діапазон оцінок більше 70%):- «Тимпанопункція» (75%), «Пункція верхньощелепної пазухи» (88%), «Редраксація кісток носа» (88%). В той же час, за результатами самооцінки лікарями-інтернами (засвоїв та повністю оволодів), найменшу частину мають наступні оперативні втручання (діапазон оцінок 50% та менше): «Трахеостомія» (38%), «Тонзілектомія» (50%).

До анкети було включено одне запитання із оцінки проведення симуляційних методів навчання (на фантомах) визначенням за шкалою: (де 1 – є зовсім не дієвим, 10 – є дуже дієвим) та запитання відкритого формату для висловлювання лікарями-інтернами пропозицій. Проведене опитування показало, що застосування симуляційних методів навчання (на фантомах) є дуже дієвим, на думку лікарів-інтернів – 76% респондентів підтвердило це. Аналіз динаміки самооцінки рівня оволодіння практичними навичками показав, що респонденти оцінили свій рівень володіння після проходження тренінгу вірогідно вище порівняно з результатами початкового анкетування.

Крім того, результати анкетування лікарів-інтернів засвідчило, що факторами, які впливають на можливість отримати практичні знання і навички на клінічній базі стажування є: доступ до пацієнтів під час навчального процесу, та наявності достатніх обсягів медичної допомоги.

Висновки.

Лікар-отоларинголог по закінченню підготовки в інтернатурі повинен володіти значною кількістю практичних навичок, інвазивних та неінвазивних втручань, які мають відношення до безпеки пацієнтів. Використання симуляційного обладнання та медичних манекенів для підготовки лікарів-інтернів за фахом «оториноларингологія» сприяє набуттю сучасних практичних навичок, відпрацюванню діючих протоколів і стандартів надання медичної допомоги населенню, крім того дає можливість знизити ризик виникнення дефектів надання медичної допомоги. Факторами, які впливають на можливість отримати практичні знання і навички на клінічній базі стажування є: доступ до пацієнтів під час навчального процесу, та наявності достатніх обсягів медичної допомоги.

Ключові слова: післядипломна медична освіта, безпека пацієнтів, оториноларингологія, симуляційне навчання.

ВИКОРИСТАННЯ ТЕСТІВ “REFLUX SYMPTOM INDEX” І “REFLUX FINDING SCORE” У ДІАГНОСТИЦІ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІПАМИ ГОРТАНІ

Д.О. Доні, Я.В. Кізім

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Ларингофарингеальний рефлюкс (ЛФР) є варіантом позастравохідного прояву гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), який має шкідливу дію на слизову оболонку гортані та глотки (Т. Sataloff 2004). Для верифікації ЛФР застосовують внутрішньостравохідне рН-моніторування, імунологічні дослідження (визначення пепсину в слині та вугільної ангідрази в слизовій оболонці), фіброгастроєзофагоскопію та визначення рівня біомаркерів у слизовій оболонці глотки та гортані. Для діагностики ЛФР Koufman із співавтори (2001) запропонували шкалу «The Reflux Symptom Index» (RSI). Для оцінки ларингоскопічних проявів прийнято використовувати тест «The Reflux Finding Score» (RFS).

Мета дослідження. Аналіз ефективності використання тестів The Reflux Symptom Index (RSI) та The Reflux Finding Score (RFS) в діагностиці ЛФР у пацієнтів з поліпами гортані.

Матеріали та методи дослідження. У 2018-2022 роках у ЛОР-онко клініці ДУ«Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» ми спостерігали 186 пацієнтів із поліпами гортані.

Для попередньої діагностики та об'єктивізації скарг використовували тест RSI, в якому кожна скарга пацієнта оцінювалася за 5-ти бальною шкалою. (максимальна сума балів – 45). У випадку отримання результату тесту (індексу) більше 10 – у пацієнта передбачалася наявність ЛФР.

Огляд ЛОР-органів, включаючи відеоендоларингоскопію, виконували всім хворим. Об'єктивізація ларингоскопічної картини й динамічне спостереження здійснювалося за допомогою тесту RFS (сума оцінних балів варіювала від 0 до 26).

Результати досліджень та їх обговорення. При тестуванні RSI у 87 (46,8%) досліджуваних індекс перевищував «10». У групі хворих, із встановленим ЛФР, індекс RFS перевищував «12». Основною скаргою у обстежених була захриплість, яка спостерігалася у всіх хворих.

Кашель, який виникав після їжі або в положенні лежачи був зареєстрований у 73,8% хворих. На відчуття «кому» у горлі скаржилися 46,2% хворих. Рідше всього пацієнтів турбували утруднення при ковтанні їжі, рідини, таблеток (18,2% обстежених). Велика кількість слизу в горлі турбувала 16,9% обстежених.

При аналізі результатів тесту RFS, найчастішим супровідним проявом була гіперемія слизової оболонки, яка була зареєстрована у 72,6% обстежених. Гіперемія голосових складок було виявлено у 66,2% обстежених (переважно тяжкого ступеня). Така ларингоскопічна ознака як гіпертрофія міжчерпакуватого простору була зареєстрована у 49,2% обстежених (переважно середнього ступеня).

Значно рідше ми спостерігали наявність ендоларингеального слизу (27,7% хворих), облітерацію гортанних шлуночків (21,5%) і набряк підскладкового простору (13,8%).

Висновки. ЛФР виявився асоційованою патологією у 46,8% хворих із поліпами гортані.

Найбільш частою скаргою у пацієнтів з ЛФР є захриплість (100%) та кашель (73,8%).

Ларингоскопічно ЛФР найчастіше проявлявся гіперемією слизової оболонки голосових складок (72,3%).

Використання оцінних шкал The Reflux Symptom Index і The Reflux Finding Score є високодостовірним методом діагностики ларингофарингеального рефлюксу.

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА СТАНУ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА.

А. Ф. Євчева, Ф.Д. Євчев

*Каф. оториноларингології
зав.каф. - проф. С.М. Пухлік
Одеський національний медичний університет
Одеса, Україна*

Злоякісні захворювання, без сумніву, є важливою соціально-економічною та медико - біологічною проблемою в Україні та у світі. Щорічно реєструється близько 2,9 мільйонів нових випадків захворювань в розвинених країнах світу, а в країнах що розвиваються - понад 3 мільйонів.

Не дивлячись на те, що клінічні прояви захворювань такі, як зміна кольору та розмірів новоутворень спостерігаються досить рано, топічна і диференційна діагностика хронічних (передракових) станів, злоякісних пухлин є складною задачею для лікарів. І на цьому етапі хворі не завжди звертаються за медичної допомогою. Але ці клінічні ознаки можуть вже свідчити про агресивність процесу. Перебіг новоутворення шкіри зовнішнього носа у зв'язку з агресивністю процесу нерідко розповсюджується на кісткову та хрящову тканину, а також може метастазувати в головний мозок, в орган зору та легені.

Мета дослідження: оцінити результати виявлення пухлинного ураження шкіри зовнішнього носа на основі аналізу клінічною і інструментальною семіотики: дерматоскопії і термодиференційного тесту в порівнянні з морфологічним дослідженням.

Матеріал та методи дослідження В дослідження залучено 60 хворих з новоутвореннями шкіри зовнішнього носа. Із них 30 жінок і 30 чоловіків у віці від 56 до 80 років. Дослідження виконувались в умовах відділення отоларингологія: голова шия міської клінічної лікарні №11, місто Одеса. Всім досліджуваним проводили всебічне клінічне обстеження, яке включало вивчення анамнезу : тривалість виникнення новоутворення шкіри, термін зміни кольору, розміру та форми, оцінку клінічної семіотики за допомогою дерматоскопії, термодиференційного тесту та морфологічного висновку.

Із анамнезу, у близьких родичів хворих такі новоутворення шкіри, які зазвичай оцінювалися як родимки і тому не звертали увагу. Також дізнавалися, були лі довгий час різні фізичні подразнення, які могли сприяти розвитку і агресії пухлинного ураження. Пацієнти відмічали на ранніх стадіях розвитку новоутворення мали рожеву болочу пляму на шкірі, яка протягом тривалого часу не загоювалася і супроводжувалося кровотечею та свербіжем і формувалася виразка. По третє - хворі підкреслювали, що зміна новоутворення у розмірі та зміна їх кольору викликало в них страх виникнення онкологічного ураження шкіри зовнішнього носа: меланоми, або раку шкіри. І тільки в таких випадках психоемоційний стан спонукав хворих звернутися за медичної допомогою.

Результати дослідження Із залучених 60 хворих з новоутвореннями шкіри зовнішнього носа у 22 (36,7%) був БКРШ і 36 (60 %) ПКРШ і дві (3,3%) пацієнтки з меланою. Об'єктивно у наших хворих дійсно був такий перебіг клінічних ознак: нерівномірний колір пігментації пухлини мав включення темних відтінків коричневого або рожевого кольорів, пігментна пляма збільшувалася у розмірах та розмір . Ці ознаки були характерні для 3,3% наших пацієнтів у яких морфологічно підтверджена меланома. Хворі були направлені в інститут раку України. Клінічна семіотика БКРШ: для 22 хворих виглядала, як яскраво рожевого або червоного кольору випинань покритих кірками, але з часом такі новоутворення стають твердими, можуть кровоточити або перетворюються в виразку. Другий вид злоякісного ураження шкіри зовнішнього носу у 36 досліджуваних був плоскоклітинний рак (ПКРШ) (синоніми: сквамозноклітинна карцинома, плоскоклітинна епітеліома, епідермічний рак, спиноцелюлярний рак). ПКРШ складається з аномальних клітин плоского епітелію зовнішнього шару шкіри. Клінічна семіотика: виглядає як жовта луска та ділянка шкіри з тонкою поверхнею, яка починала кровоточити від легкого травмування. З часом на цьому місці утворювалася теж виразка. Ця клінічна семіотика обох злоякісних утворень підтверджена мікроскопією (дерматоскопією). Термодиференційний тест теж підтвердив злоякісність досліджуваних новоутворень, результат був позитивним. Суть тесту полягає у різниці температур між здоровою шкірою та ділянкою пухлини. Тільки при різниці температури більш за 1 градус, тест оцінюється як (+) позитивним. Дослідження проводилося за допомогою електротермометру. Проводилося точкове вимірювання температури ураженого частка. Результат дослідження оцінювали як позитивний, коли середня різниця температур (із 8 - 10 точках пухлини) була вище + 10.

Результати дослідження полягали у комплексі об'єктивної клінічної семіотики, дерматоскопії та термодиференційного тесту, що дозволило у хворих встановити клінічний діагноз. Морфологічне дослідження підтвердило у 100% хворих клінічний діагноз - ПКРШ і БКР. Цей спосіб діагностики має комплексний підхід , суттєві переваги над окремими діагностичними критеріями при оцінці ознак новоутворень шкіри.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ ГОРТАНІ НА ФОНІ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ

Заболотна Д.Д., Кізім Я.В., Герц В.Д., Коровіцький П.Р.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Ларингофарингеальний рефлюкс (ЛФР) – патологічний стан організму, при якому відбувається регургітація та вплив шлункового рефлюкату на позастравохідні структури.

ЛФР є однією з причин виникнення неоплазій гортані. Також існує гіпотеза, що ларингофарингеальний рефлюкс можливо є одним із потенційних факторів ризику розвитку раку гортані.

Мета дослідження: вивчити клініко-морфологічні особливості перебігу плоскоклітинного раку гортані I-II стадії на фоні ларингофарингеального рефлюксу.

Матеріали та методи за період з 2017 по 2022 роки у ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» було виконане комплексне обстеження 211 хворих на рак гортані I-II стадії.

Комплекс обстежень включав використання шкал діагностики ларингофарингеального рефлюксу – «The Reflux Symptom Index» і «The Reflux Finding Score». ЛФР підтверджували за результатами добового внутрішностравохідного рН-моніторингу. Були виконані імуногістохімічні дослідження операційного матеріалу, в яких використовували наступні маркери: маркери Т-клітин (CD3), Т-цитотоксичних лімфоцитів (CD8), Т-регуляторних клітин (FOXP3), M1-макрофагів (CD68), M2-макрофагів (CD163).

Результати: Ларингофарингеальний рефлюкс було діагностовано у 66 (31,3%) хворих на рак гортані I-II стадії.

За результатами патоморфологічних досліджень було встановлено, що в межах плоскоклітинних карцином гортані визначено значну лімфогістіоцитарну інфільтрацію, яка була більш виражена за наявності ларингофарингеального рефлюксу.

Аналіз кількості та розподілу FOXP3-клітин показав, що у хворих на рак гортані на фоні ЛФР чисельність цих клітин, у межах та за межами пухлини, була значно вищою ніж у хворих на рак гортані без ЛФР. Аналіз співвідношення FOXP3-клітин клітин у загальній популяції Т-лімфоцитів також підтвердив чітку асоціацію між кількістю FOXP3-клітин у хворих на рак гортані на фоні ЛФР.

Оцінка співвідношення M2-макрофагів до M1-макрофагів показала, що якщо у хворих на рак гортані без ЛФР у межах пухлини превалював M1-фенотип макрофагів, що мають прозапальну дію, то в умовах розвитку плоскоклітинного раку гортані на фоні ЛФР відбувається поляризація макрофагів переважно у бік пропухлинного M2-типу.

Висновки:

Комплексне використання шкал «The Reflux Symptom Index», «The Reflux Finding Score» та pH-моніторингу є високо достовірним методом в діагностиці ларингофарингеального рефлюксу у хворих на рак гортані I-II стадії.

ЛФР асоціюється з розвитком хронічного запального процесу у слизовій оболонці гортані та стимулює гіперплазію багатошарового плоского епітелію.

Зареєстрована в умовах ЛФР інфільтрація слизової оболонки M2-макрофагами за наявності значної кількості FOXP3-клітин клітин свідчить, що ларингофарингеальний рефлюкс впливає на поляризацію імунної відповіді, що може чинити переду-мови для розвитку плоскоклітинного раку гортані.

ВИЗНАЧЕННЯ ПРОВІДНИХ СИМПТОМІВ ТА ВПЛИВ ПЕРЕНЕСЕННОГО SARS-COV-2 НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ПОЛІПОЗНОГО РИНОСИНУСИТУ З АСПІРИН АСОЦІЙОВАНИМ РЕСПІРАТОРНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ

Заболотна Д.Д., Молдованов І.А

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Актуальність: Хронічний поліпозний риносинусит (CRSwNP) є важливим захворюванням, яке діагностується за наявністю як суб'єктивних, так і об'єктивних ознак хронічного запалення навколоносових пазух. На сьогоднішній день, остаточно не встановлено зв'язку жодних специфічних факторів з розвитком цього захворювання. CRSwNP часто асоціюється з алергічним ринітом та аспірин асоційованим респіраторним захворюванням (AERD), але клітинні та молекулярні механізми, які сприяють виникненню клінічних симптомів, до кінця не вивчені. Достеменно невідомо, чи має вплив SARS-CoV-2 на перебіг CRSwNP з AERD.

Мета: Диференціювати на рівні анкетування симптоми хронічного CRSwNP з AERD, вивчити вплив SARS-CoV-2 на перебіг захворювання.

Матеріали та методи: Було проведено анкетування 190 пацієнтів, з них відібрано 60 хворих на CRSwNP з AERD 20-60 років (33 чоловіків і 27 жінки). Анкету було розроблено у вигляді Google форми, яка побудована на базі опитувальника SNOT-22 для виявлення назальних симптомів. Опитування проводилось серед амбулаторних пацієнтів клініки ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України». Окрім основних симптомів, анкета включала питання щодо статеві та вікової приналежності, стилого анамнезу захворювання, алергологічного анамнезу, та інформації щодо перенесеного SARS-CoV-2.

Результати: На основі проведеного дослідження було визначено такі скарги: для CRSwNP з AERD більше характерна двобічна закладеність носу (58% випадків) та постійний тип закладеності (52% випадків), помірні за об'ємом виділення з порожнини носу (50% випадків), чхання було присутнє у 72% випадків. Один з характерних симптомів, а саме головний біль відмічався у 64% випадків, з них за локалізацією – 41% у ділянках проекції верхньощелепних пазух та спинки носу та 37,5% у лобній ділянці. Гіпосмія відмічалась у 74% випадків, а 14% опитуваних поскаржилися на постійне відчуття неприємного запаху. Вивчаючи вплив COVID – 19 на перебіг CRSwNP з AERD, було отримано такі результати: серед опитаних 58% мали в анамнезі захворювання SARS-CoV-2, і в 50% випадків це погіршило симптоми. Алергічні реакції відмічались у 62% випадків, а саме у 75% пацієнтів відмічалась алергічна реакція на пилок рослин, 34% реакція на медикаменти, 25% на продукти харчування.

Висновки: Таким чином, в результаті проведеного дослідження, було зображено в процентному відношенні основні назальні CRSwNP з AERD. Під час дослідження була виявлена кореляція між перенесеним в минулому захворювання на SARS-CoV-2 та погіршення перебігу CRSwNP з AERD.

НАШ ДОСВІД РЕКОНСТРУКЦІЇ ДЕФЕКТІВ ОСНОВИ ЧЕРЕПА У ПАЦІЄНТІВ З НАЗАЛЬНОЮ ЛІКВОРЕЄЮ

Заболотна Д.Д., Ісмагілов Е.Р., Заболотний Д.Д.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Вступ: Проблема назальної діквореї на сьогоднішній день є актуальною і дискусійною. При великих дефектах основи черепа завжди використовується два і більше типів трансплантатів для профілактики виникнення рецидиву. Найчастіше використовуються такі трансплантати як фрагмент широкої фасції стегна та фрагмент слизової оболонки, який накриває фрагмент

фасції зі сторони порожнини носа. Залишаються питання що до особливості постановки трансплантатів та використання додаткових трансплантатів для посилення пластичної конструкції.

Мета дослідження – провести порівняльну оцінку ендоскопічного хірургічного лікування пацієнтів з назальною ліквореєю.

Матеріали і методи: було прооперовано 44 пацієнта з назальною ліквореєю. Пацієнти були розподілені на 2 групи. До 1-у групу становили 21 пацієнт, яким для пластики ми використали фрагмент фасції та назосептальний лоскут. Другу групу становили 23 пацієнта, пластика була виконана такими ж типами трансплантатів, але додатково пластична конструкція була посилена фрагментом кістки з перегородки носа. Критерієм оцінки ефективності лікування були: рецидив ліквореї.

Результати: Рецидив у пацієнтів першої групи був у 3 через 1 міс. після хірургічного втручання, а в другій групі спостерігався лише у 1 пацієнта. У 2 пацієнтів 1-ї групи був рецидив через 3 місяці, в 2-ї групи рецидиву ліквореї не відмічалось..

Висновки:

Додаткове посилення пластичної конструкції фрагментом аутокістки дозволяє знизити ризик рецидиву ліквореї.

Використання аутокістки загалом не впливає на стан архітеконики порожнини носа при використанні назосептального клаптя. Ключові слова: назальна лікворея, основа черепа, пластика лікворної фістули.

Ключові слова: назальна лікворея, основа черепа, пластика лікворної фістули

ЕНДОСКОПІЧНА ДАКРІОЦИСТОРИНОСТОМІЯ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ ФОРМИ ДАКРІОЦИСТИТУ

Заболотна Д.Д., Цвірінько І.Р., Черняк Є.М., Малєєв Д.О.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Вступ: Хронічний дакріоцистит - це запальне захворювання слізозного мішка, яке асоційовано з обструкцією нососльозного каналу внаслідок системних захворювань, рецидивуючих інфекцій, дакріолітів та деформуючих запальних змін у нососльозній системі, в першу чергу - в дистальній її частині. Основними клінічними проявами хронічного дакріоциститу є епіфора, гнійні або слизові виділення з слізозного мішка, набряклість на почервоніння в ділянці медіального кантусу очної щілини.

Мета дослідження: дослідити ефективність ендоскопічної дакріоцисториностомії з марсупіалізацією слізозного мішка та формуванням клаптів латеральної стінки слизової оболонки носа при лікуванні хронічного дакріоциститу у пацієнтів.

Матеріали та методи: На базі Відділення запальних захворювань ДУ “Інститут отоларингології ім. проф. О.С.Коломійченка НАМН України” було прооперовано 6 пацієнтів з хронічним дакріоциститом. Усі 6 (100%) пацієнтів мали симптоми хронічного дакріоциститу більше 2 років та мали в анамнезі попередні бужування нососльозного каналу та /або мікродренування нососльозного каналу силіконовими імплантами.

Результати: На КТ у всіх пацієнтів були ознаки дистальної обструкції нососльозного каналу, у 2 (33,3%) пацієнтів також спостерігалось викривлення носової перетинки. Всім пацієнтам проводила ендоназальна ендоскопічна дакріоцисториностомія з марсупіалізацією слізозного мішка. Під час розкриття нососльозного мішка у 1 пацієнта було виявлено новоутворення та проведено біопсію останнього. У 2 (33,3%) пацієнтів спостерігалось дакріоцистоцеле. В післяопераційному періоді пацієнти вже на другий день відмічали відсутність епіфори та симптомів дакріоциститу. Післяопераційне спостереження становило від 2 тижнів до 2 міс. Рецидиву не спостерігалось.

Висновки: Методика ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії з марсупіалізацією слізозного мішка та формуванням клаптів латеральної стінки слизової оболонки носа показала свою ефективність в лікуванні пацієнтів з хронічною формою дакріоциститу. Ця методика залишається однією з найбільш ефективних при виконанні реоперацій в ділянці слізозного мішка.

РИНО-ОРБІТАЛЬНИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ МУКОРМІКОЗ НА ФОНІ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-19

Костюченко О.Л., Цвірінько І.Р., Котов В.А., Заболотний Д.І.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Вступ. З початком пандемії COVID-19 кількість хворих на грибкові інфекції стрімко зростає. Серед опортуністичних інфекцій мукоормікоз став предметом занепокоєння через стрімке зростання кількості випадків, порівняно з періодом до COVID-19. Рино-орбітальний церебральний мукоормікоз - це рідкісна інфекційна патологія, спричинена ангіотропним грибом, що належить до порядку Mucorales, яка характеризується високою захворюваністю та смертністю, незважаючи на лікування. Рино-орбітальний церебральний мукоормікоз виникає у осіб з ослабленим імунітетом, неконтрольованим цукровим діабетом, гематологічними та онкологічними захворюваннями, хворих після тривалої глюкокортикостероїдної терапії. Діагноз рино-орбітального церебрального мукоормікозу є підставою для надання невідкладної медичної та хірургічної допомоги, оскільки затримка в лікуванні призводить до інвалідизації та летальності.

Клінічний випадок. Хвора К., 64 роки звернулась до поліклініки ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. Коломійченка НАМН України» зі скаргами на закладеність носу, виділення з носу гнійного характеру (переважно зліва), помірний головний біль, відчуття тиску у лівому оці. Скарги з'явилися близько місяця тому, з часом прогресували. З анамнезу -30.10.2021р. госпіталізована в терапевтичне відділення з діагнозом: пневмонія середнього ступеня тяжкості, 3 група; інфекція COVID-19. Отримувала антибактеріальну, глюкокортикоїдну терапію та інгаляції кисню через лицеву маску. Виписана зі стаціонару з покращенням. Після появи орбітальної симптоматики звернулась до офтальмолога. Виконано КТ ППН– лівобічний гаймороектомідит з деструкцією медіальної стінки орбіти та ситоподібної пластинки зліва, абсцес носової перегородки.

МРТ за 24.01.22р. – деструкція передньо-верхніх відділів носової перетинки та ситоподібної пластинки зліва; ураження лівої половини носу з поширенням на ліву верхньощелепну пазуху, клітини гратчастого лабіринту обабіч, дна лобної пазухи зліва, жирову клітковину лівої орбіти з потовщенням медіального прямого м'язу орбіти; 25.01.2022р взято біопсію за результатами якої – слизова оболонка з хронічним запаленням, некрозом. Госпіталізована 08.02.22 до відділення запальних захворювань ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. Коломійченка НАМН України» .

10.02. виконано з участю лікаря-офтальмолога ендоскопічну ендоназальну лівобічну гайморотомию, ектомію, фронтотомию (тип Draf 2a), розкриття абсцесу носової перегородки та трансорбітальний доступ зліва. Згідно біопсії: хронічне запалення з некрозом тканин, в товщі якого зустрічаються товсті розгалужені нитки міцелію гриба сімейства Mucoraceae. 14.02. пульмонологом-імунологом призначено: Амфотерицин В 1 мг/кг на добу в/в крапельно 10 тижнів після чого Позаконазол 300 мг. 1 р/д 3 місяці. Хвора виписана з відділення 19.02. у задовільному стані. КТ ППН за 25.06. – помірний набряк слизової оболонки обох в/щ пазух.

Висновок: з початку пандемії Covid-19 кількість хворих на рино-орбітальний церебральний мукормікоз стрімко зростає. При наявності відповідних анамнестичних даних, результатів КТ та МРТ ППН слід швидко вирішувати питання про необхідність хірургічного лікування таких хворих. Поєднання вчасного та радикального хірургічного лікування з адекватною консервативною терапією дає змогу вилікувати пацієнта без розвитку стійких ускладнень.

РОЛЬ ІМУНОГІСТОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ У ПРОГНОЗУВАННІ РЕЦИДИВІВ РАКУ ГОРТАНІ.

Лукач Е.В., Клочков Є.І., Цимбалюк Є.М., Коровіцький П.Р., Серезько Ю.О.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Захворюваність на рак гортані в Україні, за даними канцер-реєстру за 2020 рік, складала 4,1 на 100 тис. населення. Найчастіше на рак гортані страждають люди працездатного віку, що може впливати на економічний стан та обороноздатність в країні.

Ступінь ураження пухлинним процесом при первинному зверненні хворих є одним з головних параметрів визначення прогнозу для хворих на рак гортані. Певною мірою, це впливає на вибір методу лікування таких хворих: хірургічного втручання, променевої терапії та хіміотерапії у вигляді монотерапії чи комбінованого їх застосування. Індивідуальний підхід до лікування хворих на рак гортані може забезпечити визначення молекулярно-біологічних маркерів. Тому поглиблене вивчення онкомаркерів для прогнозу агресивності та виникнення рецидиву і метастазів захворювання є актуальним.

Мета дослідження: дослідити морфологічні різновиди та шляхи поширення раку гортані і визначити ефективність ряду імуногістохімічних маркерів у прогнозуванні рецидивів раку гортані.

Матеріали та методи. У відділі онкопатології ЛОР-органів ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» проводилось обстеження, лікування та спостереження за 50 хворими на рак гортані. Хворих на рак гортані було розподілено на 2 групи: першу (32 особи) – без рецидиву пухлини та другу (18 осіб) – з рецидивами раку гортані. Розподіл хворих за I-II, III та IV стадією у першій групі був у 22, 8 та 2 осіб, а в другій групі – у 5, 12 та 1 осіб відповідно. Гістологічна будова пухлин у обстежених хворих на рак гортані була представлена плоскоклітинним раком різного ступеню диференціювання.

Вивчали низку біомолекулярних маркерів, які мають статистично підтвержені характеристики щодо прогнозу ймовірності розвитку раку гортані: (Ki-67 та p53), прогнозу інвазії тканин – металопротеїназа-9 (ММП-9), передбачення метастазування (каспаза 3), рецидиву новоутворення (p53).

Статистична обробка отриманих результатів проводилась із застосуванням непараметричних методів.

Результати.

Метастазування в лімфатичні вузли ший (ЛВШ) реєструвалось у 22,6 % обстежених хворих. При ураженні гортані плоскоклітинним раком вони верифікувались для його гістологічних варіантів, таких, як акантолітичний, незроговілий і зроговілий у 66,7 %, 25,0 % та 14,7 %, відповідно. Метастазування в ЛВШ є наслідком лімфоваскулярної ракової інвазії, яка є найчастішим способом поширення злоякісної пухлини в оточуючі тканини.

Периневральна інвазія (ПНІ) виявлялась у 4 хворих на плоскоклітинний рак гортані, судинна інвазія (СІ) – у 2 хворих на плоскоклітинний незроговілий рак. Серед виявлених нами 4 випадків ПНІ в 2 реєструвалась ПНІ в первинному осередку плоскоклітинного раку гортані. В одному випадку ПНІ була виявлена в первинному осередку в гортані, а також в ділянці біфуркації сонної артерії та трахеї. Імуногістохімічне дослідження пухлинної тканини цього хворого показало високий рівень

експресії Ki-67, позитивну реакцію на маркери p63, MMP-9, p53. В одному випадку ПНІ була виявлена пухлина латеральної ділянки шиї в зоні ІІІ без ураження ЛВ.

Звертає на себе увагу, що активність MMP-9, яка бере участь у диференціюванні клітин пухлини була відсутньою у всіх випадках плоско клітинного незроговілого раку, в той час як вона реєструвалась у більшості випадків плоскоклітинного зроговілого раку. Різниця була високо статистично достовірною ($\chi^2=5,891$; $p<<0,001$).

При вивченні виживання без рецидивів пухлини у 32 хворих, спостерігалась негативна реакція MMP-9 у 63 % випадків. При цьому, у 12 випадках була позитивна реакція каспази-3, а у 8 – осередкова слабо позитивна реакція. З 12 (37 %) випадків з експресією MMP-9, у 10 випадках була негативна реакція каспази-3 і у 2 випадках – слабо позитивна реакція. Тобто, в більшості випадків (69 %) без рецидивів пухлини відмічалась негативна реакція каспази-3. При цьому у 37 % з цих хворих було відмічено позитивну реакцію MMP-9.

У 12 (67 %) з 18 хворих на рак гортані з рецидивами пухлини визначено з експресією MMP-9. З них в 10 випадках спостерігалась негативна реакція каспази-3 і у 2 випадках слабо позитивна реакція. Шість випадків мали негативну реакцію MMP-9 і поєднувались з 4 випадками негативної реакції каспази-3. Тобто при рецидивах пухлини в 67 % випадків спостерігалась позитивна реакція MMP-9 та 83 % випадків негативної реакції каспази-3.

Слід зазначити, що випадки зі слабо позитивною реакцією каспази-3 спостерігались при експресії Ki-67 більше 50 %. Напевно, це було пов'язано з підвищенням проліферативної активності клітин пухлини.

Отримані результати імуногістохімічних досліджень у хворих на рак гортані дали змогу провести попередні висновки про те, що при рецидивах пухлини частіше спостерігається експресія MMP-9 ($\chi^2=3,926$, $p<0,05$) та знижена імуногістохімічна реакція каспази-3 ($\chi^2=9,992$, $p<0,05$). Прогностичними чинниками несприятливого розвитку раку гортані можуть бути окремі гістологічні варіанти плоскоклітинного раку, зокрема акантолітичного, а також наявність морфологічних ознак судинної або периневральної інвазії злоякісної пухлини.

Вивчення прогностичного значення молекулярно-біологічних маркерів спрямоване на підвищення ефективності лікування хворих на рак гортані та подовження їх безрецидивної виживаності.

ЗАГАЛЬНІ ДАНІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ РАКУ ГОРТАНІ В УКРАЇНІ (2015-2021 РР.).

Лукач Е.В., Серженко Ю.О.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Протягом десятиріч, в Україні перше місце серед пухлин голови та шиї займає рак гортані і в структурі злоякісних новоутворень (ЗН) складає близько 2%. У нозологічній структурі контингентів хворих на ЗН, рак гортані становив у 2020 році 3,3 % випадків. Загальна кількість хворих на ЗН гортані у 2020 році склала 13838 осіб, з них, 12751 чоловіків та 1087 – жінок, або 77,9 та 5,8 на 100 тис. населення відповідно. Так, чоловіча популяція відіграє провідну роль у формуванні захворюваності на рак гортані, що є досить актуальним у теперішній час військового стану в Україні.

Мета: визначення епідеміології раку гортані за 2015-2021 років в Україні.

Матеріали та методи. У статті викладено загальні дані щодо раку гортані з бюлетенів Національного канцер-реєстру України з 2015 року.

Результати. За даними Національного канцер-реєстру щороку реєструється від 2,0 тисяч у 2015 р. до 1,4 тисяч у 2021 р. нових випадків захворювання на рак гортані та випадків смерті від цієї хвороби – від 1,2 тисяч у 2015 р. до 1,2 тисяч у 2021 р. Спостерігається поступове зменшення кількості випадків захворювання, та зменшення у 1,5 рази показника захворюваності. Причому, кількість зареєстрованих померлих з 2015 по 2019 роки була майже незмінною, лише у 2020 році показники захворюваності та смертності знизилися у 1,3 рази порівняно з 2015 роком. Динаміка показника захворюваності, за цей період зменшилась від 5,6 на 100 тис. населення у 2015 р. до 4,1 на 100 тис. населення у 2021 р.

Слід зазначити, що у 2020 році було зареєстровано зменшення кількості як захворілих, так і померлих від раку порівняно з попереднім періодом. Очевидно, що вплинула епідемія COVID-19, яка змінила організацію діагностичного процесу, можливість пацієнта дістатися до спеціалізованого закладу онкологічної допомоги. Спостерігалось зниження смертності хворих на рак гортані у 2020 році. Напевно, за рахунок частішої реєстрації як основної причини смерті хворих від, поширеної у той рік, інфекційної хвороби. Було відмічене зниження летальності при ЗН гортані, яка становила 24,3 % у 2020 році проти 29,0 % у 2015 році. Спостерігалось зростання питомої ваги випадків показників занедбаності. При цьому, рівень морфологічної верифікації в період дослідження залишався досить високим і знаходився в межах 94,8 % – 92,3 %.

Охоплення лікування, хворих на рак гортані у період 2015-2020 років становив 80,5 % - 77,2 %. У більшості випадків застосовувалось комбіноване та комплексне лікування хворих на рак гортані, хірургічне лікування у самостійному варіанті застосовувалось лише у (10,2-13,6) % випадків.

Аналіз даних канцер-реєстру України свідчить про різке зменшення у переважній більшості онкологічних закладів кількості хворих, які отримали стаціонарне лікування у 2020 році, та незначне збільшення кількості таких хворих у 2021 році. Рівень охоплення диспансерним спостереженням, хворих у більшості регіонів у 2021 році був низький і становив 45,9 %.

Висновки. Онкоепідеміологічна ситуація в Україні, за даними канцер-реєстру України 2015-2021 років, показала високий рівень захворюваності та смертності на ЗН гортані. У останні роки, зміни кількісних характеристик захворюваності вочевидь були пов'язані з пандемією COVID-19. Означені показники свідчать про нагальну потребу у підвищенні організації онкологічної допомоги хворих на ЗН гортані та своєчасного виявлення цієї хвороби.

НАШІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗМІН ГОЛОСУ ЛЮДИНИ ПРИ КОРОНОВІРУСНІЙ ХВОРОБИ COVID-19

Москалик О.Є., Семенюк О.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
кафедра оториноларингології
Львів, Україна

Актуальність: Відомо, що коронавірусна хвороба COVID-19 має різноманітні симптоми, що залежать від штаму вірусу, який викликав захворювання. Так, ранні варіанти COVID-19, як-от «Альфа» та «Дельта», не впливали на голос. Але у пацієнтів у період загострення пандемії, яку спровокував штам «Омікрон», з'явилися скарги і на зміну якості голосу.

За даними літератури, деякими дослідниками встановлено вищий рівень ангіотензинперетворюючого ферменту 2 (ACE2) у голосових складках. ACE2 є рецептором для вірусу SARS-CoV-2, який викликає COVID-19. Наявність цих рецепторів свідчить про те, що деякі люди можуть бути особливо вразливими до змін голосу після інфікування COVID-19.

Мета: Встановити, чи змінюється якість голосу у пацієнтів із коронавірусною хворобою COVID-19.

Матеріали і методи: Проведено онлайн анкетування 389 осіб, які переохворіли на COVID-19 в період червень 2021 - листопад 2022 рр. Анкета була розроблена працівниками кафедри оториноларингології ЛНМУ імені Данила Галицького. Одним із блоків питань, на які давали відповіді пацієнти, був блок питань про зміни якості голосу під час хвороби та після. Запитання були наступними: «Чи були у пацієнта розлади /втрата голосу до хвороби? Якщо були зміни голосу до хвороби, то з якої причини: оперативне втручання, травма, професійна шкідливість, паління, ГРВІ, біль у носоглотці, нежить, у зв'язку із трахеобронхітом, тривалим співом, ангіною, ларингітами». Окрім цього опитувальник включав запитання про те, чи пов'язана робота (хобі, навчання) опитувального із посиленням навантаженням на голос. Важливими запитаннями, які нас цікавили були наступні: «Чи змінювався голос під час хвороби на COVID-19, а саме: голос ставав тихим, голос швидко втомлювався, хрипав, чи змінювався тембр голосу протягом дня?»; Чи доводилося хворому прикладати більше зусиль при розмові?; Чи звертали увагу інші люди на зміну голосу опитувального під час хвороби на COVID-19 та після одужання?». Також в анкеті були запитання відносного того, чи застосовували пацієнти лікування з приводу змін голосу і яке саме. І на завершення пацієнт відповідав на запитання, чи відновився голос після хвороби повністю і з якого дня хвороби починалося його відновлення.

Результати та їх обговорення: Серед 389-ти анкетованих нами осіб було 287 (74%) жінок та 102 (26%) чоловіків. На розлади голосу поскаржилося 111 (29%) осіб, серед них 32 – на значні. Слід відмітити, що у 90 із анкетованих дані скарги спостерігалися в період хвороби, а у 21 – після одужання, коли збільшилося голосове навантаження. Серед скарг переважали наступні: швидка втрата голосу при голосовому навантаженні (59%) випадках, зміни тембру голосу протягом дня відмічалось у 19% випадків. У 5% пацієнтів основна скарга була на те, що голос став тихішим. Відновлення голосу у тих, що скаржилися на дані проблеми, спостерігалось на першому тижні хвороби у 33%, на 2-му тижні – у 34% та на третьому тижні – у 18%. У решті – протягом 1-6 місяців від початку хвороби.

Висновки: У третини пацієнтів з COVID-19 спостерігалися зміни якості голосу як під час хвороби, так і після одужання, коли вони збільшували навантаження на голос. Відновлення голосу спостерігалось протягом двох тижнів від початку хвороби у 67% із опитаних, у яких були наявні скарги на дисфонію. Протягом третього тижня голос нормалізувався у 18%, у решті – відновлення голосу тривало 1-6 місяців.

ДИНАМІКА СИМПТОМАТИКИ ПОРУШЕНЬ НЮХУ І СМАКУ У ПАЦІЄНТІВ З COVID-19 ПІД ЧАС РІЗНИХ ХВИЛЬ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗА 2020-22 РОКИ

Москалик О.Є., Семенюк О.О., Чорній О.В., Баріляк А.Ю., Крук М.Б., Крук М.М., Тинітовська О.І., Гаєвський В.Ю.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
кафедра оториноларингології
Львів, Україна

Актуальність: Порухення нюху спостерігається при інфекційних і неінфекційних захворюваннях, проте викликало нову хвилю уваги як один з перших і часто єдиних симптомів SARS-CoV-2 (COVID-19). Проте з новими хвилями захворюванням і природньою мутацією збудника відбулася і зміна симптомів захворювання, утруднюючи затверджені раніше підходи до діагностики і лікування.

Мета: Ретроспективна оцінка тенденційних змін симптоматики порушень нюху і смаку у пацієнтів із перенесеною інфекцією COVID-19 за 2021-22 рр у порівнянні з нашим попереднім дослідженням за 2020-21 рр.

Матеріали і методи: Розроблено на базі нашої установи опитувальник для пацієнтів після перенесеного COVID-19, який містить 35 основних питань за темою дослідження у 3-х розділах. Під час першого дослідження (березень 2020 - травень 2021 рр) опитано 699 пацієнтів з України із перенесеною інфекцією COVID-19 шляхом дистанційного анкетування (перша група), під час другого дослідження (червень 2021 - листопад 2022 рр) опитано 389 пацієнтів (друга група).

Результати та їх обговорення: В обох групах переважали жінки (73% і 74% відповідно) і пацієнти з легким перебігом хвороби (58% і 65% відповідно). Діагностику захворювання проводили через наявність симптомів хвороби (72% і 80% відповідно), а лікування абсолютна більшість отримували амбулаторно (94% і 96% відповідно) без кисневої терапії (95% і 97% відповідно). Порушення нюху у пацієнтів виникало переважно після початку інших симптомів (у 81% і 78% відповідно), проте в першій групі найчастіше на 3-5 дні хвороби, в другій – на 1-3 дні ($p < 0,05$). В більшості випадків (58% і 65%) ознаки ураження нюху виникали раптово. Не повністю після хвороби нюх відновився у 39% і 31% пацієнтів відповідно. Відмічено достовірне швидше відновлення нюху у пацієнтів другої групи у порівнянні з першою групою ($p < 0,05$). Встановлено збільшення

кількості пацієнтів, які скаржилися на зміну нюхових уподобань (18% проти 21% у групах відповідно). Менший вплив нова хвиля захворювання мала на смак. Зокрема, достовірно зменшилася кількість пацієнтів, що повідомляли про зниження (37% проти 24%, $p < 0,05$) і втрату – (41% проти 30%, $p < 0,05$) смаку, проте число пацієнтів, у яких смак не відновився, утримується на попередньому рівні (17%). Між відновленням нюху і смаку спостерігався виразний прямий кореляційний зв'язок ($r = 0,99$).

Висновки: З новим витком захворюваності на COVID-19 хемосенсорна дисфункція у пацієнтів стала проявлятися і регресувати швидше, що не дає можливості гіпотетично розрізнити штами лише за цією ознакою і потребує подальших досліджень

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ У ВОЙННОМУ КОНФЛІКТІ В ПЕРІОД ВІЙНИ РФ ПРОТИ УКРАЇНИ

О.М. Науменко, Ю.В. Десєва, Ф.О. Тишко, І.О. Кузьмук, Ж.А. Терещенко

Кафедра отоларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Десєва Ю.В

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вогнепальні пошкодження ЛОР-органів та суміжних областей в умовах воєнних конфліктів є масовими, здебільшого, комбінованими, забрудненими та небезпечними, як в період поранення, так і в віддаленому періоді. Особливо небезпечними є вогнепальні (кульові, осколочні) поранення в бойових умовах.

Смерть настає від больового шоку, асфіксії, масивних кровотеч, переохолодження, поранення мозку та внутрішніх органів в поєднанні з іншими областями організму.

В умовах бойових дій за статистикою більше половини летальних випадків настає протягом пів години від отримання поранення. Часто протягом цих 30 хвилин для пораненого єдиними доступними формами допомоги є самопоміччя або допомога товаришів. Надання медичної допомоги в зоні бойових дій здійснюється за можливості і негайно від нульового рівня та в необхідному обсязі: боротьба за шоком, зупинка кровотечі, накладання стерильних пов'язок, відновлення адекватного дихання (введення трахеостомічної трубки в гортань чи трахею через раньовий канал або через трахеостому, крікоконікостому і санація дихальних шляхів, аспірація крові, слизу та ін.); відновлення гемодинаміки, усунення гіповолемії, профілактика правця; введення езофагального зонда для харчування, проведення евакуації в профільні госпіталі.

1. Пошкодження носа та приносних синусів вимагають негайної зупинки кровотечі, відновлення форми та функції.
2. Пошкодження глотки комбінуються з пошкодженнями лицевого черепа та шиї з відривом гортані від під'язикової кістки, пошкодженням гортані та граничних областей. В таких випадках одночасно проводиться відновлювально-реконструктивні операції всієї ланки пошкодження одночасно.
3. Пошкодження гортані, трахеї та стравоходу потребують одночасного відновлення дихання, голосу, ковтально-розподільної функції.
4. Пошкодження органу слуху. Зустрічаються рвані та кульові поранення вухної раковини та зовнішнього слухового проходу. В таких випадках надається первинна допомога, а в тилкових госпіталах проводяться реконструктивно-відновлювальні операції.
5. Розриви барабанних перетинок відбуваються в наслідок ударної хвилі або перелому основи черепа, що супроводжується ліквореєю. В таких випадках лікування доцільно проводити в нейрохірургічному відділенні. Травми середнього вуха зустрічаються як наслідок пошкодження черепа, нерідко комбінуються з пошкодженням основи черепа та внутрішнього вуха, що проявляється лабіринтною атакою та повною втратою слуху, що потребує складних та невідкладних хірургічних втручань.

Поранення ЛОР-органів, що поєднуються з порушенням дихання та травмами мозку потребують першочергової евакуації у прифронтові госпіталі «Голова і шия».

ЛАРИНГЕАЛЬНІ ПРОЯВИ ПРИ COVID- 19

С.М.Пухлік, І.В.Добронравова, О.В.Титаренко, М.В.Пилипчук.

Каф. оториноларингології

зав.каф. - проф. С.М. Пухлік

Одеський національний медичний університет, МК/Л№11.

Одеса, Україна

COVID-19 - це потенційно тяжка гостра респіраторна інфекція, яку викликає коронавірус SARS-CoV-2. Коронавіруси – це велика родина респіраторних вірусів, які можуть спричинити захворювання різного ступню важкості: від безсимптомного, легкого до тяжкого перебігу інфекції. Одним із специфічних проявів цієї інфекції є виражена ларингеальна симптоматика, яка рідко зустрічалася раніше у післявірусному періоді.

Під нашим спостереженням протягом останніх 7 місяців (осінь-зима 2022-2023 років) знаходилося 11 осіб різного віку, статі та професійної приналежності. Хворі скаржилися на відсутність голосу (6 осіб) або значну захриплість (5 осіб), напругу при фонації, біль у горлі при спробі спілкування. До фоніатра хворі були направлені через два тижні хвороби після лікування у сімейного лікаря, де усі отримували антибактеріальну терапію, 4 особи – противірусну терапію (2 випадка – амізон - 3 дні, 2 випадка – новірин протягом 5 днів). За даними анамнезу життя виявлено, що проблеми з голосом у всіх пацієнтів виникли вперше. З анамнезу хвороби було з'ясовано, що почалося захворювання з субфебрильної температури, незначного кашлю,

зкладеності носу. Втрата голосу виникала на 2-4 день захворювання. У 5 випадках на КТ легенів спостерігалися незначні явища вірусної пневмонії (5-7 % ураження легенів по типу матового скла). У інших випадках патології легенів не відмічалось. Аналізи на коронавірус SARS-CoV-19 у 8 випадках були позитивними, у 3 – негативний.

При непрямій ларингоскопії визначалась яскрава гіперемія слизової оболонки вестибулярного та середнього відділів гортані. Вестибулярні складки були значно потовщені, інфільтровані, набрякли. При фонації виявлялася тенденція до їх змикання, тобто дуже рано починався розвиток хибно-складкового механізму фонації. Голосові складки також були яскраво гіперемовані, набрякли. На верхній поверхні обох голосових складок відмічалось шорсткі нашарування білого кольору, які нагадували прояви кератозу гортані. Краї голосових складок були в'ялими, атонічними. При фонації визначалась овальна щілина, яка не замикалась навіть при довгому огляді гортані. Рухливість гортані порушеною не була. Стробоскопію провести не вдалося у зв'язку з відсутністю гучного голосу.

Усім хворим була призначена антигістамінна, нестероїдна протизапальна терапія, інгаляції лужні та з протизапальними ліками. Проводилися інстиляції у гортань розчинів коларгола 2% та гідрокортизону. 5 хворим був призначений озельтамевір у дозі 75 мг 2 рази на добу протягом 5 днів, 4 особи отримували аміксин за традиційною схемою.

У двох хворих, які не отримували протівірусні препарати, ефекту від лікування не було зовсім. У інших хворих на фоні прийому протівірусних препаратів відзначалась виражена позитивна динаміка. Зникали нашарування на голосових складках, зменшувалися запальні явища. Однак після припинення протівірусної терапії стан погіршувався. Охриплість посилювалась, знов з'являлися білі нашарування на голосових складках. Повторно була призначена протівірусна терапія: 7 хворим - аміксин 125 мг у перші дві доби, потім по 125 мг з інтервалом 48 годин протягом двох тижнів. Четверо хворих отримували інгаляції з лаферону 100 тис.од. щоденно та підшкірні ін'єкції лаферону у ділянку гортані у дозі 1 млн одиниць протягом 10 днів. У всіх хворих була отримана позитивна динаміка. Голос покращився, захриплість зменшилась, але мали місце порушення тембру голосу, інтонаційні негарзди, швидко втомлюваність голосу. При непрямій ларингоскопії відмічалось зникнення запальних явищ та білих нашарувань на голосових складках. Симптом хибно-складкової фонації значно зменшився. Однак тонус голосових складок, як і раніше, був знижений, при фонації замикання голосової щілини не виникало.

Була проведена вітамінотерапія, стимулююча, фізіотерапія та фонопедія протягом 2-х тижнів. Голос був відновлений у всіх випадках.

На підставі проведених спостережень ми маємо змогу заключити, що у клінічному перебігу COVID-19 виникли зміни, яких не було на початку епідемії. Вони проявляються клінікою гострого ларингіту, ускладненого міогенним парезом гортані з формуванням хибно-складкового механізму фонації, що вимагає тривалого проведення протівірусної терапії. Збережені залишкові явища потребують найменш двотижневої відновлюючої терапії після зникнення запальних явищ.

ГІПЕРТРОФІЯ ЯЗИКОВОГО МИГДАЛИКА ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВИЛУЧЕННЯ ПІДНЕБІННИХ МИГДАЛИКІВ ПРИ ТОНЗИЛІТА ХВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ. КОРЕЛЯТИВНИЙ ЗВ'ЯЗОК.

Пухлік С., Андреев О., Тагунова І., Богданов К.

*Каф. оториноларингології
зав.каф. - проф. С.М. Пухлік
ДУ «Одеський національний медичний університет»
Одеса, Україна*

Вступ: Хронічні захворювання глотки, одні з найбільш поширених нозологій в ЛОР- практиці. Природною бар'єрною областю між навколишнім середовищем і внутрішніми порожнинами організму є ротоглотка з наявністю кільця лімфоїдних утворень. Язиковий мигдалик (ЯМ) -структурна одиниця лимфоглоткового кільця, що розташовується на перехресті дихального і травного тракту і стикається з основною масою патогенів, які потрапляють до організму. На сьогоднішній день тактика ведення пацієнтів з хронічними захворюваннями лимфоглоткового апарату глотки вирішується емпірично в напрямку припинення клінічних проявів, а така характеристика, як зовнішній вигляд мигдаликів, без клінічних та лабораторних досліджень не може бути підставою для встановлення діагнозу, і показанням до оперативного лікування.

Хірургічне видалення мигдаликів обґрунтовується необхідністю елімінації вогнища інфекції, без урахування етіології захворювання. Посилення антигенного навантаження на ЯМ при послабленні та зникненні функції інших мигдаликів (після хірургічного вилучення), розвиває процес гіпертрофії язикового мигдалика (ГЯМ), який протікає асимптоматично, або асоціюється з обструктивними процесами верхніх дихальних шляхів.

Матеріали та методи:Проведено аналіз медичної документації щодо виявлення корелятивного зв'язку між хірургічним вилученням піднебінних мигдаликів та розвитком компенсаторної ГЯМ. Обстежено 52 жінки у віці 20-45 років (основна група), у яких в анамнезі проведено хірургічне втручання з приводу хронічного тонзиліту. Групу контролю – склали 13 жінок після тонзилектомії, у яких не виявлено ГЯМ. Оцінювали стан клітинної компоненти рідини порожнини рота у хворих з ГЯМ, бактеріальне обсіменіння, наявність в крові антитіл до вірусів, що викликають мононуклеароподібний синдром.

Результати: При дослідженні хворих з ГЯМ виявлялося: збільшення тканини кореня язика у вигляді асиметричних горбів з нерівною блискучою поверхнею, підвищення вмісту лімфоцитів в клітинній рідині порожнини рота при одночасному зниженні вмісту нейтрофілів; високу частоту зустрічаємості грибокве – ентерококових асоціацій при бактеріологічному дослідженні. Наявність патогенів вірусної природи (лімфаденітний профіль) в групі хворих з гіпертрофією ЯМ - ННВ-6, Parainfluenza virus type1, VEB-A, CMV, Adenovirus typ t3, Coxsackie virustype A9 виявлено у 43,7% обстежених. Гострі рекурентні тонзиліти вірусного походження найчастіше супроводжуються гіпертрофією піднебінних мигдаликів, збільшенням регіонарних лімфатичних вузлів, тобто спостерігаються лімфопроліферативні процеси. Хірургічне видалення піднебінних мигдаликів у хворих з тонзилітом вірусного походження не тільки не допомагає одуженню, але тільки посилює імунологічну

недостатність та призводить до підвищення навантаження на лімфатичні тканини організму. ЯМ може компенсувати зміни, що відбулися, проте компенсація може бути тимчасовою, і продовження розвитку в організмі імнопатологічних змін, призводить до ініціації розвитку гіперплазії, що є свідченням підвищення імунологічної функціональної активності лімфоepітеліального органу.

Висновки: Хірургічне видалення піднебінних мигдаликів у хворих з тонзилітом вірусного походження призводить до підвищення навантаження на лімфатичні тканини організму, активації лімфопроліферативних процесів, підвищує ймовірність розвитку ГЯМ.

Для нормалізації компенсаторно – пристосувальних процесів, треба застосовувати комплекс лікувальних етіологічно обґрунтованих заходів, спрямованих на усунення дисбалансу в імунному статусі, із застосуванням імунomodельючих протівірусних препаратів, та лікування супутніх захворювань.

Ключові слова: гіпертрофія язикового мигдалика, тонзиліт, вірусна етіологія, хірургічне лікування.

ПОРІВНЯННЯ ВПЛИВУ РІЗНИХ ВИДІВ ЗНЕБОЛЮВАННЯ НА ПЕРЕБІГ ОПЕРАЦІЇ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ

С.М.Пухлік, В.В.Колесніченко

Каф. оториноларингології

зав.каф. - проф. С.М. Пухлік

ДУ «Одеський національний медичний університет»

Одеса, Україна

Одним із найпоширеніших та ефективних методів боротьби з рецидивуючим тонзилітом є хірургічне лікування. Тонзилектомія дозволяє досягти високих показників ефективності відносно лікування рецидивуючого тонзиліту та профілактики розвитку метатонзиллярних ускладнень. Тонзилектомія є загальноприйнятою та стандартизованою у більшості країн процедурою, частота її виконання варіює від 10% до 20% від усіх хірургічних втручань в умовах стаціонарів ЛОР-відділень. Незважаючи на розповсюдженість та рутинність виконання операції тонзилектомії, вона може супроводжуватись досить вагомими ускладненнями. Найчастіше хірурги зустрічаються з переопераційними кровотечами, частка яких варіює від 1 до 10%. Окрім кровотечі, можливі також такі ускладнення, як виражений больовий синдром, пошкодження тканин глотки, м'якого піднебіння, піднебінно-глоткова недостатність, травма магістральних судин, підшкірна емфізема обличчя і шиї, пневмомедіастinum. Серед факторів, що впливають на післяопераційний перебіг тонзилектомії та мають вплив на переопераційні ускладнення, загальний стан пацієнта в післяопераційний період, вираженість больового синдрому, строки повернення до нормальної дієти, час проведений в умовах стаціонару є обраний метод знеболення. Тонзилектомія може виконуватись із застосуванням як місцевого, так і загального знеболювання. На даний час проведена недостатня кількість досліджень, що до того ж мають досить протилежні результати, відносно впливу вибору анестезії на перебіг тонзилектомії.

Метою нашого дослідження було порівняння впливу різних видів знеболювання на перебіг тонзилектомії відносно обсягу крововтрати та частоти периопераційних ускладнень.

Матеріали і методи: Для виконання поставленого завдання на базі ЛОР - відділення Одеської МКБ №11, кафедри оториноларингології ОНМедУ було проведене порівняльне дослідження під час якого спостережувалися 158 хворих на рецидивуючий тонзиліт. Серед хворих було чоловіків – 68 та жінок - 90. Середній вік хворих склав 26,05 років. Всім хворим було проведено хірургічне лікування в обсязі двосторонньої тонзилектомії. Для вирішення поставлених завдань були виділені дві групи пацієнтів. Першу групу склали 97 пацієнтів прооперованих з використанням місцевої анестезії, контрольну групу склали 61 пацієнт прооперований з використанням ендотрахеального наркозу. Групи були однорідні за середнім віком та статтю. ($p > 0,05$). Для оцінки впливу анестезійного забезпечення порівнювались такі клінічні показники: час, затрачений на проведення хірургічного втручання, обсяг крововтрати інтраопераційно, наявність кровотечі в ході операції, що вимагає коагуляції, перев'язки судин, прошивання із залишенням тампона, наявність кровотечі в післяопераційному періоді, оцінка болу з використанням візуально-аналогової шкали, необхідність прийому анальгетиків, терміни повернення до нормальної дієти, терміни перебування хворого в стаціонарі. Середній час тонзилектомії, що була виконана з використанням місцевої анестезії у хворих першої групи склав $22,57 \pm 4,30$ min (від 15 до 38 min), а в контрольній групі - $35,07 \pm 7,12$ min (від 21 до 51 min). Отримані в ході аналізу дані були статистично достовірні ($p < 0,01$), що говорить про меншу тривалість операції з використанням місцевої анестезії. Середній обсяг крововтрати при тонзилектомії в першій групі становив $60,14 \pm 12,64$ ml (від 24 до 79 ml), а в контрольній становив $77,20 \pm 17,67$ (від 45 до 131 ml). Тобто, обсяг крововтрати у першій групі хворих був достовірно нижче ($p < 0,01$) у порівнянні з контрольною групою.

Наявність вираженого блювотного рефлексу інтраопераційно в першій групі відмічалось у 17% хворих. Наявність вираженого больового синдрому, що потребував додаткового введення місцевих анестетиків під час проведення операції, відмічали 14% пацієнтів. Необхідність у прошиванні судини виникла у 8% пацієнтів з першої групи, та у 13% пацієнтів з контрольної групи. Необхідність у прошиванні дужок з ватно-марльовою кулькою виникла у 3% пацієнтів з першої групи та у 8% пацієнтів з контрольної групи. Необхідність додаткового введення прокоагулянтів виникла у 9% пацієнтів з основної групи та у 16% пацієнтів з контрольної групи. Епізоди первинних та вторинних кровотеч були зареєстровані у 21 пацієнта серед 158 прооперованих. Більшість серед них склали епізоди первинних кровотеч (15 випадків), а саме 7(7%) епізодів в першій групі та 8(13%) у пацієнтів з контрольної групи. Епізодів вторинних кровотеч було зареєстровано по 3 у кожній з груп. Також по результатам анкетування з використанням візуально-аналогової шкали зроблено висновок про достовірність ($p < 0,05$) більш виражену ступінь больових відчуттів, особливо на 3-5 день у пацієнтів, що були прооперовані з використанням ендотрахеального наркозу. Пацієнти контрольної групи потребували меншу кількість знеболюючих в перший день, але потребували частішого введення анальгетиків на 2-5 день та частіше скаржились на недостатню дію знеболюючих на протязі післяопераційного періоду. На 6-9 день потреби пацієнтів у прийомі анальгетиків рівномірно зменшувались в обох

групах до схожих значень. При оцінюванні термінів повернення пацієнтів до нормальної дієти, відзначалися достовірно ($p < 0,05$) більш ранні терміни у групі пацієнтів прооперованих з використанням місцевою анестезією - 6,5 днів (від 5 до 9 днів), а при використанні ендотрахеального наркозу 7,2 днів (від 5 до 9 днів). Середня кількість днів перебування на стаціонарному лікуванні при виконанні тонзилектомії з використанням місцевою анестезією становить 5,1 день (від 3 до 6 днів) та достовірно ($p < 0,05$) менша, ніж при виконанні операції з використанням ендотрахеального наркозу - 6,5 днів (від 4 до 7 днів).

Результати: отримані дані вказують на те, що хірург потребує достовірно менший час на проведення двосторонньої тонзилектомії та виконання гемостазу при використанні місцевою анестезією в порівнянні з використанням ендотрахеального наркозу. Обсяг крововтрати, кількість інтраопераційних подій, частота післяопераційних кровотеч менша при виконанні тонзилектомії з використанням місцевою анестезією у порівнянні з операцією з ендотрахеальним наркозом. Середній бал оцінки больових відчуттів в спокої, частота прийому анальгетиків, терміни повернення до нормальної дієти та тривалість перебування у стаціонарі вище у пацієнтів при використанні ендотрахеального наркозу.

ШИЛОПІД'ЯЗИКОВИЙ СИНДРОМ. РІЗНІ МЕТОДИКИ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ПОКАЗАННЯ ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

С.М. Пухлик, А.П. Щелкунов, О.А. Щелкунов

Каф. оториноларингології

зав.каф. - проф. С.М. Пухлик

Одеський національний медичний університет

Одеса, Україна

Шилопід'язиковий синдром (стілоїд-синдром в іноземній літературі, синдром Ігла-Стерлінга) – це синдромо-комплекс, етіологічним фактором якого є тиск подовженим шилоподібним відростком скроневої кістки, судинно-нервового пучка ший та м'язових структур. Синдром проявляється хронічним болем у глибокому відділі ший, що іррадіює у корінь язика, мигдалик з відповідного боку, око, вухо та в бічну поверхню обличчя. Іноді проявляється дисфагією, утрудненням проходження твердої їжі, також симптомами обумовленими порушенням кровообігу головного мозку (запаморочення, втрата свідомості). У зв'язку з необізнаністю практичних лікарів хворі часто направляються до лікарів різних спеціальностей, де призначається лікування, що не дає полегшення.

Мета дослідження: розробка та удосконалення наявних, найбільш безпечних методик лікування консервативним способом, методик оперативного лікування, що не залишають виражених косметичних дефектів у хворих з данним синдромом та профілактики повторення описаної симптоматики в послідуєчому, та які будуть найбільш простими в виконанні.

Матеріали та методи дослідження: Робота, що нами проведена, спрямована на удосконалення та спрощення методів консервативної та хірургічної терапії хворих з симптоматикою шилопід'язикового синдрому, ґрунтуючись на даних проведених нами КТ-досліджень за розробленими нами методиками діагностики подовження шилоподібного відростка (контрастування магістральних судин ший та з виконанням функціональних проб в момент дослідження, а також пальпаторний метод), що потрібно для знайдення найменшої відстані верхівки шилоподібної бічної стінки ротоглотки та визначення найбільш оптимального місця для ін'єкції лікарської речовини, та місця розтину тканин при оперативному лікуванні шилопід'язикового синдрому.

Матеріалом для наших досліджень та зроблених пропозицій стало обстеження та лікування 224 пацієнтів за 11-річний період. З них жінок було 158 (70,5%), чоловіків - 66 (29,5%), вік - від 25 до 70 років, 25-30 років - 26 осіб (11,6%), 30-45 років - 133 особи (59,3%), 45-60 років - 47 осіб (20,9%), 60-70 років - 18 осіб (8,0%); тривалість захворювання - від 1 до 10-15 років.

Виконання ін'єкції в області верхівки шилоподібного відростка мають бути доповненими медикаментозною терапією в обов'язковому порядку. З 224 хворих на успішність лікування в 0 балів (відсутність скарг) оцінили 115 осіб (51,3%), у 1 бал - 60 (26,7%), у 2-3 бали - 34 особи (15,2%), у 4-5 балів - 15 пацієнтів (6,7%), тобто значного ефекту від лікування не досягнуто. Всім, хто має результат лікування, який оцінювався у 4-5 балів, було запропоновано хірургічний метод лікування - саме ректекція шилоподібного відростка з боку його патології.

Ключові слова: подовження шилоподібного відростка, біль в горлі, судинно-нервовий пучок, патофізіологічні механізми болю, тонзиллярна проблема та шилопід'язиковий синдром, функціональні проби.

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ МІЦЕТОМАМИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ

Тереценко Ж.А., Литовченко Н.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра оториноларингології,

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Київ, Україна

Вступ. Протягом останнього десятиріччя міцетом верхньощелепної пазухи набула значного розповсюдження серед пацієнтів оториноларингологічного та щелепно-лицевого профілю. Дана патологія знаходиться на стику спеціальностей і тому пацієнти звертаються самостійно або спрямовуються сімейними лікарями і до оториноларингологів, і до стоматологів. Захворювання майже завжди має одонтогенний характер, та, як правило, є ятрогенного походження. Ця патологія найчастіше виникає внаслідок недбало проведеного ендодонтичного лікування зубів і є ускладненням стоматологічних процедур, внаслідок

яких пломбувальний матеріал потрапляє в верхньощелепну пазуху. Цинк, що міститься в пломбувальній масі провокує ріст грибкової флори, найчастіше *Aspergillus*. Патогістологічні дослідження цієї патології свідчать, що хітин *Aspergillus* активно абсорбує цинк із тканини пазухи, що призводить до високих концентрацій металопроїєїна у запальному вогнищі. Ці дослідження стали базою для визначення рівнів металопроїєїна у пацієнта для підтвердження одонтогенного походження запального процесу в верхньощелепній пазусі в діагностично складних випадках.

Матеріали та методи. Малосимптомний або безсимптомний перебіг міцетом верхньощелепної пазухи, скудна та неспецифічна симптоматика призводить до несвоєчасної діагностики та пізнього отримання хворими лікарської допомоги. Таким чином, анамнез хвороби може нараховувати роки. З метою встановлення діагнозу даної патології застосовують комп'ютерну томографію (КТ), де міцетом візуалізується у вигляді чіткої поодинокі округлої тіні з металевим блиском. Показник щільності міцетомі сягає близько 3000 НУ.

Виходячи з нашої практики, ми вважаємо необхідним залучати до лікувального процесу даної групи пацієнтів щелепно-лицевого хірурга разом із оториноларингологом, як під час передопераційної діагностики, так і під час хірургічного втручання. На діагностичному етапі рекомендовано сумісна консультація пацієнта з оцінкою результатів комп'ютерної томографії. У більшості пацієнтів внаслідок постендодонтитичного лікування, виникає запальний процес, який локалізується, як правило, в проекції верхівки кореня пролікованого зуба та призводить до формування радикальних кіст верхньої щелепи, часто з проростанням такої у порожнину гайморової пазухи та нерідко супроводжується її запаленням, резорбцією кісткової тканини навколо причинного зуба. Це робить, в свою чергу, доцільним проведення симультанної операції оториноларингологом та щелепно-лицевим хірургом. Видалення причинного зуба, зазвичай, закінчується формуванням ороантрального сполучення, яке потребує подальшого пластичного закриття. При можливості збереження причинного зуба, за показаннями, проводять резекцію верхівки його коренів. Обидва варіанта хірургічних втручань ми проводимо одночасно з ендоскопічною гайморотомією. В процесі операції доцільно оцінити стан остіомеатального комплексу, цілісність медіальної стінки верхньощелепної пазухи. Іноді міцетом руйнує кісткову стінку синуса та пролабує в середній носовий хід. В таких випадках оперативне втручання, виконане лише щелепно-лицевим хірургом приведе до рецидиву патології.

Результати та їх обговорення. Протягом 2017-2022 рр. спільно зі щелепно-лицевими хірургами проліковано 56 пацієнтів. Із них 42-м було проведено малоінвазивну ендоскопічну гайморотомію, видалення причинного зуба з подальшим пластичним закриттям ороантрального сполучення; та 14-ти – ендоскопічну гайморотомію з резекцією верхівки коренів причинного зуба. Післяопераційне перебування в стаціонарі – 1 доба. Післяопераційний період без ускладнень, через тиждень було знято шви хворим, яким проводили резекцію коренів зуба, та через 2 тижні – тим, у яких було виявлено ороантральне сполучення в результаті видалення причинного зуба.

Висновки: Таким чином, ми вважаємо доцільним при міцетомі верхньощелепних пазух проводити хірургічне лікування та його планування сумісно зі щелепно-лицевим хірургом. Це дозволяє пацієнту уникнути двохетапного хірургічного лікування, та робить можливим проведення необхідного лікування в один етап, що скорочує строки непрацездатності пацієнта та матеріальні витрати на передопераційне обстеження та лікування.

ДОСВІД СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

О.В.Титаренко, С.М.Пухлік, І.В.Добронравова, В.С.Лісовецька

Каф. оториноларингології

зав.каф. - проф. С.М. Пухлік

Одеський національний медичний університет

Одеса, Україна

Україна є однією з десяти країн із найвищим рівнем захворюваності на мультирезистентний туберкульоз у світі. Найвищі показники захворюваності на туберкульоз зареєстровані в Одеській області (138,5 на 100 тис. населення). Він є однією з 10 головних причин смерті у світі та головною причиною смерті від одного певного збудника інфекції (більш ніж ВІЛ/СНІД). При несприятливій епідеміологічній ситуації, позалегенові форми туберкульозу все частіше зустрічаються в практиці лікарів як загального профілю, так і отоларингологів, причому набувають атипичного перебігу. Однією з нозоформ є середній туберкульозний отит (ТСО). Якщо раніше він виникав як вторинний процес у хворих з дисемінованими та іншими формами легеневого туберкульозу або кістково-суглобового туберкульозу, то останнім часом все частіше стали з'являтися ізольовані випадки туберкульозного отиту.

Аналогічну статистику захворюваності на ТСО ми спостерігали в клініці оториноларингології ОНМедУ. Якщо до 2015 року траплялися епізодичні випадки захворювання, то за останні 6 років туберкульозний отит діагностовано у 8 осіб, з них останні 2 – протягом минулого року, причому у двох пацієнтів – з двобічним ураженням середнього вуха. Якщо ще 15 років тому найвища захворюваність спостерігалася серед пацієнтів старше 30 років, то серед наших хворих переважали особи молодого віку (16-37 років) і лише одна пацієнтка 62 років. Серед пацієнтів переважали жінки (6 осіб). Первинна локалізація туберкульозу у середньому вусі нами виявлена у 2 підлітків, асоційована з ураженням легень - у 6 дорослих хворих. При цьому у трьох осіб вперше діагностовано раніше перенесений туберкульоз легень у неактивній фазі запалення. При збиранні епідеміологічного анамнезу контакт із туберкульозом ні в кого з наших хворих не було виявлено. Усі пацієнти були щеплені від туберкульозу. У обстежених хворих не виявлено захворювань, що викликають імунodefіцит, у тому числі ВІЛ-інфекції. Тривалість вухної симптоматики до вступу у стаціонар варіювала від 3 до 6 місяців. Первинним симптомом, що змушує пацієнта звернутися до отоларинголога, було зниження слуху, низькочастотний шум у вухах. Як правило, на ранніх стадіях розвитку діагностувався тубоотит, з приводу якого проводилося відповідне лікування в поліклінічних відділеннях. Через 2-4 місяці виникала незначна оторея. Як правило, були присутні слизово-гнійні виділення з вуха, відсутність температурної реакції тіла. Больовий симптом був у 3 хворих, проте оталгія в проекції соскоподібного відростка, почуття «тиску» з'являлися у пізні терміни захворювання, що змушувало пацієнтів звертатися до стаціонару (5 пацієнтів). Звертав увагу млявий перебіг запального процесу в середньому

вусі, який не укладався у типову клінічну картину середнього отиту, а також тимчасовий ефект лікування або відсутність такого. В одному випадку перебіг ТСО ускладнився парезом лицевого нерва. У наших спостереженнях превалювала поразка м'якотканинних структур середнього вуха. Спочатку відбувалася різка інфільтрація слизової оболонки, потім – ураження барабанної перетинки. Відзначалася поліморфність отоскопічної картини. У 3 випадках ми спостерігали 2 перфорації барабаних перетинок, які швидко зливалися в один її некротичний дефект. Причому в одного пацієнта з двобічною поразкою середнього вуха, у якого отит почав розвиватися під отоскопічною маскою грипового запалення, дві перфорації злилися в одну протягом 2 тижнів. Неодноразово крихтоподібні некротичні маси нагадували холестеатомні, хворі були направлені у клініку із діагнозом хронічний гнійний епітимпаніт, і лише виявлення двох перфорацій дозволяло запідозрити ТСО.

У наших спостереженнях перфорації локалізувалися лише у натягнутому відділі барабанної перетинки. В одному випадку перебіг отиту супроводжувався розвитком дрібних грануляцій, гістологічне дослідження яких дозволило встановити діагноз ТСО. У всіх пацієнтів спостерігалось виражене порушення функції євстахієвої труби на стороні ураження. При ендоскопічному обстеженні порожнини носа, носоглотки патологічних змін не знайдено.

Практично усім пацієнтам було виконано КТ скроневих кісток. За структурою у 5 пацієнтів був виявлений пневматичний тип структури, у 2 – диплоетичний, склеротичного типу не було. У 5 хворих спостерігалось різке зниження пневматизації барабанної порожнини та клітин соскоподібного відростка за рахунок тотального м'якотканинного заповнення клітин скроневої кістки на стороні ураження без вогнищ повітря в осередках соскоподібних відростків. Кісткові деструкції скроневих кісток у наших пацієнтів рентгенологічно не визначалися.

У ЛОР клініці діагноз ТСО ми встановлювали виходячи з даних гістологічного дослідження тканини середнього вуха (доопераційного і післяопераційного). Проте, навіть цей метод має хибнонегативні результати у 10% з першої спроби. Після направлення пацієнтів до центру соціально значущих хвороб їм проводилося додаткове обстеження: бактеріоскопія промивних вод з вуха та Хрерт MBT/Rif, посів на щільне середовище Левенштейна-Йенсе. Аналогічно проводилося дослідження трахеобронхіального мокротиння, КТ органів грудної порожнини. Комплексне обстеження дозволяло встановити діагноз ТСО та призначити хворим специфічне лікування.

Діагностика ТСО становить певну складність через кілька моментів. З одного боку, латентний перебіг мастоїдитів досить широко поширений зараз на фоні застосування антибіотикотерапії. Туберкульоз вуха також протікає часто під маскою банального латентного мастоїдиту та має поліморфність отоскопічної картини. Діагностика повинна носити тільки комплексний характер та включати як бактеріологічне, цитологічне, гістологічне, так і загальноклінічне обстеження хворого.

ВПЛИВ ТОПІЧНОГО N-АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ НА ПОКАЗНИКИ ТЕСТУ SNOT-22 У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ РИНОСИНУСИТОМ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Фалько А.М., Науменко О.М.

THE INFLUENCE OF TOPICAL N-ACETYLCYSTEINE ON THE INDICATORS OF THE SNOT-22 TEST IN PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS AFTER SURGICAL TREATMENT

Falko A., Naumenko

Науковий керівник: д.мед.н., професор Науменко О.М.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Деева Ю.В

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

Актуальність: За різними даними хронічний риносинусит (ХР) уражає від 5 % до 15 % населення в різних країнах. Згідно даних останніх досліджень, функціональна ендоскопічна ринохірургія (FESS) залишається основним методом лікування хронічного риносинуситу та основним фактором покращення доступу топічної терапії до структур остеоїметального комплексу. На сьогоднішній день, не існує єдиного погляду на ведення післяопераційного періоду, хоча за результатами багаторічного спостереження більшість пацієнтів відмічають позитивні результати після перенесеної FESS і одним із важливих чинників ефективності хірургічного лікування є топічна післяопераційна терапія. Для оцінки якості життя та скарг пацієнтів з хронічним риносинуситом після FESS, широко використовують опитувальник SNOT-22, який зарекомендував себе ефективним, доступним та надійним в оцінці якості життя пацієнтів після хірургічного лікування.

Мета: Визначення ролі топічного застосування N-ацетилцистеїну післяопераційному періоді у пацієнтів з хронічним риносинуситом та його вплив на показники тесту SNOT-22.

Матеріали та методи: Популяція із 40 пацієнтів віком від 18 до 60 років з діагнозом хронічний риносинусит, після хірургічного лікування. Шляхом рандомізації було сформовано дві групи пацієнтів. 1-а група (дослідження) - 20 пацієнтів, яким застосовувалася іригація топічної форми N-ацетилцистеїну. 2-а група (контроль) - 20 пацієнтів, яким використовувалась топічна терапія з використанням іригація 0,9% розчином NaCl. Проводилося анкетування з використанням тесту SNOT22 на 3, 10, 28 добу після хірургічного лікування. Критерії виключення: пацієнти з перенесеними хірургічними втручаннями на носовій порожнині, пацієнти з новоутвореннями носової порожнини; пацієнти з психічними порушеннями; вагітність.

Результати: Основні скарги обстежених пацієнтів обох груп згідно опитування за анкету SNOT-22 : закладеність носа, виділення з порожнини носа, зниження смаку/запаху, лицевий біль, втомлюваність. В інших показниках тесту SNOT-22 не виявлено статистично значущої відмінності ($p=1,00$). При порівнянні показників було використано статистичний критерій Манна-Уїтні. Виявлено зменшення вираженості симптомів закладеності носа, виділення з порожнини носа, зниження смаку/запаху, лицевого болю, втомлюваності на 3, 10 та 28 добу після хірургічного лікування у пацієнтів групи дослідження,

відносно пацієнтів групи контролю, протягом усього експерименту. Статистично значима відмінність виражена за рахунок медіани суми показників ($p=0,001$).

Висновки: Закладеність носа, виділення з порожнини носа, зниження смаку/запаху, лицевий біль, втомлюваність – показники, що вказують на тяжкість перебігу післяопераційного періоду у пацієнтів з хронічним риносинуситом. Краща динаміка змін медіани суми показників тесту SNOT22 у групи дослідження, відносно групи контролю ($p=0,001$), говорить про позитивний вплив топічного N-ацетилцистеїну на якість життя пацієнтів у післяопераційному періоді та свідчить про вищу швидкість загоєння післяопераційної рани, а отже й зменшення тривалості захворювання.

Ключові слова: хронічний риносинусит, N-ацетилцистеїн, FESS, SNOT-22

УСКЛАДНЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ МЕТОДОМ ТРАХЕОСТРАВОХІДНОГО ШУНТУВАННЯ З ПРОТЕЗУВАННЯМ

Цимбалюк Є.М.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Захворюваність пухлинами гортані та гортанної частини глотки залишаються стабільно високими та зростають. В III та IV стадіях захворювання виявляють від 60% до 75% випадків. Найефективнішим та найпоширенішим методом лікування в цьому разі залишається ларингектомія. В той же час радикальна операція, що дозволяє зберегти життя неминує інвалідизує пацієнта, призводячи до втрати голосу, неможливості повноцінно спілкуватися. Відновлення голосової функції є основним етапом медико-соціальної реабілітації пацієнта після ларингектомії. Останнім часом хірургічні методи голосової реабілітації набувають широкого впровадження – трахеостравохідне (ТСШ) і трахеоглоткове (ТГШ) шунтування, та трахеостравохідне шунтування з протезуванням (ТСШП). Однак при використанні даного методу реабілітації голосу зустрічається низка проблем, які можна прогнозувати і попередити, зокрема в інтраопераційному періоді.

Виконано аналіз результатів 74 пацієнтів, з раком гортані або гортаноглотки після ларингектомії. В усіх випадках виконано хірургічну реабілітацію шляхом трахеостравохідного шунтування з протезуванням (ТСШП): 18 пацієнтам - одномоментне з ларингектомією, 44 пацієнтам – відстрочено, в термін від 2міс. до 2 років, 6 пацієнтам - під час пластики фарингостоми, 6 пацієнтам - в сформованій попередньо шунт встановлено протез. Після аналізу отриманих даних нами були зафіксовані наступні ускладнення, які виникли в ході операції: у 5-ти оперованих перфорація задньої стінки трахеї різко затруднена внаслідок рубцево-склеротичних змін в зоні трахеостоми, а також внаслідок деформацій та звужень; у 3-х пацієнтів – відбулась травматизація тубусом або троакаром стінок глотки і стравоходу (обумовлених шийним остеохондрозом, рубцевими змінами, деформацією трахеостоми,); у 12-ти пацієнтів ми спостерігали затруднення при введенні езофагоскопа (звуження глотково-стравохідного співюстя, затруднене відкриття рота, ускладнене розгинання голови через остеохондроз шийного відділу хребта); у 3-х пацієнтів - відрив від протеза ввідного пояску (внаслідок ригідності тканин трахеї, надмірного натягу, звуження стоми і ускладнення маніпуляцій в цій зоні); у 1 пацієнта заковтування або аспірація протеза; в 6 випадках кровотеча з країв фістули; у 2 пацієнтів сталось занурення протеза в фістулу (причина - невідповідність довжини протеза довжині шунта). У окремих хворих ми спостерігали комбінацію вище перерахованих проблем та ускладнень.

Для усунення ускладнень, що виникають під час хірургічного етапу та їх профілактики нами було запроваджено ряд діагностичних та лікувальних заходів. Першою умовою є формування стійкої трахеостоми при ларингектомії, оскільки сьогодні до цього етапу операції висуваються нові вимоги. Трахеостома має забезпечити адекватне дихання, не обмежувати вірогідну хірургічну реабілітацію голосу, можливості дихальної реабілітації за допомогою різноманітних фільтрів, гарантувати легкий самостійний догляд за нею, тривало зберігати стабільну форму. У пацієнтів групи ризику (гіперстеніків, хворих з невеликим діаметром трахеї, у випадках резекції трахеї) ретельне формування трахеостоми знижує вірогідність ускладнень, дозволяє не користуватись трахеостомічною трубкою з першого дня післяопераційного періоду, не обмежує онкологічний план операції. В ході хірургічної реабілітації - покращує результати та розширює можливості реабілітації пацієнтів, забезпечує мінімальну травматизацію тканин, зменшує час оперативного втручання. Ретельна передопераційна підготовка з врахуванням особливостей кожного пацієнта, дотримання показань та техніки операції з використанням зазначених вдосконалень дозволяє попередити і подолати вказані найпоширеніші інтраопераційні ускладнення при виконанні трахеостравохідного шунтування з протезуванням.

ВИКОРИСТАННЯ ІНОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В РИНОЛОГІЇ

Чернишева І. Е.

*Каф. оториноларингології
зав.каф. - проф. С.М. Пухлік
Одеський національний медичний університет
Одеса, Україна*

Враховуючи сучасні вимоги ринологам необхідно використовувати новітні технології для удосконалення діагностики, консервативного та хірургічного лікування захворювань носа та біляносових порожнин. Цьому допомагають ендоскопічні методи. Співробітники кафедри оториноларингології протягом останніх років проводять багато хірургічних втручань за допомогою ендоскопів, що дозволяє виконувати операції менш інвазивними засобами.

Актуальним являється підготовка студентів та молодих лікарів в сучасних умовах. Для удосконалення навчального процесу проводяться тренінги на муляжах, візуалізація сучасних хірургічних втручань на порожнині носа та біляносових

пазухах з використанням ендоскопів. Це дозволяє як студентам, так і лікарям-інтернам більш достеменно засвоїти анатомічні особливості, методики діагностики та хірургічного втручання при даній патології.

Сучасна система вищів в нашій країні повинна відповідати вимогам європейської освіти. Наша задача, як педагогів надати студентам і молодим лікарям необхідні знання та навчити використовувати їх в своїй практичній діяльності, враховуючи реформування медичної системи в Україні.

Студенти повинні мати творчий підхід до використання знань, а не просто вивчати наданий їм матеріал.

Для вирішення питання євроінтеграції у вищій школі необхідно удосконалити якість освіти, потрібно мати науково-педагогічні школи, проводити наукові дослідження, для чого мати відповідну матеріальну базу та відповідні умови навчання. Не виконання своєчасно поставлених цілей може призвести до зниження якості навчання і призвести до невизнання європейською спільнотою дипломів, що знизить мобільність на європейському просторі українських студентів та випускників (1.с.582).

Подібні підходи зумовлюють необхідність впровадження в освітню практику сучасних інноваційних технологій передачі знань, основою яких є оволодіння студентами творчого підходу для використання знань, а не просто вивчення матеріалу.

Для вирішення питання євроінтеграції у вищій школі необхідно підвищити якість освіти, для цього потрібно мати науково-педагогічні школи, проводити наукові дослідження, для чого мати відповідну матеріальну базу та умови навчання. Не виконання своєчасно поставлених задач може призвести до зниження якості навчання і призвести до невизнання європейською спільнотою дипломів, що знизить мобільність на європейському просторі українських студентів та випускників (1. с.582).

В умовах воєнного стану необхідно якомога більше використовувати цифрові технології, розвивати єдине інформаційно-освітнє середовище закладів фахової вищої освіти; розробляти електронні засоби навчання: електронні посібники та інтерактивні підручники нового покоління, розвивати цифрову, інформаційну та медійну компетентність педагогів за допомогою масових відкритих онлайн курсів.

Співробітниками кафедри оториноларингології Одеського національного медичного університету проводиться робота з удосконалення знань і умінь студентів, лікарів-інтернів, ЛОР-лікарів поліклінічно-амбулаторної ланки та стаціонару.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Антонюк В.П. Інтеграція вищої освіти України в європейській освітній простір для розвитку людського капіталу. Журнал європейської економіки. 2021. Т.20. №3. С.573-595.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТУ У ДІТЕЙ: НЕ ЗАВЖДИ ВСЕ ГЛАДКО

Шевчук Ю.В., Дудник А. О.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Деєва Ю.В

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

КНП Київська дитяча клінічна лікарня № 2

м. Київ, Україна

Незважаючи на наукові досягнення в діагностиці та лікуванні захворювань носа та приносних пазух у дітей, дана проблема досі залишається актуальною. Гострий бактеріальний риносинусит (ГБРС) займає одне з перших місць серед захворювань ЛОР-органів та нерідко призводить до розвитку орбітальних і внутрішньочерепних ускладнень. Згідно із статистичними даними ГБРС зустрічається у 5-8% пацієнтів. До внутрішньочерепних ускладнень ГБРС згідно EPOS 2020 відносять: епідуральна та субдуральна емпієма, абсцес речовини головного мозку, церебрит та тромбоз верхнього сагітального і кавернозного синусів, менінгіт, енцефаліт.

Шляхи проникнення інфекції з носа та носових пазух в порожнину черепа є: контактний, гематогенний, лімфогенний, внаслідок травми.

Мета: поділитись клінічними прикладами риногенних внутрішньочерепних ускладнень у дітей.

Під нашим спостереженням в ЛОР-відділенні КНП «КМДКЛ 2» за період: листопад-грудень 2022р. знаходилось 2 хворих з діагнозами: ГБРС. Пацієнтка віком 9 (пацієнт А) та 7 (пацієнт Б) років, які мали внутрішньочерепні ускладнення: гостра субдуральна емпієма лобної ділянки та гостра субдуральна емпієма тім'яної ділянки зліва.

З анамнезу хвороби: обидва пацієнти хворіли більше тижня та лікувались амбулаторно, покращення не відбувалось після чого були направлені педіатром на стаціонарне лікування в ЛОР-відділення. В першу добу госпіталізації пацієнтам А та Б було проведено лабораторні дослідження: ЗАК та СРБ.

Результати пацієнта А: лейкоцити 6.3x10⁹/л, ШОЕ 25мм/год, п/я нейтр. 5, СРБ 12мг/л.

Результати пацієнта Б: лейкоцити 24x10⁹/л, ШОЕ 57 мм/год, п/я нейтр. 10, СРБ 6мг/л.

Слід зазначити, що стан обох пацієнтів на момент надходження в ЛОР-відділення був задовільний, відповідав основному захворюванню (ГБРС) із звичайним перебігом, без підозри на наявність ускладнень.

Дані пацієнти отримували антибактеріальну терапію: цефалоспорино III покоління (цефтріаксон) в поєднанні з метронідазолом внутрішньовенно, дезінтоксикаційну та дегідратаційну терапію, місце лікування.

Проведена діагностична ендоскопія порожнини носа для визначення особливостей будови ендоназальних структур з прицільним вивченням ключових зон запалення приносних пазух. Виявлена вікових особливостей та виключення аномалій будови порожнини носа, що дозволяє уточнити характер блоку природних співустей приносних пазух та визначити тактику консервативного та хірургічного лікування, а також планувати реконструктивні операції з метою профілактики рецидивів та хронізації перебігу захворювань придатків пазух носа.

Враховуючи приєднання додаткової симптоматики (гарячка, головна біль, нудота) та негативної динаміки згідно ЗАК (3-4 день) та отримані лабораторні дані:

- пацієнт А: лейкоцити 18.5x10⁹/л, ШОЕ 32мм/л, п/я 1, СРБ 67мг/л.
- пацієнт Б: лейкоцити 16.8x10⁹/л, ШОЕ 68мм/л, п/я 4, СРБ 88мг/л.

Обом пацієнтам екстренно проведено МРТ-головного мозку, що є «золотим стандартом» в діагностиці внутрішньочерепних ускладнень та комплексне розширене обстеження, що включало консультації: офтальмолога, невролога та нейрохірурга.

Верифікація діагностів проводилася на підставі скарг, збору анамнезу, загальноклінічного, оториноларингологічного та додаткових методів (МРТ ендоскопія) обстежень та консультацій суміжних спеціалістів.

Визначення збудника не завжди інформативне, а при дослідженні виявлявся *Staphylococcus aureus*.

Після даних МРТ-головного мозку, було встановлено діагнози: гостра субдуральна емпієма лобної ділянки у пацієнта (Б) та гостра субдуральна емпієма тім'яної ділянки зліва у пацієнта (А), після чого під ЕТН проведена хірургічна санація вогнища інфекції та дренивання абсцесів головного мозку нейрохірургом, призначено антибактеріальну терапію европенемом в поєднанні з метронідазолом. Проводилась дезінтоксикаційна та детоксикаційна терапія.

Обидві дитини одужали без будь-якого неврологічного дефіциту.

Висновок. Описання цих клінічних випадків має на меті звернути увагу на актуальність ГБРС дітей на сучасному етапі. Рання діагностика, проведення раціонального лікування та активна тактика лікування з перших днів захворювання дозволить уникнути більш важких ускладнень.

СПВІДНОШЕННЯ СКАРГ ТА ДАНИХ ПОЛІСОМНОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОПІННЯМ

Т.А.Шидловська, Д.М.Зінь

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Проблема хропіння залишається однією з актуальних проблем сучасної отоларингології. Хропіння значно впливає на якість життя пацієнтів, викликає у них не тільки медичні, але і соціальні проблеми, сприяє розвитку порушень психоемоційної сфери. Недостатність сну, що виникає у таких випадках, своєю чергою, призводить до низки негативних проявів і клінічних симптомів, як от головний біль, запаморочення, дратівливість, порушення уваги та пам'яті, тощо. У випадку наявності апное сну (зупинки дихання) проблема стає небезпечною для життя пацієнта. Тому виправданим є саме мультидисциплінарний підхід до вирішення даної проблеми.

Нами було обстежено 19 пацієнтів, які скаржилися на хропіння. Всім пацієнтам було проведено отоларингологічний огляд, ендоскопічне дослідження лор-органів за допомогою комплексу обладнання Storz (Німеччина), проведена полісомнографія на апараті кардіореспіраторного моніторингу SomnoCheck micro Lowenstein.

Всіх обстежених турбувало хропіння, але також порушення сну (погане засинання, тривожний сон, відсутність глибокого сну і відчуття відпочинку вранці), головні болі, дратівливість, періодичне запаморочення, метеозалежність. Ці прояви значною мірою відбивалися на якості життя обстежених. Ми відібрали для обстеження саме пацієнтів з виразними скаргами, що свідчили про порушення функціонального стану ЦНС. І вже потім провели їм інструментальне обстеження. Виявилось, що у всіх пацієнтів мали місце епізоди обструктивного апное уві сні, виражені в більшому чи меншому ступені. Індекс апное/гіпноное у обстежуваних склав Причому у 34% пацієнтів індекс перевищував 60. Наявність центральних апное коливалась від 0,2 до 5,6 на годину і склала в середньому 2,7±0,4. Зауважимо, що пацієнти з високими значеннями співвідношення апное/гіпноное, а також значною кількістю центральних апное більше всього скаржилися на головний біль, головокружіння, порушення пам'яті та уважності, підвищену дратівливість. Вони були спрямовані на обстеження до невролога.

Отже, у пацієнтів з хропінням, які скаржаться на голосниці біль, запаморочення, спостерігається високі значення співвідношення апное/гіпноное, а також значною кількістю центральних апное, що свідчить про наявність у них порушень функціонального стану ЦНС. Такі пацієнти потребують більш ретельного обстеження і консультації невролога.

ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЧУТЛИВІСТЬ ОРГАНА СЛУХУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО ЗВУКОВИХ НАВАНТАЖЕНЬ ПРИ ВИКОНАННІ СТРІЛЬБ НА ПОЛІГОНІ

Т.А.Шидловська, Л.Г.Петрук, Р.П.Крамаренко

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний,
кафедра військової медицини та медицини катастроф
Одеського Національного медичного університету
Київ, Одеса, Україна*

Акубаротравма, отримана в реальних бойових умовах, призводить до значного ураження слухової системи військовослужбовців. Ступінь такого ураження значною мірою залежить від характеру застосованого озброєння, інтенсивності звукового впливу та вибухової хвилі, наявності додаткових засобів ураження в умовах босіткнення, наявності захисних засобів. Крім того, військовослужбовці в умовах військових дій витримують значні фізичні і психологічні перенавантаження. Всі ці чинники призводять до значного системного впливу на організм бійців.

Однак, не менш важливим аспектом, що визначає характер ураження слухової системи в таких випадках, може бути стан організму людини в момент впливу акутравми. Як от її психологічний стан, наявність втоми чи депресії, наявність супутніх захворювань, які можуть слугувати фоном для розвитку уражень слухового і вестибулярного аналізаторів. Про наявність такої залежності і важливість такого твердження свідчить розвиток різного ступеня ушкодження слухової системи у різних людей при практично однакових умовах впливу звукової енергії та вибухової хвилі. Якщо в умовах беззмітнення наявність різного ступеня ураження слухової системи та екстраауральних проявів можна пояснити тим, що багатофакторність впливу не дозволяє стверджувати, що на усіх військовослужбовців, які діють у одному радіусі, впливає однаковий подразник, то в інших випадках – коли вплив звуків більш стандартизований для всіх – таку різницю пояснити складніше. Під час тренувань на полігонах умови впливу звуків високої інтенсивності більш уніфіковані, але ураження відбувається не у всіх, хто тренується при однакових умовах. А у тих, у кого розвиваються порушення у слуховій системі, вони мають різний ступінь і часом доволі різну спрямованість. Ці факти переконливо свідчать про те, що фактори чутливості конкретних людей до подібного впливу мають велике значення.

Нами було проведено аналіз можливих чинників, які впливають на чутливість до уражаючої дії звуків високої інтенсивності у 37 пацієнтів, які мали скарги на погіршення слухової функції після відпрацювання навичок застосування озброєння в умовах полігону. Аналіз показав, що у 86,5% з них мали місце певні порушення соматичного стану (періодичні різкі зміни артеріального тиску, наявність хронічних захворювань, скарги на періодичні головні болі і розлади сну). 10,8% пацієнтів мали в анамнезі незадовго до навчання на полігоні захворювання на ГРВІ та запальні захворювання ЛОР-органів. 16,2% відзначали утруднення носового дихання. Отже, практично у всіх військовослужбовців, які відмічали погіршення слухової функції після виконання навчальних стрільб, були ті чи інші відхилення від норми у загальному соматичному стані.

Таким чином, для запобігання розвитку слухових порушень після звукового навантаження у військовослужбовців, доцільно враховувати загально соматичний стан, та наявність супутніх захворювань, що може вплинути на індивідуальну чутливість органа слуху до впливу звуків високої інтенсивності

ПОРУШЕННЯ СЛУХОВОЇ ТА НЮХОВОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ COVID-19.

Т.А.Шидловська, М.І.Безега, Б.М.Безега

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
Полтавський державний медичний університет МОЗ України
Київ, Полтава, Україна*

У вітчизняній та зарубіжній медичній літературі наявна значна публікаційна активність, щодо великої кількості клінічних проявів захворювання COVID-19, що пов'язано з численними випадками даного захворювання, як в Україні так і закордоном. Різноманітні клінічні прояви захворювання COVID-19 вивчаються спеціалістами та науковцями різних профілів, але, разом з тим, все ж недостатньо вивчено. Порушення нюхової функції гіпосмія, а особливо, аносмія та порушення слухової функції являються одним з частих супутніх симптомів з іншими проявами при COVID-19.

Нами було проведено дослідження даних аманезу, клінічної та інструментальної діагностики (ендоскопічне обстеження ЛОР-органів, суб'єктивна аудіометрія) 83 хворих, котрі перенесли COVID-19. Із них 47 пацієнтів відмічали порушеннями слуху, 53 пацієнта були з порушенням нюху, а у 17 з них одночасно спостерігалися, як розлади слуху, так і нюху.

Зазвичай ураження нюху при COVID-19 пацієнти відмічають з початком захворювання, а у частини з них дане ураження тривало зберігається і після одужання. У хворих при COVID-19 часто спостерігається зниження нюху до повної аносмії, загострення або ж спотворення цього відчуття. Разом з тим, часто відмічається пізні звернення пацієнтів щодо даних проявів, адже під час активної фази захворювання більше уваги приділяється лікуванню більш грізних симптомів.

У 53 обстежених хворих, які перенесли COVID-19 спостерігалися різні прояви ураження функцій нюху, у вигляді повної аносмії (30,2%), зниження нюхової функції (26,4%) та її спотворення (39,6%). Дані прояви зберігалися у пацієнтів після одужання протягом від 2 тижнів до 1,5 місяців. Згідно отриманих нами ендоскопічних даних, у 62,3% пацієнтів з порушеннями нюху видимих ознак враження слизової оболонки не виявлено. У 26,4% відмічались прояви посилення судинного малюнку та помірний набряк слизової, а у 11,3% - ознаки витончення слизової оболонки з проявами сухості, подекуди з кірками.

У 47 обстежених пацієнтів, що перенесли COVID-19 відмічались різноманітні порушення слухової функції. Найчастішими проявами були шум у вухах, зниження рівня гостроти слуху, погіршення розбірливості мови, неприємні відчуття у вухах (помірний тупий біль, відчуття тиску та поколювання), закладеність вух та погана переносимість гучних звуків. За даними інструментального дослідження відмічались сенсоневральні порушення, що за Міжнародною класифікацією були від початкових у вигляді змін тональної кривої у розширеному діапазоні частот до уражень середнього ступеня тяжкості. Найчастіше такі прояви виявляються через певний період після перенесеного захворювання. Майже у чверті досліджуваних нами пацієнтів (23,4%) відмічався кондуктивний компонент враження слухового аналізатора. За нашими даними він формувався переважно за рахунок порушення функції слухових труб, в результаті запальних проявів у середньому та зовнішньому вусі з набряком слизової оболонки слухової труби із відповідною характерною симптоматикою. У 19,1% хворих з кондуктивним компонентом враження органу слуху нами було виявлено анатомічні зміни структур носу та носоглотки, найчастіше викривлення носової переділки із гіпертрофічними та вазомоторними змінами носових раковин, гіпертрофію тубарних валиків, аденоїдних вегетацій і т.п.

Отже, при захворюванні COVID-19 ураження нюхової та слухової функції спостерігається досить часто, разом з тим, пацієнти нерідко звертаються з даними скаргами запізно. Видимих проявів порушення слизової оболонки ольфакторної зони порожнини носа у більшості пацієнтів з порушеннями нюхової функції при COVID-19 не відмічалось. Ураження органу слуху при захворюванні COVID-19 відмічається безпосередньо під час захворювання, а у частини пацієнтів зберігається тривало після одужання, що характеризується переважно сенсоневральними проявами (76,6%), хоча, у 23,4% випадків відмічається кондуктивний компонент, а вище вказані стійкі розлади можуть спостерігатися у відтермінованому періоді.-

СКАРГИ ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ ГІПОТОНУСНУ ДИСФОНІЮ, УСКЛАДНЕНУ ВУЗЛИКАМИ ГОЛОСОВИХ СКЛАДОК

Шидловська Т.А., Волкова Т.В.

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
директор – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний
м. Київ, Україна*

Хронічна функціональна гіпотонусна дистонія (ХФГД) - сама розповсюджена патологія серед усіх функціональних порушень голосу, вона нерідко ускладнюється і має тяжкий перебіг. Самим поширеним ускладненням ФГД є вузлики голосових складок.

Проведено детальне опитування 123 хворих на ХФГД чотирьох груп: перша група – 25 осіб з незначними порушеннями, друга – 33 пацієнти з середньою вираженістю порушення моторики гортані, третя - 34 хворі з ускладненнями передвузликковим станом, вузлики, витончення медіального краю, четверта - 31 пацієнт, хворий на ХФГД, з вузликами, передвузликковим станом та вираженим гіпертонусом вестибулярного відділу гортані.

Згідно отриманих нами даних, у першій групі скарги на виражену захриплість мали 44,0 % пацієнтів, в другій – 48,5 %, 64,7 % в третій, 77,4 % - в четвертій. Періодичну афонію (відсутність голосу) в першій групі відзначали 32,0% пацієнтів, в другій - 42,4 % , в третій - 52,9 %, в четвертій - 67,7%. На дискомфорт у гортані, сухість, відчуття «клубка» скаржилися 56,0 % пацієнтів першої групи, 60,6 % другої, 70,6 % третьої і 74,2 % четвертої. Больові відчуття в гортані, які були пов'язані з голосовим навантаженням, зазначали в першій групі 24,0 % хворих, в другій - 30,3 %, в третій 41,2 %, в четвертій 51,6 %. Вираженість цих симптомів збільшувалася від першої до четвертої груп.

На кашель, пов'язаний з голосовим навантаженням чи потребою «розговоритися» вранці, за нашими даними, скаржились 40,0 % пацієнтів в першій групі, 39,4 % - в другій, 44,1 % - в третій 54,8 % - в четвертій. Напруження в м'язах шиї при фонації в першій групі зазначали 16 % хворих, в другій 36,4 %, в третій 52,9 %, а в четвертій аж 70,9 %. У пацієнтів з гіпертонусом вестибулярного відділу гортані, які були віднесені нами до четвертої групи, такі відчуття були найбільш вираженими. На підвищену втомлюваність голосу скаржились в переважній більшості з усіх обстежених груп: в першій групі 72,0%, в другій - 60,6 %, в третій -70,6 % і майже всі пацієнти четвертої 90,3 %.

Аналізуючи загальні скарги пацієнтів, виявилось, що в першій групі хворі найчастіше висували скарги на дратівливість та емоційність (56 %), головний біль (52,0 %), важкість в голові (44,0 %). В другій групі на головний біль а також дратівливість та емоційність висували скарги по 57,6 % пацієнтів, відповідно, на порушення сну 48,5 %. В третій групі понад половина хворих висували скарги на підвищену дратівливість (70,6 %), головний біль (67,6 %), порушення сну (58,8 %), відчуття важкості в голові (58,8 %). В четвертій групі пацієнтів, з найбільш тяжким перебігом ХФГД, в переважній своїй більшості скаржилися на дратівливість та емоційність (87,1 %), головний біль (77,4 %), порушення сну (74,2 %), метеозалежність (67,7%), важкість в голові (67,7 %). Отже, хворих на ФГД третьої і четвертої груп, з ускладненим перебігом ХФГД, частіше турбували «загальні» скарги. Особливо це стосується таких скарг, як порушення сну, дратівливість, головний біль, метеозалежність. Отримані дані доцільно прийняти до уваги і, оскільки наявність подібних скарг свідчить про порушення у стані центральної нервової та серцево-судинної систем, слід це враховувати при лікуванні хворих з ускладненим перебігом ХФГД.

Таким чином, у хворих на ХФГД має місце значна кількість скарг як місцевого, так і загального характеру, з тенденцією до зростання їх кількості при ускладненому перебігу.

**XV НАУКОВО ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ, КРАНІОФАСЦІАЛЬНОЇ
ДІЛЯНКИ ТА ОРГАНУ ЗОРУ»**

**XV SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE OF YOUNG SCIENTISTS
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION” SPECIAL ISSUES OF DIAGNOSIS
AND TREATMENT OF ENT ORGANS, CRANIOFASCIAL AREA AND THE
ORGAN OF VISION DISEASES”»**

21.04.2023



PECULIARITIES OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATED PENETRATING GUNSHOT INJURY OF THE PYRAMID OF THE TEMPORAL BONE. CLINICAL CASE

Khadidja Ahmat Saleh Hassan

Scientific supervisors:

MD, PhD, Associate Professor Marushchenko M.O.

MD, neurosurgeon of the KNE «Kyiv City Clinical Hospital 17” Garashchuk O.V.

The Head of the Department of Neurosurgery:

MD., Doctor of Science, Academician of NASc and NAMSc of Ukraine Tymbaliuk V.I.,

Bogomolets National Medical University,

Kyiv, Ukraine

Actuality: Combat penetrating gunshot injury (CPGI) of the temporal bone is the cause of 3% of temporal bone fractures. Despite its rarity, CPGI produces more extensive damage compared to blunt trauma. Injury severity depends on the wound site, range (distance of the firearm from the wound), material, and caliber of the bullet. Structures at risk of injury include the facial nerve, cochlea, labyrinth, tympanic membrane, external auditory canal, carotid artery, jugular vein, dura mater, etc.

The choice of optimal management tactics for patients with CPGI of the temporal bone and associated lesions of the brain is an actual problem of modern neurosurgery.

This study aims to evaluate the effectiveness of complex surgical treatment of CPGI, complicated by damage of the pyramid of the temporal bone, and the immediate and long-term outcomes of the treatment.

Materials and methods: The thesis analyzes the clinical case of a 36-year-old patient with a mine-explosive injury, a gunshot fragmental blind penetrating wound of the skull of the left temporal area, a gunshot multi-fragmental fracture of the pyramid of the left temporal bone, and a gunshot injury of the left auditory canal. The patient was admitted to the hospital 4 hours after injury in the status of coma I-II, Glasgow Coma Scale 6-7 points, with clinical and radiological signs of dislocation syndrome. Non-contrast computed tomography (CT) of the craniomaxillofacial region had done. Catamnesis was followed up to 2 years and based on Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE) scores at discharge, 6 and 12 months. The severity of the damage of the facial nerve was evaluated according to the House-Brackmann (HB) grade.

Results: After 8 hours after the injury, the emergency craniectomy was carried out, the primary surgical treatment of a gunshot penetrating blind wound of the brain, and plastic surgery for a gunshot rupture of the dura mater. Three days after the first operation, there was a secondary surgical treatment, suturing, and drainage of a through gunshot wound of the left external auditory canal. Cranioplasty with a titanium mesh implant was carried out within three months after primary craniectomy and offered the best aesthetic, functional, and neurological outcomes. The post-cranioplasty CT scans showed a positive aesthetic and functional recovery of patients with the satisfactory restoration of the calvarial contour. Rehabilitation treatment included intensive physical rehabilitation and electrophysiological methods. There were no indications for surgical decompression of the facial nerve.

Conclusion: The chosen tactic of treatment of severe CPGI which was accompanied by damage of the temporal bone and a gunshot wound of the left auditory canal ensured the regression of general cerebral and focal symptoms. The degree of damage of the facial nerve decreased from HB V to HB III, and general status according to the GOSE scale score increased from 3 up to 6 within one year after the injury.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХЕРУВІЗМУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Артюшенко О.С.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Михайленко Н.М.

Кафедра стоматології дитячого віку та імплантології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Назарян Р.С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність: Херувізм, як одна з форм фіброзної дисплазії щелеп, вважається вродженою вадою дозрівання кісткової тканини та носить спадковий характер. Симптоми захворювання найяскравіше проявляються у дітей в період змінного прикусу та статевого дозрівання. Стосовно методів лікування херувізму існують два погляди: хірургічне втручання з ретельним вишкрібанням вогнища дисплазії, чи споглядання за розвитком кісток щелеп, так як диспластично змінені ділянки можуть з віком хворого «дозрівати».

Метою дослідження було поділитися досвідом діагностики та лікування херувізму.

Матеріали і методи. Під нашим наглядом та лікуванням було 4 хворих на херувізм, з них три чоловіка та одна жінка.

Результати: Терміни лікування: у жінки 35 років перші ознаки захворювання виявили в 9 років. Протягом 15 років, було проведено 7 операцій. Чоловік 45 років вперше звернувся по лікарську допомогу в 26 років, протягом 15 років було проведено 6 операцій у різних ділянках верхньої та нижньої щелеп. Кісткова тканина в ділянках вогнищ у обох хворих відновилися. Хлопця 10 років для огляду до нас привела мати, яка страждає на подібне захворювання, йому проведено втручання по типу цистотомії зі збереженням зачатків постійних зубів. Мати другого хлопця звернулася за консультацією з приводу затримки прорізування правих різців верхньої щелепи та порушення прикусу. Дитині 1 рік тому було проведено втручання на нижній щелепі з приводу кісти, яку було видалено разом з тимчасовими зубами та зачатками постійних зубів. При огляді всіх чотирьох хворих – форма обличчя з широкими кутами нижньої щелепи, трохи виступаючим підборіддям, більше виражена у дітей. У всіх хворих гістологічне дослідження видалених тканин не підтвердило дані за істинні пухлини щелеп. Зміни, що отримані у препаратах, відповідають за наявність кістково-фіброзної дисплазії щелеп.

Висновки: Херувізм, як один з різновидів фіброзної дисплазії, є захворюванням що рідко зустрічається, носить спадковий характер. Симптоми захворювання найяскравіше проявляються в період змінного прикусу та статевого дозрівання, супроводжуються затримкою прорізування постійних зубів, або їх відсутністю. При первинних оглядах дітей лікар-стоматолог має звертати увагу на форму обличчя та щелеп, ретельно збирати сімейний анамнез. При обстеженні призначати адекватне рентгенологічне обстеження. Необхідно проводити правильну диференційну діагностику між істинними пухлинами, одонтогенними кістами та системними ураженнями кісток. Хірургічне втручання має бути щадним, з максимальним збереженням зачатків постійних зубів. Після закінчення періоду статевого дозрівання та становлення гормонального фону хвороба регресує, обличчя приймає більш фізіологічну форму, а в дисплазованих ділянках «дозріває» кісткова тканина.

РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДА КЕФАЛОГРАФІЇ

Астанова Христина Рафаїлівна

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Дідковський В.Л.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Деева Ю.В.

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

Актуальність: Цукровий діабет - хронічне метаболічне та системне захворювання, яке може супроводжуватися ускладненнями з різних систем. В дітей та підлітків виявляють порушення з боку ЛОР органів, зокрема вестибулярні порушення. Саме такі дисфункції погіршують рівень життя молоді та ускладнюють їх соціалізацію в суспільстві. Вестибулярна система важлива для здорового моторного розвитку (вставання та ходьби). Вона відповідає за баланс під час статичного положення та руху. Були проведені дослідження, що незалежно від наявності ускладнень, є зв'язок між цукровим діабетом та порушенням вестибулярної функції. Механізм діабетичної вестибулопатії є складним і все ще потребує вивчення (Деева Ю.В., 2011 рік). Проте важливо проводити пацієнтам тести та методики для раннього виявлення вестибулярних розладів та залучати до навчання дітей та підлітків, надаючи рекомендації щодо покращення їхнього стану.

Мета: Оцінити вестибулярну функцію у дітей з цукровим діабетом І типу, використовуючи метод кефалографії. А також виявити порушення, які можуть виникати у пацієнтів та провести кореляцію із рівнем HbA1c.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на базі Національної Дитячої Спеціалізованої Лікарні «Охматдит», у відділенні ендокринології. Критеріями виключення були: діти молодше 8 років, діти, які були госпіталізовані з вперше виявленим діабетом. Загальна кількість учасників 30 дітей. Серед дітей із цукровим діабетом виділяли 3 групи, залежно від рівня глікозилюваного гемоглобіну: компенсований, субкомпенсований та декомпенсований. Використовувався метод кефалографії, який полягає в реєстрації коливань тіла людини в положенні стоячи допомогою пристрою, укріпленого на голові випробуваного. За спеціальною формулою розраховують коефіцієнт кефалографії (Ркфг).

Результати: Середній показник коефіцієнту кефалографії склав 1,97 у групі контролю, у 13,3% виявили вищий показник, ніж оптимальний. У групі контролю він становив 2,91. Найвищий коефіцієнт виявили у пацієнтів з декомпенсованим станом, які мають високий ризик ускладнень, і дорівнював 3,25. Серед них 30% мали нормальний результат, а 70% вище оптимального.

Висновки: Таким чином можна стверджувати, що діти з цукровим діабетом мають вестибулярні порушення, які ускладнюють життя пацієнтів та знижують фізичну активність, обмежуючи заняття видами спорту, які потребують координації. Нами був отриманий кореляційно значимий зв'язок між коефіцієнтом кефалографії та рівнем HbA1c. Тому необхідно контролювати глікемічний профіль, проводити профілактику та лікування ускладнень і впроваджувати спостереження та методи виявлення вестибулярної дисфункції.

ОЛЬФАКТОРНА НЕЙРОБЛАСТОМА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Бережний І.А.¹, Олефір С.С.¹, Кондратюк В.В.², Даневич О.О.², Чуков А.А.², Деева Ю.В.¹, Корсак А.В.¹, Яцик В.А.²

Науковий керівник: д.мед.н., доцент Корсак А.В.

Кафедра нейрохірургії

Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Цимбалюк В.І.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця¹

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМНУ»²

м. Київ, Україна

Актуальність: Ольфакторна нейробластома (ОН) є актуальною медичною та соціально-економічною проблемою, оскільки найчастіше розвивається у осіб працездатного віку. ОН — рідкісна злоякісна пухлина, що походить з ольфакторного епітелію і часто проростає в лобно-базальні ділянки головного мозку. Свочасне виявлення і оптимальна тактика хірургічного та ад'ювантного лікування із залученням мультидисциплінарної команди спеціалістів, включаючи оториноларинголога, нейрохірурга, онколога, радіолога та інших, є вкрай важливими для збереження якості життя пацієнта і його працездатності.

Мета: Представити та проаналізувати результати обстеження та комплексного лікування ОН на прикладі клінічного випадку, висвітлити особливості хірургічного видалення пухлини.

Методи дослідження: Аналіз клінічних даних, результатів інструментальних методів обстеження, особливостей хірургічного видалення та патогістологічних заключень.

Результати: Пацієнт К., 29 р, звернувся до отоларинголога зі скаргами на відсутність дихання через правий носовий хід. Стан хворого за шкалою Карновського — 90 балів. Проведено МСКТ принососих пазух, за даними якої виявлено об'ємне утворення носової порожнини праворуч. Проведено біопсію. Діагностовано ольфакторну нейробластому, grade 4 (ICD-0 – 9522/3). Пацієнту проведено МСКТ та МРТ головного мозку з контрастуванням. Виявлено ознаки об'ємного кістозно-солідного утворення правої носової порожнини із поширенням в гратчастий лабіринт, праву верхньощелепну та лобову пазухи, праву лобно-базальну ділянку. З метою радикалізації видалення була проведена одномоментна двоетапна операція із залученням отоларингологів. Перший етап — ендоскопічне ендоназальне видалення пухлини із правої порожнини носа, гратчастого лабіринту, правої верхньощелепної пазухи, правої половини лобної пазухи з пластикою дефекту основи черепа назосептальним клаптом. Другим етапом проведено кістково-пластичну трепанацію черепа в правій лобній ділянці, видалення лобно-базальної пухлини головного мозку, пластика дефекту твердої мозкової оболонки пластиною “ТахоКомб” та окістям. Консультований онкологом та радіологом, радіотерапія на момент консультації не показана. Призначена ад'ювантна хіміотерапія за протоколом ECarb (етопозид+карбоплатин). Виписаний під нагляд онколога за місцем проживання (на момент виписки за шкалою Карновського — 80 балів)

Висновки: Злоякісність та інвазивний ріст ОН обумовлюють важливість своєчасного та адекватного лікарського підходу для збереження якості життя пацієнта, що досягається залученням відповідних спеціалістів та формуванням мультидисциплінарного підходу.

УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ (клінічний випадок)

Васильцова-Микитенко М.А.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Гребень Н.К.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г.

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

Актуальність: Однією з косметичних та пластичних хірургічних втручань на повіках є блефаропластика. Таку операцію проводять при блефарохалазисі повік з косметичною метою, але після операції можливе виникнення певних ускладнень. Післяопераційні ускладнення блефаропластики варіюються від косметичних недоліків, шкірних змін, функціональних проблем, симптоматичного дискомфорту. Одним з таких ускладнень є утворення атером на місці швів після блефаропластики, які є косметичним дефектом, що спричинює дискомфорт і естетичне невдоволення пацієнток.

Мета: Представити клінічний випадок утворення атероми верхньої повіки лівого ока на місці швів після проведеної блефаропластики.

Методи дослідження: Під нашим наглядом перебувала хвора – жінка, 31 рік, атерома верхньої повіки лівого ока, яка виникла після блефаропластики. При зверненні до офтальмолога в Університетській клініці ім. О.О. Богомольця хвора скаржилась на виникнення новоутворення на верхній повіці лівого ока. Хвора пов'язує своє захворювання з тим, що 4 місяці тому їй була проведена блефаропластика верхньої повіки обох очей з накладанням безперервного лігатурного шва на місці розрізу. При огляді виявили на верхній повіці ближче до внутрішнього кута ока, на місці післяопераційного рубця, щільно-еластичне, округле жовтувате новоутворення розміром 5х3 мм, добре рухоме, безболісне. Встановлено наступний клінічний діагноз: атерома верхньої повіки лівого ока. Хворій було призначено та проведено хірургічне лікування з видалення атероми верхньої повіки.

Висновки: У наведеному клінічному прикладі продемонстрований випадок виникнення атероми верхньої повіки на місці накладання швів після проведеної блефаропластики, що може бути пов'язане з комбінацією таких чинників, як використання безперервного лігатурного шва на місці операційної рани і, як наслідок, поганого співставлення країв рани, та надмірне використання мазей на місці накладених швів. Таким чином, необхідно обов'язково проводити ревізію швів після блефаропластики та проведення адекватної регенеруючої терапії в післяопераційному періоді.

ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ОПТИКО-КОГЕРЕНТНОЇ ТОМОГРАФІЇ ПЕРЕДНЬОГО ВІДДІЛУ ОКА ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ КЕРАТИТАХ

Гавриляк І.В., к.мед. н., доцент Гребень Н.К.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г.

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

Актуальність: Оптична когерентна томографія (ОКТ) - це неінвазивним метод діагностики in vivo, що дозволяє отримувати зображення з високою роздільною здатністю заднього і переднього сегментів ока. З моменту розвитку ОКТ на початку 1990-х років використовували лише для клінічної візуалізації сітківки людини. Даний метод діагностики розвивався швидко, що забезпечило можливість дослідження як заднього, так і переднього сегмента ока. Використання ОКТ переднього сегмента (AS-OCT) у клінічній, та дослідницькій областях зростає, особливо як додаткового методу діагностики, моніторингу стану очної поверхні та переднього відділу ока.

Мета: Проаналізувати діагностичні можливості застосування ОКТ переднього відділу ока при травматичних кератитах.

Методи дослідження: Нами обстежено 24 пацієнти (24 ока) з встановленим діагнозом травматичний кератит. Всім пацієнтам проведено стандартне офтальмологічне обстеження: вимірювання гостроти зору, біомікроскопія, метод фарбування рогівки флюоресцеїном, офтальмоскопія. Виконання оптико-когерентної томографії проводилося під час першого звернення та повторювали під час подальшого лікування.

Результати: Встановлено, що результати AS OCT корелюють із ступенем важкості перебігу травматичного кератиту. Оскільки AS-OCT забезпечує сканування поперечного розрізу рогівки, це допомагає оцінити глибину стромальної інфільтрації та товщину рогівки, краї та площину виразки більш достовірно ніж при проведенні біомікроскопії. У гострій стадії спостерігалася відсутність епітелію рогівки, змішаний вигляд передньої строми та неоднорідна відбивна здатність строми. Під впливом лікування спостерігалася зниження активності захворювання, що відобразалося на знімках у вигляді неправильного гіпорекфлексивного епітелію, гладкої передньої строми та гомогенної гіперрефлексивної строми. У стадії загоснення відбулося заповнення дефекту рогівки гіпорекфлексивним товстим епітелієм, збереження гіперрефлексивної підлеглої строми та демаркаційної лінії. Зміни середньої товщини рогівки відбувалися відповідно: при зверненні $434 \pm 127 \mu\text{m}$ ($p < 0,05$), порівняно з пролікованими пацієнтами $534 \mu\text{m} \pm 147 \mu\text{m}$ ($p < 0,05$).

Висновки. OKT додатково до основних методів обстеження дозволяє кількісно оцінити зміни рогівки, що допомагає встановити тяжкість захворювання та оцінити його прогресування, моніторинг перебігу хвороби під час лікування.

ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОМОДУЛЯТОРІВ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МЕЗІАЛЬНОГО ПРИКУСУ

Гатальська Є.О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Маланчук В.О.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Маланчук В.О.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: На сьогодні частка прогеній серед всіх зубощелепних аномалій складає від 1,9% до 18%. У пацієнтів з III класом за E.Angle наявний субкомпенсований імунodefіцит через наявність перманентних запальних процесів у ротовій порожнині, а також неможливість повноцінного переживання їжі. Оскільки результатом оперативного втручання є порушення цілісності кісткової тканини, то основним завданням післяопераційного періоду буде створення умов для повноцінної регенерації кістки. Сьогодні, на нашу думку, лікарі недооцінюють значення імунної системи у реабілітаційному періоді, однак варто пам'ятати, що запальний процес є наслідком будь-якої операції, тому стан імунної системи визначає якість проходження усього запального процесу. Імуноцити мають здатність до виділення медіаторів, що сприяють проліферативним процесам в осередку запалення, що згодом призводить до повноцінної регенерації кісткової тканини. В свою чергу якість регенерації кістки визначає успіх хірургічного лікування. Без нормалізації імунної системи повноцінне відновлення кісткової тканини неможливе, а це нівелює результати оперативного втручання.

Мета: Метою роботи є дослідження ефективності використання імуномодуляторів з метою створення оптимальних умов для регенерації кісткової тканини у післяопераційному періоді пацієнта з III класом патології оклюзії.

Методи дослідження: Методом дослідження було визначення ефективності використання імуномодуляторів після хірургічного лікування мезіального прикусу шляхом оцінювання якості реабілітації пацієнта. Пацієнту вводили тималін 10 мг один раз на добу внутрішньом'язово протягом 10 діб.

Результати: У середньому післяопераційне відновлення після виконання ортогнатичних операцій складає 8-12 тижнів, у даній клінічній ситуації реабілітація пацієнта тривала 12 тижнів. Оцінювання післяопераційної реабілітації пацієнта проводилося за суб'єктивної оцінкою хворим власного стану, об'єктивних методів (оцінювання пропорційності обличчя, ступеня відкриття рота), даними КТ та імунограмою. Найбільш важливим показником регенерації кістки слугували дані КТ (денситометрія), згідно з якими кісткова тканина регенерувала повноцінно.

Висновки: Оскільки результатом хірургічного лікування стало повне та своєчасне відновлення пацієнта згідно з об'єктивними та суб'єктивними даними, ми можемо стверджувати, що використання імуномодуляторів позитивно впливає на післяопераційну реабілітацію хворого, а також віддалені результати лікування (повноцінна регенерація кісткової тканини), що доводить необхідність їх використання для даної категорії пацієнтів.

ТРАНСФОРМАЦІЯ СПЕКТРУ ТРАВМ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ

Гриньова А.О.

Науковий керівник: асистент Ковтун Т.О.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

В.О. Завідувача кафедри: к.мед.н., доцент Єфименко В.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Травматичні пошкодження щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) у дітей є достатньо розповсюдженими. Так, за даними клінічної бази кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ імені О.О.Бого-

мольця, щороку на травматологічний пункт звертається від 4,5 до 6,1 тисяч дітей з приводу травматичних пошкоджень тканин обличчя. З них: травми м'яких тканин складають близько 87,85% від загальної кількості травматичних уражень; зубів (тимчасових та постійних) - 10,65%; верхньої та нижньої щелеп і кісток обличчя – 1,5%. З початком військової агресії Росії в Україні кількість та структура травм ЩЛД змінилися, що пов'язано з тимчасовим переміщенням населення (здебільшого родин з дітьми) з небезпечних регіонів на захід та за кордон України.

Мета: Визначити зміни кількості та спектру травм щелепно-лицевої ділянки у дітей за даними травматологічного пункту клінічної бази кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ імені О.О.Богомольця після 24 лютого 2022 року.

Методи дослідження: Проведено аналіз 16806 архівних історій хвороб дітей з травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки, які звернулись на травматологічний пункт КНП ДКЛ№7 у 2019 р. та 2022 р., після 24 лютого за розробленими картами обстеження.

Результати: Для порівняння даних було обрано 2019 рік, вибірка з якого є репрезентативною щодо початку пандемії SARS-Cov19. Так, в 2019 році на травматологічний пункт звернулось 11828 дітей, в 2022 році - 4978, тобто в 2,37 разів менше. З них, з травматичними пошкодженнями ЩЛД в 2019 році зареєстровано 6017 пацієнтів (50,87%), в 2022 році - 2159 (43,37%), що в 2,78 разів менше. До 24 лютого 2022 року трапилось 537 звернень, інше кажучи 24,8% випадків за весь рік. Слід зазначити, що після початку повномасштабної військової агресії, наприкінці лютого та в березні, робота закладів охорони здоров'я м.Києва була організована таким чином, що невідкладна допомога надавалась всім, хто звертався, незважаючи на вік та локалізацію пошкодження. В березні 2022 року на травматологічний пункт звернулось 11 пацієнтів з травмами, з яких один з пошкодженням верхньої кінцівки та один з множинними осколковими пораненнями вибуховою хвилею. Було зареєстровано 7 випадків травм м'яких тканин обличчя, 2- травм зубів. З покращенням військової ситуації в м.Києві та області (відступ російський військ було оголошено 6 квітня) мешканці почали повертатись в домівки. Це відзначилось на кількості пацієнтів. Так, в квітні 2022 року кількість хворих становила 52, а в травні - 169. В подальшому показники поступово збільшувались та досягли 182 на місяць. Щодо структури травматичних уражень, встановлено, що зменшилась кількість пошкоджень м'яких тканин до 75,73% за рахунок підвищення кількості травм зубів – 15,97%, щелеп - 2,9% та вилицево-орбітального комплексу - 1,18%. Також були зареєстровані випадки звернень пацієнтів з ураженням тканин носа – 4,14%, що є не типовим та в мирний час такі травми були спорадичними.

Висновки: Зміни, які виникли з початком військової агресії Росії в Україні стосуються як кількості, так і структури травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки у дітей. На травматологічний пункт клінічної бази кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ імені О.О.Богомольця в 2022 році звернулось в 2,37 разів менше пацієнтів, порівняно з 2019 роком. З травматичними пошкодженнями ЩЛД в 2022 році звернулось в 2,78 рази менше дітей, ніж в 2019 р. Майже чверть звернень було зареєстровано до 24 лютого 2022 року. Виявлено, що структурний розподіл випадків змістився в сторону збільшення уражень твердих тканин обличчя та появи нозологій, які не типові для мирного часу - множинні осколкові ураження, травми кінцівок та структур носа.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ПАЦІЄНТІВ З АНОФТАЛЬМОМ ДО ОЧНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ

Кебкало М.А.

Науковий керівник д.мед.н., професор Чепурний Ю.В.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій Інституту післядипломної освіти

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Копчак А.В.

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

Актуальність: На сьогоднішній день питання деформацій та дефектів середньої зони обличчя є на часі, зокрема ділянки орбіт, зважаючи на збільшення постраждалих внаслідок військової травми, приріст новоутворень, що потребують радикальної операції, травматизації внаслідок ДТП та побутової травми. У пацієнтів із даною патологією відмічається стрімке зниження якості життя. Найбільш ефективним інструментом реабілітації даної групи пацієнтів є очне протезування

Мета: дослідження особливості підготовки протезного поля орбіти у пацієнтів з анофтальмом. Відслідкувати топографо-анатомічні зміни після різних видів травм.

Методи дослідження: Було проаналізовано медичні карти 14 пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні у період з 2022 по 2023 роки із встановленим діагнозом анофтальм. Пато-етіологічними чинниками втрати очного яблука були – мінно-вибухова травма, ДТП, вогнепальні поранення, побиття. У дане дослідження не були зараховані пацієнти із анофтальмом внаслідок спадково-генетичних порушень, дегенеративні зміни. Основним методом діагностики була комп'ютерна томографія.

Результати: За результатами дослідження 64.2% пацієнтів втратили око в результаті мінно-вибухової травми, у 57.1% пацієнтів проведено оперативне орбіти індивідуалізованим імплантом з РЕЕК.

Висновки: Для створення максимально сприятливих для подальшого протезування умов методом вибору є пластика очниці зі створенням опорно-рухової культури.

БОЙОВІ ТРАВМИ ОКА НА РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКІЙ ВІЙНІ 2022 р.

Кіреєва Д.О.

*Науковий керівник: Рижова Ірина Петрівна, кандидат медичних наук
Кафедра офтальмології
Завідувач кафедри: Жабоедов Дмитро Геннадійович
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Україна, м.Київ*

Актуальність: У зв'язку із повномасштабним вторгненням Російської Федерації на територію України різко виросла кількість важкої бойової травми ока. За період з березня 2022 року до лютого 2023 року в офтальмологічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні м. Києва проходили стаціонарне лікування 49 пацієнтів з бойовими травмами ока.

Мета: Оцінити характер бойових травм ока у пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в офтальмологічному відділенні Олександрівської лікарні м. Києва; встановити кількісне співвідношення різних видів бойових травм ока; порівняти статистику, отриману в ході дослідження, зі статистикою іншої сучасної війни на прикладі війни в Пакистані.

Методи і матеріали. Проведено аналіз 49 історій хвороб пацієнтів, які проходять стаціонарне лікування в офтальмологічному відділенні Олександрівської лікарні м. Києва

Результати: У період з березня 2022 року до лютого 2023 року в офтальмологічне відділення Олександрівської клінічної лікарні м. Києва надійшло 49 пацієнтів з травмами ока, що пов'язані з військовими діями. З них 14 (28,6%) вибухових травм, 13 (26,5%) проникних поранень та 22 (44,9%) поєднані травми.

В статті «Etiology and severity of various forms of ocular war injuries in patients presenting at an Army Hospital in Pakistan» (Syed Abid Hassan Naqvi, Sidra Malik, and Shahzad Nayyar) описується дослідження стосовно взаємозв'язку виду травми ока та тяжкості перебігу. Було проаналізовано дані 210 військових, що надійшли у відділення офтальмології військового госпіталю м. Пешавар у Пакистані у період з червня 2012 р. до березня 2016 р. з бойовими травмами очей. Отримано такі дані: вибухових травм 126 (60%), 48 проникних поранень (22,9%), поєднаних травм 36 (17,1%). Таким чином, за результатами даного дослідження, найпоширенішою причиною травм ока на війні є вибухи — більше половини випадків. На другому місці за поширеністю є проникні поранення (22,9%), а 17,1% випадків припадає на поєднані травми. В порівнянні з нашими даними схожа картина: серед ізольованих травм найпоширенішою є вибухова травма – 28,6%, а в пакистанському дослідженні – 60%. Частка проникних поранень майже однакова — 22,9% та 26,5%. Але в нашому дослідженні відмічається значно більша кількість поєднаних травм – 44,9% проти 17,1%, тобто перевищує в 2,6 рази.

Така різниця у результатах може бути пояснена особливостями ведення війни, видом озброєння, що використовується, а також якістю амуніції військових.

Висновки: Найпоширенішою бойовою травмою ока є вибухова травма – 28,6% випадків, у 26,5% випадків — проникні поранення. У 44,9% випадків травми є поєднаними. В порівнянні зі статистикою пакистанського військового госпіталю, в нашому дослідженні кількість поєднаних травм більша в 2,6 рази: 44,9% проти 17,1%.

АНТРОПОМЕТРІЯ СЛУХОВИХ КІСТОЧОК ТА ЇХ РЕШТОК, ОТРИМАНИХ ПІД ЧАС ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Кіто В.В., Яшан А.О.

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Яшан О.І.
Кафедра оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії
Завідувач кафедрою: д.мед.н., професор Яшан О.І.
Національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
м. Тернопіль, Україна*

Актуальність: Хвороби вуха такі як отосклероз та хронічний середній отит (ХСО) приводять до порушення цілісності ланцюга слухових кісточок (ЛСК) або до анкілозу, та зниження гостроти слуху. Молоточок, коваделко, стремінце піддаються ерозії, навколо них накопичується патологічний вміст, формуються зрощення, що ускладнює правильну оцінку під час операції. Часто важко розпізнати слухові кісточки (СК) через обмежену видимість, патологічні зміни самих кісточок та оточуючих тканин. Визначені антропометричні дані (середні лінійні розміри та вага) певних частин СК допоможуть підібрати правильний варіант реконструкції ЛСК для ефективного відновлення слуху.

Мета: Визначити лінійні розміри та вагу видалених частин СК для максимального наближення розмірів та ваги протезу при відновленні ЛСК.

Методи дослідження: У дану розробку увійшли СК і їх частки, видалені у хворих на ХСО (28) і отосклероз (21). При ХСО видалення фрагментів кісточок передбачалось планом операції для кращої санації порожнин середнього вуха. Коваделко або його рештки видаляли для відновлення аерації ретротимпанальних просторів, голівку молоточка - для кращого хірургічного доступу до передніх відділів аттику і надійної санації протимпануму, тому що ці ділянки є найбільш частим місцем виникнення резидуальної холестеатоми. Арку стремінця забирали під час стапедотомії чи стапедектомії та заміщали тefлоновим протезом. Фрагменти СК відмивали у фізрозчині, очищали від патологічних нашарувань (грануляції чи холестеатоми), сушили та сортували. Вагу визначали на аналітичній вазі RADWAG AS 220.R2, лінійні розміри - мікрометром 0-25мм SIGMA. Статистичну обробку виконували програмним продуктом Microsoft Excel Office 2019.

Результати: У роботі надані антропометричні показники 53 фрагментів СК вилучених у 49 пацієнтів, у 4 з них забрано одночасно фрагменти молоточка і коваделка. Загалом досліджували 14 ерозованих молоточків, 18 коваделок і 21 стремінце.

Їх зважували і вимірювали висоту, глибину і ширину, діаметри округлих частин: голівок, ніжок, держальця; обчислювали середні значення та відхилення. Середня вага молоточка становить - $23,7 \pm 3,1$ мг, коваделка - $23,77 \pm 5,95$ мг, стремінця - $3,4$ мг. Середній діаметр голівки молоточка - $2,3 \pm 0,12$ мм, стремінця - $1,16 \pm 0,08$ мм, середній діаметр довгого відростка коваделка - $0,71 \pm 0,06$ мм, середня висота стремінця без основи $2,81 \pm 0,38$ мм.

Висновки: Визначені антропометричні показники решток СК, отриманих під час хірургічних втручань у хворих на ХСО та отосклероз, дають можливість правильно підібрати протез або кістковий чи хрящовий трансплантат при реконструкції ЛСК, а отже можливість більш ефективно покращити слух пацієнтів.

ВИБІР ПРОТОКОЛУ КРОС-ЛІНКІНГА В ЛІКУВАННІ КЕРАТОКОНУСУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТОВЩИНИ РОГІВКИ

Ковальов І.А.

Науковий керівник: к.мед.наук, доцент Сриниченко І.Д.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.наук Жабоедов Г.Д.

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

Актуальність: За даними різних авторів, частота кератоконуса складає 1 випадок на 2000 людей в загальній популяції (Efekan Coskunseven, MD; 2008). З 1998-го року з метою лікування кератоконуса застосовується крос-лінкінг колагену рогівки. Класичний протокол проведення процедури передбачає опромінення рогівки ультрафіолетовим випроміненням довжиною хвилі 365 нм з щільністю потоку енергії 3 мВт/см² протягом 30 хвилин, що забезпечує сумарну енергію в 5,4 Дж/см². За 20 років методика зазнала деяких змін. Сьогодні більшу популярність набувають методи акселерованого крос-лінкінгу, котрі проводяться з використанням більших щільностей енергії за менший час.

Мета: Оцінити безпеку і ефективність виконання крос-лінкінгу за різними протоколами.

Методи дослідження: Нами було проведено крос-лінкінг в трьох групах пацієнтів з товщиною рогівки не менше 400 мкм (по 20 очей в кожній групі). В першій групі застосований класичний протокол (3 мВт/см², 30 хвилин), в другій і третій групі – заакселерованим протоколом (9 мВт/см² за 10 хвилин і 18 мВт/см² за 5 хвилин відповідно). Через тиждень і через 1 місяць після проведення процедури, за допомогою оптичної когерентної томографії (ОКТ) визначалась демаркаційна лінія в стромі рогівки, яка визначає глибину проникнення крос-лінкінга. Оцінювалися стан рогівки за допомогою біомікроскопії через 1 тиждень і місяць.

Результати: В першій групі пацієнтів термін епітелізації рогівки становив $4,51 \pm 0,82$ доби в той час як в другій і третій групах цей період був статистично коротшим: $3,11 \pm 0,34$ ($p \leq 0,03$). В першій групі у одного пацієнта спостерігався стерильний інфільтрат, який потребував тижневого лікування кортикостероїдами місцево. В другій і третій групах жодні ускладнення не відмічались. ОКТ-обстеження рогівки виявило більш глибоку зону демаркації в першій групі (275 ± 86 мкм) і більш поверхневу у другій (221 ± 61 мкм) і третій групах (214 ± 49 мкм). Статистично значна різниця між першою групою і двома іншими ($p \leq 0,05$).

Висновки: Крос-лінкінг за класичною методикою завдає більш глибокого впливу опромінення, акселеровані методи призводять до більш поверхневого крос-лінкінга, але завдяки зменшенню тривалості процедури зменшують і час епітелізації рогівки і відповідно ризик ускладнень. Протоколи акселерованого крос-лінкінга доцільно застосовувати для тонших рогівок. Необхідне подальше спостереження даних груп пацієнтів для проведення порівняльної оцінки змін в рефракції рогівки.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ

Ковальова А.М.

Науковий керівник: Доцент кафедри, кандидат медичних наук Ришова І.П.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: Доктор медичних наук, професор Жабоедов Г.Д.

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

Актуальність: У зв'язку з підвищенням захворюваності на діабет в Україні на сьогоднішній день кількість хворих сягає більше 1,3 мільйона людей. Масштабність пандемії набуває значимості серед змін у структурі органу зору, а саме захворювання сітківки, що виявляє себе діабетичною ретинопатією. Це ускладнення діабету є однією з головних причин втрати зору у всьому світі.

Мета: Оцінка комплексного лікування пацієнтів з діабетичною ретинопатією, включаючих лазерну фотокоагуляцію сітківки із застосуванням препаратів атаксантину.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 15 пацієнтів, хворих на цукровий діабет II типу, з діабетичною ретинопатією, котрим проводилось лазерне лікування в поєднанні з препаратами атаксантину. Всім пацієнтам була проведена візометрія, комп'ютерна периметрія, офтальмоскопія, комп'ютерна когерентна томографія сітківки (ОКТ), електрофізіологічні дослідження (критична частота злиття світлових миготінь (КЧСМ), поріг електричної чутливості за фосфеном (ПЕЧФ), лабільність зорового аналізатора (ЛЗА)).

Результати: Група пацієнтів приймала препарати атаксантину протягом місяця до запланованої процедури панретинальної фотокоагуляції та 2 місяці після проведення процедури.

При спостереженні пацієнтів з діабетичною ретинопатією гострота зору лишалась стабільною, електофізіологічні показники такі як: КЧСМ - до лікування становила

$29,8 \pm 1,8$ Гц, після лікування – $36,5 \pm 2,1$ Гц; ПЕЧФ - до лікування – $260,7 \pm 20,1$ мкА, після лікування – $140,2 \pm 18,4$ мкА; ЛЗА – до лікування – $36,2 \pm 12,7$ Гц, після лікування – $42,3 \pm 14,3$ Гц.

При офтальмоскопічному обстеженні очного дна і ОКТ не визначалось прогресування діабетичної ретинопатії.

Висновки: Результати дослідження показали, що комбінація лікування препаратом астаксантину та лазерна фотокоагуляція сітківки пригнічує індукований ішемією фактор росту ендотелію судин (VEGF), судинну проникність і ангиогенез значно сильніше та ефективніше, ніж ізольоване проведення лише лазерного або консервативного лікування.

Комбіноване лікування дозволяє знизити ризик прогресування діабетичної ретинопатії у пацієнтів з цукровим діабетом II типу.

РИЗИК ВИНИКНЕННЯ “ХВОРОБИ СУХОГО ОКА” В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У СТУДЕНІВ- МЕДИКІВ

Ковальська А.В.

Науковий керівник: к.мед.н. доцент Рижова І.П.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри : д.мед.н. професор Жабоедов Д.Г.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Актуальність: Дистанційне навчання стало серйозним випробуванням для студентів в Україні. Спочатку масштабна пандемія, а згодом і війна змусила кардинально змінити формат навчання. Досить велике зорове навантаження отримали студенти–медики.

Мета: Оцінити ризик виникнення хвороби сухого ока у студентів–медиків в умовах дистанційного навчання за допомогою анкети - опитувальника.

Матеріали і методи. Було опитано 55 студентів, 55%-жінок та 45%-чоловіків. Більшість з них це студенти старших курсів–81,8 % Всі опитувані діагностувалися за допомогою таких пунктів анкети: стать, рік навчання, час роботи та симптоми при користуванні гаджетами, наявність в анамнезі проблем з зором, травм та хірургічних втручань, патологій рефракції (використання окуляра, лінз) дерматологічних та ревматоїдних захворювань, прийому системних лікарських засобів, кількість вмивань на добу, наявність шкідливих звичок (паління), і чи пов'язують вони погіршення зору з дистанційним навчанням.

Результати: За даними опитування 21,8% проводять за гаджетами 3-6 годин на добу, 18,2% 12-20 годин, і 60% проводять 6-12 годин. 35 студентів(63,6%) при роботі з моніторами відчувають розмитість зору, 33(60%) сухість та відчуття стороннього тіла в очах, 26(47,3%) відчувають подразнення та печучість, 21(38,2%) помічають що моргають рідше, 19(34,5%) скаржаться на почервоніння очей, 14(25,5%) на слезотечу та свербіж, 7(12,7%) на світлобоязнь. 41,8% опитаних мають міопію, 5,5%- гіперметропію, 9, 1% -астигматизм, 36,4% - не мають ніяких проблем з зором, та у 7,3% дані відсутні. Використовують окуляри для корекції зору- 38,2% та 16,4% користуються контактними лінзами. 9,1%- приймають КОК, 5,5%- системні ретиноїди, 2%- приймають антигістамінні препарати. 1,8 % з опитаних приймають ізотретиноїн, бета-блокатори, антидепресанти. 29,1% опитаних студентів мали колись алергічний кон'юктивіт. 47,3% вмиваються 2-3 рази на день, 47,3% 1-2 рази на день, 5,5 % 3 і більше. У 9,1% попередньо були хірургічні втручання на органах зору, Стільки ж відсотків мали травми ока. 18,2% хворіли колись на атопічний дерматит. 7,3% мають в анамнезі системні запальні захворювання, 25,5% мають дерматологічні захворювання. 14,5% студентів палять. У 58,2% до дистанційного навчання таких скарг не було і вони пов'язують погіршення (або прогресування наявних проблем в анамнезі) їхнього зору з дистанційним навчанням.

Висновок. Отже, оцінивши наявність потенційних факторів розвитку хвороби сухого ока в кожного опитаного, можна підтвердити високий ризик виникнення даної патології у студентів медиків. Рекомендовано подальше дообстеження та лікування з метою зменшення симптомів хвороби сухого ока та покращення якості життя опитуваних.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МІСЛОМНОЇ ХВОРОБИ З УРАЖЕННЯМ КІСТОК ЧЕРЕПА НА ПРИКЛАДІ ДВОХ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ

Коломієць Н.А.

Науковий керівник: PhD, асистент кафедри Молотковець В.Ю.

Кафедра нейрохірургії

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф., акад. НАНУ та НАМНУ Цимбалюк В.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Солітарна кісткова плазмоцитома — нечастий вид мієломної хвороби, при якому спостерігається ураження кісткової тканини, у тому числі черепа, у зв'язку із чим, за відсутності ознак системного мієломатозу, маніфестує симптоматика локального стиснення головного мозку.

Мета — покращити діагностику і лікування солітарних плазмоцитом черепа шляхом висвітлення і аналізу двох клінічних випадків цієї рідкісної патології.

Методи дослідження: Клінічні випадки обрано із когорти спостережень на базі ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України». Діагностику виконано із залученням загальноклінічного, неврологічного і офтальмологічного обстеження, а також магнітно-резонансної (МРТ) і мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ) голови, остеосцинтиграфії, патогістологічного дослідження і низки лабораторних аналізів.

Результати: *Пацієнт Ю.*, 38-ми років, звернувся зі скаргами на головний біль, навколоорбітальний набряк, екзофтальм праворуч. Тривалість захворювання на момент огляду — 2 місяці. На МРТ голови — ознаки краніоорбітального новоутворення правої лобової ділянки з неоднорідною структурою, чіткими нерівними контурами, вогнищевими звапненнями та нерівномірним накопиченням контрастної речовини. На МСКТ голови — новоутворення гетерогенне, поширене у орбіту та верхні відділи решітчастого лабіринту, спричиняло дефекти лобової кістки і компресію передніх рогів бічних шлуночків, зміщення серединних структур мозку ліворуч на 3 мм. Хірургічне лікування включало тотальне видалення пухлинних мас, пластику дефектів твердої мозкової оболони (ТМО) і кісток склепіння черепа. Природу процесу з'ясовано патогістологічно. *Пацієнтка М.*, 67 років, з семилітнім анамнезом мієломної хвороби, у стадії ремісії, скаржилась на зниження зору на праве око, прогресуючий екзофтальм праворуч. На МСКТ — об'ємне новоутворення правої орбіти зі звапненнями, поширенням у порожнину черепа та у праву лобову пазуху, компресією очного яблука і деструкцією кісток черепа. Здійснено тотальне видалення пухлини, пластику дефектів ТМО та кісток склепіння черепа. Природу процесу з'ясовано патогістологічно.

Висновки: Стратегія лікування мієломної хвороби ґрунтується на ранньому залученні променевої терапії та, в окремих випадках, хіміотерапії. Однак, солітарні плазмоцитоми черепа, маніфестуючи схожим із менінгіомами чином, діагностуються *post factum* і вимагають першочергового хірургічного усунення компресії структур орбіти та порожнини черепа, з подальшим з'ясуванням уражень інших органів і систем та консервативним лікуванням під динамічним нейрохірургічним спостереженням.

ВПЛИВ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ОРГАНІЗМУ ВІТАМІНОМ D НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ПРИ ВІКОВІЙ ДЕГЕНЕРАЦІЇ МАКУЛИ

Комарова Т.М.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Вітовська О.П.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г.

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

Актуальність: Незворотна втрата зору є однією з глобальних проблем людства. Це не лише медична проблема, але й соціально-економічна, оскільки на утримання недієздатних осіб виділяється більше коштів і необхідно більше матеріального забезпечення, ніж на осіб, які можуть самі себе обслуговувати. Вікова дегенерація макули (ВДМ) займає перше місце у високо розвинутих країнах та третє місце у світі (після катаракти та глаукоми) щодо юридичної сліпоти. ВДМ є багатофакторним захворюванням. Останніми роками проведено чимало досліджень, присвячених ролі вітаміну D у перебігу хронічних захворюваннях ока, в тому числі ВДМ. Питання недостатності та дефіциту вітаміну D активно вивчається фахівцями різних галузей.

Мета: Визначення рівня вітаміну D та його зв'язку із зоровими функціями у хворих на вікову дегенерацію макули, суху форму.

Матеріали і методи. Проаналізовано дані досліджень 2 груп жінок постменопаузального віку: 1 група – досліджена (58 осіб – 58 очей) – з віковою дегенерацією макули (суха форма); 2 група – контрольна (29 осіб – 29 очей) – без офтальмологічної патології. У групах середній вік пацієнтів становив 65 років.

Ступінь забезпеченості організму вітаміном D оцінювали за класифікацією С. Gómez Alonso, 2003.

Гостроту зору перевіряли суб'єктивно за допомогою таблиці ETDRS, враховувалася максимальна скоригована гострота зору.

Для дослідження контрастної чутливості використовували таблиці «The Mars Numeral Contrast Sensitivity Test» – переносні, розраховані на використання на відстані 50 см.

Результати: У досліджуваній групі 37 пацієнтів (63,8%) мали дефіцит вітаміну D, 21 особа (36,2%) – недостатність вітаміну D. У контрольній групі ці показники становили 69% і 31% відповідно. Ці показники були визначені як низькі (нормальним вважається забезпечення вітаміну D 100 нмоль/л і більше).

Показники гостроти зору за шкалою ETDRS становили $0,2 \pm 0,06$ ($p=0,101$) у групі дослідження та $0,1 \pm 0,06$ ($p=>0,1$) в контрольній групі.

Логарифмічні показники контрастної чутливості ($\log CS$) у контрольній групі склали $1,6$ ($1,56-1,64$) $\log CS$ ($p<0,01$), у групі дослідження вони були знижені до $1,04$ ($0,96-1,12$) $\log CS$ ($p=0,011$).

Висновки: Пацієнти з віковою дегенерацією макули, сухою формою, мають низький рівень вітаміну D: недостатність вітаміну D (51-75 нмоль/л) та дефіцит вітаміну D (до 50 нмоль/л), з переважанням його дефіциту.

Пацієнти з дефіцитом вітаміну D мають нижчі показники гостроти зору та контрастної чутливості порівняно з пацієнтами з недостатністю вітаміну D.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ФОРМИ І РОЗМІРІВ НОСОВИХ РАКОВИН

Ладюкова Д.І.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Тарасенко М.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дєєва Ю.В.

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

Актуальність: Збільшення об'єму носових раковин, внаслідок набряку, гіпертрофії клітин слизової оболонки та вроджених аномалій розвитку може бути гострою або хронічною проблемою. Це спричинено багатьма факторами, зокрема: інфекція верхніх дихальних шляхів, хронічні та гострі алергічні реакції зміни можуть бути причиною погіршення носового дихання (James B. Maddox). Медикаментозна терапія та порушення гормонального фону також можуть викликати відчуття закладеності носа. Застосування медикаментозної терапії, а саме: антигістамінних препаратів, назальних деконгестантів або топічні кортикостероїдів дають позитивний ефект (Кох, 2018). Багато пацієнтів відмічають появу симптомів через певний час, тому таким хворим рекомендовано проводити хірургічну корекцію форми і розмірів носових раковин.

Мета: провести аналіз ефективності методів хірургічної корекції форми і розмірів носових раковин серед пацієнтів УК НМУ О.О. Богомольця.

Методи дослідження: В Університетській клініці НМУ імені О.О. Богомольця було проліковано 20 пацієнтів. Всім хворим проведено передопераційне обстеження та післяопераційний огляд на сьомий, чотирнадцятий, дев'яностий, сто восьмидесятий день за допомогою таких методів: огляд за допомогою передньої риноскопії, дослідження за допомогою комп'ютерної томографії (передопераційний етап), ендоскопічний огляд та анкетування. Оперативні втручання були виконані такими методами: електрокаустика носових раковин, турбінопластика за допомогою мікродербідера (ТМД), вазомотія та часткова підслизова конхотомія нижніх носових раковин (ПКННР).

Результати: За результатами післяопераційного огляду хворі після проведеної електрокаустики відмічали: відсутність кров'янистих виділень, наявність великої кількості кірок в носовій порожнині, під час обстеження та ендоскопічного огляду відмічалася наявність великої кількості щільних кірок в зоні проведення хірургічного втручання, відсутність набряку та кров'янистих виділень. Пацієнти після ТМД відмічали скарги на значні кров'янисті виділення з носової порожнини, при обстеженні та ендоскопічному огляді відмічалася відсутність кірок в носових ходах, велика кількість кров'янистих згустків в носовій порожнині. Відмічалася відносно довготривалий процес загоєння слизової оболонки. Хворі, яким проведено вазотомію, відмічали відносно невелику кількість кров'янистих виділень з носової порожнини та утворення кірок. Процес загоєння відбувався швидко. Пацієнти після ПКННР скаржилися на періодичні кров'янисті виділення з носової порожнини в ротоглотку, при огляді відмічалася помірний набряк слизової оболонки носових раковин та помірна кількість кірок.

Висновок. Вибір методики проведення корекції форми та розміру носових раковин залежить від виду патології, яка уражає слизову оболонку і підслизовий шар. Відносно ощадливим методом є вазотомія носових раковин, яка дозволяє відновити носове дихання вже в ранньому післяопераційному періоді. ТМД є більш травматичною методикою але дозволяє відновити носове дихання і забезпечує відсутність рецидиву на довгий життєвий період. ПКННР може розглядатися як проміжний варіант між двома вищевказаними, що застосовується при змішаній формі хронічного риніту. Електрокаустика відноситься до ощадливого методу з мінімальним ризиком ускладнень але результат може бути не довготривалим.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОРФОЛОГІЧНОГО ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЛОР ОРГАНІВ, НА ОСНОВІ ОГЛЯДУ ПАЦІЄНТІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РОДУ ЇХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.

Малишев К.С.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Тарасенко М.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дєєва Ю.В.

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

Актуальність: Діагностика хвороб ЛОР органів, що пов'язана з професійною діяльністю, важлива ланка в етапі охорони праці. Рання діагностика захворювань ЛОР органів, що пов'язані з певними видами професійної діяльності, дозволяє позитивно впливати на якість життя, а також дає можливість для створення окремих алгоритмів професійних оглядів, для діагностики та лікування (Маоуа, 2019).

Мета: Проаналізувати дані по причинах звернення хворих та скарги при проведенні професійних оглядів для виявлення частоти певних захворювань у груп пацієнтів з різною професійною діяльністю.

Методи дослідження: В даному дослідженні було використано звіти про роботу отоларингологічного кабінету поліклініки Університетської клініки за 2017-2022 рік, в яких є дані про проведення профілактичних оглядів у груп населення з різною професійною діяльністю.

Результати: На основі отриманих та проаналізованих даних можна виділити певний негативний вплив професійної діяльності, де частота виявлених захворювань більша. (Звіт статистичної служби України за 2017-2022 рік, додається в дослідженні.) Працівники водоканалу - 12700 пацієнтів. Серед них скарги на зниження слуху, головні болі та шум у вухах виявлено у 1017 пацієнтів. За результатами аудіометричних досліджень було підтверджено 574 випадки нейросенсорної приглухуватості. Співробітники служби надзвичайних ситуацій - 3574 пацієнта. Серед них частіше за все виявляються скарги на зниження слуху, головні болі та шум у вухах, закладеність носу та порушення носового дихання. 542 пацієнтам було встановлено діагноз хронічна нейросенсорна приглухуватість. 432 пацієнтам за даними рентгенографій принососих пазух було встановлено діагноз хронічний верхньощелепний синусит.

Висновки: За даними що були проаналізовані можна зробити висновок, що певні професійні шкідливості виявляються на підприємствах, які мають у роботі підвищені показники виробничого шуму. Праця в умовах підвищеної вологості, дії низької температури та підвищення атмосферного тиску. Для вищеперерахованих підприємств, розроблено певний алгоритм дослідження ЛОР органів: перевірку шепітної мови, аудіометричне дослідження 1 раз на рік. тощо. При наявності скарг та симптомів верхньощелепного синуситу, рентгенографія принососих пазух. Всі інші підприємства, що обслуговуються у УК НМУ проходять стандартний медичний огляд, так як захворювання ЛОР органів, що у них виявлено, відповідають стандартним статистичним даним.

ПОРУШЕННЯ ЗОРУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ СМАРТФОНІВ

Мельник Х.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент кафедри офтальмології Коцинець О.Б.

Кафедра офтальмології

Завідувачка кафедри: д.мед.наук, доцент Мойсеєнко Н.М.

*Івано-Франківський національний медичний університет
м. Івано-Франківськ, Україна*

Актуальність: У сучасному світі у зв'язку з частим використанням смартфонів порушення зору стали досить поширеними. Люди користуються гаджетами не лише для зв'язку і розваг, але і для роботи, навчання та пошуку інформації. Протягом останніх років дослідження показують, що довготривале використання мобільних пристроїв може призводити до значного порушення зору.

Мета: Метою дослідження є визначення впливу тривалого користування смартфонами на зниження гостроти зору, втому очей та головного болю (астенопія). Ми також досліджуємо можливі способи запобігання цим проблемам та рекомендації з їх лікування.

Методи дослідження: У дослідженні використовувалися наукові статті, медичні дослідження та опитування серед користувачів смартфонів. Було проведено аналіз літературних джерел для вивчення впливу екранів гаджетів на зниження гостроти зору, втому очей та головний біль.

Результати: Довготривале користування мобільними пристроями може призвести до погіршення зору та міопії. Екрани смартфонів випромінюють блакитне світло, яке впливає на якість сну та призводить до безсоння. Синдром сухого ока може виникати через зменшення частоти моргання, внаслідок чого зменшується виділення сльози із додаткових слізних залоз, що призводить до сухості очної поверхні. Для запобігання порушень зору при використанні телефонів рекомендується використовувати спеціальні захисні лінзи, які зменшують випромінювання блакитного світла, регулярно робити перерви під час користування та використовувати «нічний режим» на екрані смартфона. Крім того, важливо вести здоровий спосіб життя, що містить регулярні фізичні вправи та здорове харчування.

Висновки: Отже, порушення зору при використанні мобільних пристроїв є досить поширеним явищем. Довготривале користування гаджетами може призвести до порушень зору, втому очей та головний біль. Для запобігання цих проблем варто зменшити тривалість користування, робити регулярні перерви, знижувати яскравість екрана та використовувати спеціальні програми та аксесуари. Крім того, важливо вести здоровий спосіб життя, що допоможе знизити ризик виникнення порушень зору та інших проблем зі здоров'ям. Дане дослідження може бути корисним для людей, які використовують смартфони щоденно, і для тих, хто хоче піклуватися про своє здоров'я та знизити ризик виникнення проблем зі зором.

РЕКОНСТРУКТИВНІ ОПЕРАЦІЇ В ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ ДІЛЯНЦІ. ОПИС КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ

Михайленко А.О.

Науковий керівник: : д.мед.н., професор Маланчук В.О.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця м. Київ, Україна, кафедра щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Маланчук В.О.

Актуальність: Тема бойової травми щелепно-лицевої ділянки надзвичайно важлива у наш час. З моменту повномасштабного вторгнення частота бойової травми зросла, але точну статистику на цей час зробити не можливо, оскільки вторгнення ще триває. В період проведення АТО/ООС частота переломів кісток лицевого черепа діагностовано у 42,1%, ізольовані ушкодження м'яких тканин – у 48,1% .

Мета: Основною метою роботи є аналіз і описання двох операцій по реконструкції нижньої щелепи шляхом металостеосинтезу і аутотрансплантації кісткового матеріалу взятого із клубової кістки і двостороня радикальна гайморотомія, резекція правого вінцевого відростка, операції проводили працівники кафедри щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології НМУ ім. О.О.Богомольця.

Методи дослідження: Матеріалами для даної роботи став аналіз 2х операцій, проведених в у клініці НМУ.

Діагноз першого військовослужбовця: МВП ЗЧМТ. Множинні вогнепальні осколкові сліпі поранення м'яких тканини підборіддя, з вогнепальним багатоуламковим переломом нижньої щелепи.

Другий військовослужбовець після поранення був прооперований в Київській лікарні, було проведено металостеосинтез виличного відростка, встановлена пластмасова пластинка що заміщує дефект очниці, далі пацієнт був направлений в Уніклініку НМУ. Причиною направлення була контрактура нижньої щелепи, ступінь відкриття рота 12 мм, утруднене носове дихання, осколки в гайморовій пазусі, неможливість санації ротової порожнини. Пацієнту було проведено двостороню радикальну гайморотомію, резекцію правого вінцевого відростка.

Результат. За результатами операції у першого пацієнта, симетрія обличчя була відновлена, деформацію нижньої губи усунуено, висічені рубці, видалена некротизована тканина та поставлена нова титанова пластина. Стан пацієнта після операції є задовільним.

У другого пацієнта після операції ступінь відкриття рота був 5 см, що є хорошим результатом, пазухи були сановані.

За результатами проведених оперативного втручання можна стверджувати, що пацієнтам була надана висококваліфікована допомога співробітниками кафедри щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології НМУ ім. О.О. Богомольця в клініці НМУ.

Висновки: В умовах війни кількість поранених з бойовою травмою ЩЛД значно зросла, але точних цифр на даний час ми не маємо. Пацієнтам із травмою ЩЛД перед реконструктивними операціями, потрібно проводити ретельне обстеження у суміжних спеціалістів, стабілізувати загальні показники для подальшого проведення операції. Осколкові поранення зони голови і шиї несуть в собі великі ризики оскільки можуть уражатися великі магістральні судини, головний мозок та нервові сплетення. Зона обличчя має велике естетичне значення, тому пацієнтам потрібно проводити операцію урахувавши косметичні аспекти, оскільки військовослужбовець, внаслідок травми, може відчувати психологічний дискомфорт під час соціальної взаємодії, через свій дефект.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПЕРЕДНЬО-ЛАТЕРАЛЬНОГО КЛАПТЯ СТЕГНА (ALT) ВРЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНІЙ ХІРУРГІЇ ОБЛИЧЧЯ

Османов Б.Х.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій ІПО НМУ ім. Богомольця

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Актуальність: В Україні, із початком військових дій у 2014 році, а згодом і повномасштабного вторгнення в 2022 році, значно збільшилась кількість пацієнтів із високоенергійною травмою та її наслідками, а проблема лікування даної групи населення набула великої актуальності та медико-соціального значення. Застосування прийомів місцевої пластики при заміщенні дефектів лімітується розмірами дефекту та станом оточуючих тканин, тому використання вільних васкуляризованих та аваскулярних аутологічних трансплантатів розширює можливість реконструктивно-відновних операцій. Попри різноманіття донорських трансплантатів за їх тканинним складом, важкістю забору та потенційними розмірами, недоліки та переваги кожного аргументують їх застосування в тому чи іншому клінічному випадку. Васкуляризовані клапти є важливим джерелом інтактних тканин та дозволяють компенсувати їх значний дефіцит. Одним з таких трансплантатів, що набув широкого використання в реконструктивно-відновній хірургії обличчя, є передньо-латеральний клапоть стегна (ALT), відносна простота забору якого, розміри та об'єм шарів здатні закривати дефекти значних розмірів (до 25 см) різної локалізації.

Мета: Вивчити ефективність застосування передньо-латерального клаптя стегна в лікуванні хворих з посттравматичними та післяопераційними дефектами та деформаціями тканин щелепно-лицевої ділянки, спричиненими вогнепальною травмою залежно від вихідної клінічної ситуації.

Методи дослідження: Критерієм включення в дослідження були пацієнти з післятравматичними та післяопераційними деформаціями щелепно-лицевої ділянки, що супроводжувались значним дефіцитом м'яких тканин. В період з жовтень по березень 2022-2023 років було прооперовано 12 пацієнтів із використанням вільного васкуляризованого передньо-латерального клаптя стегна. Кісткові дефекти, за показаннями, симультанно заміщувались кістковими блоками з гребеня клубової кістки.

Термін післяопераційного спостереження становив 2-6 місяців.

Результати: В усіх випадках передньо-латеральний клапоть стегна застосовувався для створення м'якотканого об'єму при реконструкції нижньої щелепи, в 7 пацієнтів його використання було поєднано із встановленням кісткового аутотрансплантату з гребеня клубової кістки. В дослідженні приймали участь 10 чоловіків та 2 жінок, середній вік 41 ± 17 років. Середній час операцій становив 425 ± 68 хвилин. Ускладнення, що призвели до відторгнення трансплантата внаслідок його тромбозу трапились в 1 пацієнта. Серед дрібних ускладнень, що не вплинули на кінцевий результат, спостерігався розвиток гематоми в ранньому післяопераційному періоді та часткове розходження країв рани. Загальний відсоток успіху застосування ALT-клаптя становив 91.6%.

Висновки: Передньо-латеральний клапоть стегна є методом вибору у реконструктивно-відновній хірургії обличчя та може бути використаний для компенсації значного дефіциту м'яких тканин як в самостійному використанні, так і в створенні м'якотканого ложа для встановлення пацієнтспецифічних конструкцій та кісткових аутотрансплантатів.

МЕТАСТАЗУВАННЯ ПУХЛИН ОРБИТИ. ОРБИТАЛЬНІ ТА ОЧНІ МЕТАСТАЗИ СОЛІДНИХ ПУХЛИН ОРГАНІЗМУ

Пурій Д.А.

Науковий керівник: д.мед.н., доцент Баран Т.В.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабосдов Д.Г.

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

Актуальність: Орбітальні та очні метастази – відносно рідкісна і складна група злоякісних новоутворень. Ретельне знання анатомії орбіти та суміжних органів має допомагати класифікувати орбітальне ураження та вибрати ідеальний хірургічний доступ.

Мета: Проаналізувати шляхи та локалізацію метастазування пухлин орбіти, а також які солідні пухлини організму найчастіше метастазують в орбіту. Оцінити основні особливості клініки, епідеміології та рентгенологічної картини орбітальних та очних метастазів.

Матеріали і методи. Доступні електронні сайти та літературні джерела, зокрема American academy of ophthalmology, National library of medicine.

Результати: Метастази класифікують на внутрішньоочні (увальні), екстраокулярні (орбітальні) та пряме поширення пухлин із сусідніх ділянок.

Загальні первинні локалізації внутрішньоочних метастазів: карцинома молочної залози, легені, шлунково-кишкового тракту, сечостатевого тракту, меланома шкіри, нейроblastома, папілярна карцинома щитовидної залози (рідко), карцинома яєчка (рідко).

У дорослих орбітальні метастази можуть бути спричинені такими первинними пухлинами: рак молочної залози, бронхогенний, рак простати, аденокарцинома ШКТ, карцинома щитовидної залози, нирково-клітинний рак, лейкемія, аденокарцинома підшлункової залози, карцинома ендометрію, яєчників, меланома, уротеліальна карцинома сечового міхура, неходжкінська лімфома, семінома яєчка.

У дітей переважна більшість орбітальних метастазів викликана нейроblastомою, саркомою Юінга, пухлиною Вільмса.

На основі рентгенологічних досліджень встановлено, що найчастіше вражається верхній латеральний квадрант, хоча місцем метастатичного відкладення можуть бути всі частини орбіти.

Висновки: Отже, загальні первинні пухлини, що метастазують в орбіту та внутрішньоокулярно, є карциномами, і мають ідентичну локалізацію: молочна залоза, легені, ШКТ та сечостатевого тракту, проте у дорослих орбітальні метастази також можуть бути спричинені лейкемією, неходжкінською лімфою, аденокарциномою підшлункової залози. У дітей більшість орбітальних метастазів викликана нейроblastомою, саркомою Юінга, пухлиною Вільмса.

Орбітальні метастази є рідкісними, становлять 2-11% усіх орбітальних новоутворень, а внутрішньоочні - понад 80% усієї очної патології.

Частота метастазів може відрізнятися залежно від демографічних показників і країни походження дослідження.

Висока поширеність безсимптомних орбітальних відкладень, що підтверджується у серіях аутопсій. Проте при клініці орбітальних метастазів (за винятком метастазів раку молочної залози) у близько 40% пацієнтів орбітальні симптоми виникають задовго до того, як проявляються місцеві симптоми первинної пухлини, і тому є першою ознакою прогресуючої злоякісності.

ФУНКЦІОНУВАННЯ МУКОЦИЛІАРНОГО ТРАНСПОРТУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ НОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Деєва Ю.В., Коновалов С.Е., Бабченко Н.В., Пурій Д.А.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Деєва Ю.В.

Кафедра Оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Деєва Ю.В.

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

Актуальність: Мукоциліарний кліренс є вкрай важливим механізмом неспецифічного захисту слизової оболонки носової порожнини і носового дихання загалом, тому визначення показника його тривалості корелює із суб'єктивною оцінкою якості життя.

Вперше циліарна активність була відкрита в 1835 р. Sharpey і лише через 100 років цей показник почали розглядати як провідний у фізіології порожнини носа та приносних пазух. МКА можна виміряти за допомогою прямих (стробоскопії, мікрокінематографії, та мікроосцилографії) або непрямих методів (сахариновий тест і риносцинтиграфія). Попередні дослідження показали, що порушення архітекtonіки носової порожнини, наприклад, як викривлення носової перегородки, погіршує МКА через втрату війок, посилення запалення та зменшення щільності залозистих ацинусів.

Мета: Дослідити тривалість мукоциліарного транспорту залежно від стану носової порожнини та в асоціації із суб'єктивними симптомами за оцінкою опитування SNOT-22.

Матеріали і методи. До нашого дослідження було включено 30 пацієнтів, всі учасники підписали добровільно-інформовану згоду. За результатами ендоскопічного дослідження вони були поділені на дві групи: контрольну та групу порівняння, кількістю 15 в кожній. Критеріями включення були пацієнти від 18 до 75 років з встановленими діагнозами: викривлення носової перегородки.

родки. Критерії виключення: вагітні, психічно хворі, пацієнти з перенесеними хірургічними втручаннями на носовій порожнині, пацієнти з новоутвореннями носової порожнини, пацієнти, що хворі на алергічний риніт, пацієнти, що палять.

Результати: За даними опитування SNOT-22 найбільш вираженими є «назальні» та «симптоми сну», зокрема це закладеність носа, постаназальне затікання, розбитість після пробудження, втомлюваність, зниження працездатності.

Середній час СТ 16,8 хв (діапазон від 4 хв до 50 хв), що відповідає нормальному ступеню мукоциліарного транспорту. Із 15 учасників з встановленим діагнозом викривлення переділки носа у 8-х час СТ склав більше 20 хв (діапазон від 23 хв до 50 хв), що відповідає середньому ступеню. У даній вибірці у 8 учасників ми спостерігали середній ступінь порушення мукоциліарного кліренсу за СТ, найбільше значення сумарної кількості балів за SNOT-22 (діапазон 24 – 34 б) – у 6, при чому лише в 3-х учасників ці результати корелюють.

Висновки: За результати SNOT-22 на якісь життя найбільше впливають «назальні» та «симптоми сну». Об'єктивно, за даними риноскопії та анамнезу, при викривленій носовій перегородці, змінах слизової оболонки носової порожнини, час СТ довший і відповідає середньому ступеню.

СТ дає інтегральну оцінку стану мукоциліарного транспорту, оскільки результат дослідження залежить від стану обох ланок кліренсу (реологічні властивості слизу, рухова активність війчастого епітелію), однак, як і SNOT-22 є суб'єктивним методом, тобто дозволяє опосередковано оцінювати стан мукоциліарного кліренсу, орієнтуючись виключно на відчуття пацієнта.

РЕГЕНЕРАЦІЯ ПЕРИФЕРИЧНОГО НЕРВА ПІД ВПЛИВОМ ІНВАЗИВНОЇ ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ У ЕКСПЕРИМЕНТІ

Рафт Мохаммад Дауд Альмхайрат¹, Петрів Т.І.²

Науковий керівник: канд.мед.наук, доцент Лузан Б.М.

Кафедра нейрохірургії

Завідувач кафедри: акад. НАМН, д-р.мед. наук, проф. Цимбалюк В.І.

¹Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

²ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Відділення відновлювальної нейрохірургії з рентгеноопераційною

м. Київ, Україна

Актуальність: Травми периферичних нервів (ПН) є надзвичайно актуальною проблемою воєнного та мирного часу. Частота бойових поранень ПН близько 70-75% у структурі поранень кінцівок, супроводжуються високою інвалідністю та втратою боєздатності (близько 80%).

Мета: Визначити вплив інвазивної електростимуляції на регенерацію периферичного нерва у експерименті.

Матеріали і методи. Робота виконана на кролях (n=15). Група 1 (n=7) - виконували перетин сідничного нерва у с/3 правого стегна, епіневральний шов нерва з імплантацією електростимуляційної системи НейСіЗ-М (ЕСС), яка дозволена для клінічного застосування, але електростимуляцію не проводили. Група 2 (n=8) виконували аналогічний перетин нерва з імплантацією ЕСС і починали електростимуляцію на наступний день після операції. Тварин виводили з експерименту через 8 тижнів із проведенням прямої стимуляційної електронейроміографії і наступним забором матеріалу для подальшого морфологічного дослідження.

Результати: У групі 1 амплітуда М-відповіді (Амв) дорівнювала $3,87 \pm 1,03$ мВ і складала 22,95% від норми. Латенція потенціалу М-відповіді (ЛПмв) дорівнювала $2,40 \pm 0,43$ мс і була у 1,53 рази більшою норми. У групі 2, спостерігали подібну динаміку процесу, проте із кращими показниками. Амв дорівнювала $4,83 \pm 0,56$ мВ і складала 26,8% від норми. ЛПмв дорівнювала $1,71 \pm 0,18$ мс і була у 1,17 рази більшою норми. Різниця показників, виявилася статистично достовірною на користь групи 2 (для Амв $p=0,0003$, для ЛПмв $p=0,0002$).

Висновки: Інвазивна електростимуляція ПН приводить до покращення амплітуди М-відповіді, що опосередковано свідчить про більшу кількість аксонів, які досягли м'яза-ефектора впродовж 8 місяців, отже позитивно впливає на регенерацію периферичного нерва. Доцільно продовжувати дослідження для уточнення впливу інвазивної електростимуляції на регенерацію ПН за умов різних видів нейрохірургічної реконструкції.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ ПРИ КІСТАХ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ІСТОРІЙ ХВОРОБ).

Семенюк Д.М., Шакун Д.К.

Науковий керівник: Ододюк Вікторія Вікторівна

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку

Завідувач кафедри: к.мед.наук, доц. Єфименко Владислав Петрович

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: За даними літератури кісти щелеп зустрічаються в 8-10% випадків від усіх новоутворень у дітей. Враховуючи мало виражені клінічні ознаки, виникають складності при ранній діагностиці кіст щелеп, що призводять до їх пізнього виявлення.

Мета: Провести скринінг за статтю, основними клінічними ознаками, додатковими методами досліджень та методами лікування.

Методи дослідження: Ретроспективний аналіз 47 історій хвороб дітей з кістами щелеп за власне розробленою картою, що проходили лікування на базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ ім. О.О. Богомольця у 2021 році. Статистична обробка отриманих даних проводилась за допомогою програмного забезпечення «IBM SPSS statistics».

Результати: Встановлено, що кісти щелеп частіше зустрічались у хлопців в 66% (n=31), у дівчат - 34% (n=16) випадків. За локалізацією переважали кісти на нижній щелепі в 76% (n=36), на верхній - 24% (n=11) дітей. Радикулярні кісти діагностовано в 34% (n=16), радикулярні зубовмісні - 32% (n=15), фолікулярні - 19% (n=9), резидуальні - 9% (n=4), полікістоз 4% (n=2) та первинно-кісткова 2% (n=1) хворих.

При об'єктивному клінічному обстеженні деформація щелепи була виявлена у 91% (n=43), а стоншення кортикальної пластинки у вигляді симптому Дюпіетрена у 96% (n=45) пацієнтів. Причинний зуб наявний у зубній дузі в 75% (n=36) хворих, з яких у 36% (n=13) зуби після лікування карієсу та його ускладнень, у 64% (n=23) – не лікуванні зуба.

Основним додатковим методом діагностики кіст щелеп є рентгенологічне. Серед яких ортопантомографія була проведена у – 40% (n=19), комп'ютерна томографія - 34% (n=16) та прицільна внутрішньо-ротова рентгенографія у 26% (n=12) випадків.

Хірургічне лікування проводилось всім пацієнтам, а саме: цистотомія в 60% (n=28), цистектомія - 36% (n=17), марсупіалізація 4% (n= 2) випадків.

Висновки: Кісти з локалізацією на нижній щелепі превалюють над верхньою щелепою майже в три рази. Радикулярні та радикулярні зубовмісні кісти щелеп склали близько 2/3 від усіх кіст. Найбільш інформативним додатковим методом діагностики кіст є КТ. Найпоширенішим методом лікування є цистотомія.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВОЛЮМОМЕТРИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК М'ЯКОТКАНИННОГО ВМІСТУ ОРБИТИ У ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОКРИННОЮ ОРБИТОПАТІЄЮ МЕТОДАМИ КОМП'ЮТЕРНОГО МОДЕЛЮВАННЯ.

Слободянюк А. С.

Науковий керівник: д.мед.н., проф., Чепурний Ю.В.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій Інституту післядипломної освіти

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф., Копчак А.В.

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

Актуальність: Ендокринна орбітопатія (ЕО) - це запальне захворювання орбіти та періорбітальних тканин, яке є частиною аутоімунного процесу – хвороби Грейвса (ХГ). Етіологічним фактором ХГ є антитіла до рецептора тиреотропного гормону. Основними проявами захворювання є поєднання набряку та фіброзу м'язів (що призводить до збільшення їх об'єму) із надлишком орбітального жиру. Ці механізми лежать в основі клінічних проявів ЕО, таких як: екзофтальм, диплопія, дистиреодна нейропатія зорового нерва. В літературі наявні тільки поодинокі повідомлення присвячені дослідженню волюмометричних характеристик орбіт та її м'якотканинного вмісту при ЕО. Використання САД технологій та комп'ютерного моделювання (КМ) при аналізі ЕО відкриває більше можливостей для вирішення питань діагностики та лікування цього захворювання.

Мета: провести порівняльний аналіз площі кісткової поверхні орбіти, загального об'єму м'якотканинного вмісту, екстраорбітальних м'язів, жирових компартментів орбіти методами КМ у пацієнтів без патології та з ендокринною орбітопатією.

Методи дослідження: Було проведено аналіз комп'ютерних томограм (КТ) 22 пацієнтів з ЕО, що проходили лікування на клінічних базах кафедри в 2016 -2022рр. Дану групу склали 10 чоловіків та 12 жінок, середній вік - $38,49 \pm 13,52$. Результати, отримані в даній групі, були порівняні з аналогічними показниками групи пацієнтів без патології орбіти (в кількості 178 осіб, аналогічна за гендерним і віковим розподілом). Критерії включення до основної групи: встановлений діагноз ЕО, вік (>18 р.), наявність КТ задовільної якості та інформації про пацієнта (вік, стать), інформованої згоди, відсутність рентгенологічних ознак травми та неопластичних процесів щелепно-лицевої ділянки. Дані КТ в форматі Dicom було завантажено в програмне забезпечення Mimics Medical 21.0 (Materialise, Бельгія), де шляхом сегментації та КМ було проведено орбітоволюмометричний аналіз. Обчислення результатів проводилось методами варіативної статистики з використанням критерію Шапіро-Уїлка, та критерію Манна-Уїтні для незалежних вибірок.

Результати: Площа орбіти в основній групі була $59,73 \pm 5,24$ см², в контрольній – $53,07 \pm 4,90$ см², середній об'єм орбіти $26,29 \pm 3,5$ см³ та $26,50 \pm 2,90$ см³ відповідно (p= 0,73 та p= 0,72 відповідно). Середній об'єм м'язів в групі пацієнтів з ЕО- $7,63 \pm 3,02$ см³, в контрольній групі – $3,86 \pm 0,56$ см³ (p= 0,0003). Об'єм жирової клітковини в основній групі склав $-18,75 \pm 4,25$ см³, в групі порівняння – $22,13 \pm 2,81$ см³ (p= 0,0081).

Висновки: Дослідження показало відсутність кореляції в об'ємі та площі орбіти, і наявність її між об'ємом м'язів та жирової клітковини у пацієнтів з ЕО та в контрольній групі. Також цікаво, що співвідношення жиру до м'язів в основній групі становило 2.5:1, а в групі контролю 5.7:1. Використання даного підходу може стати перспективним методом в диференційній діагностиці ЕО, зокрема в аспекті оцінки різних її форм та при плануванні декомпресії орбіти, як основного методу її лікування.

ОСОБЛИВОСТІ КОНТУЗІЇ ОЧЕЙ ПРИ МІННО-ВИБУХОВИХ ТРАВМАХ

Соломаха К.М.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Гребень Н.К.

Кафедра офтальмології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Жабоедов Д.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м.Київ, Україна

Актуальність: З початком повномасштабної війни частота бойової травми ока значно зросла. Це переважно мінно-вибухові травми, які є осколковими пораненнями, пов'язані з вибухами боєприпасів. Найчастіше це поєднання важкого ураження не лише очей, а й обличчя, інших органів. Більшість із цих травм виникає внаслідок вибухів, коли уламки різних видів зброї можуть потрапити до ока. Також однією з найчастіших причин травматичного пошкодження очей, що порівняно з органами грудної та черевної порожнини, зазвичай, менш захищені є вибухова хвиля. Найпоширенішою травмою залишається контузія – механічне пошкодження очного яблука, що виникає безпосередньо при ударі предмета в око або внаслідок струсу тулуба або голови від ударної хвилі при вибухах.

Мета: Проаналізувати частоту, види та загальні принципи лікування контузії очного яблука при мінно-вибухових травмах.

Методи дослідження: За період 2022-2023 рр. нами було обстежено 56 військовослужбовців з контузією очей різного ступеню тяжкості (2-3). Комплекс діагностичних методів включав: візометрію, біомікроскопію, тонометрію, офтальмоскопію, УЗД ока, рентген лицьового відділу черепа, КТ орбіти та голови, а також консультації інших спеціалістів.

Результати: У обстежених нами пацієнтів спостерігались поверхневі сторонні тіла у 23% випадків (17 очей), ерозії рогівки – у 94% (68 очей), субкон'юнктивальні крововиливи - 96% (69 очей), крововиливи в передню камеру (гіфема) - 90% (65 очей) і склисте тіло (гемофтальм) – 86% (62 ока). Пошкодження кришталика, що виявлялось у вигляді вивиху, підвивиху, травматичної катаракти - в 11% випадків (8 очей). З пошкодженням райдужки 4% випадків (3 ока), при цьому спостерігались травматичний мідріаз, іриододіаліз, обмежений набряк райдужної оболонки.

Всім пацієнтам проводилось лікування: протизапальні та антибактеріальні препарати; репаранти та слезозамінні препарати, які прискорюють загоєння рогівки; препарати, що знижують ВОТ та мідріатики. Хірургічне втручання проводилось при наявності сторонніх тіл рогівки, кришталікових мас, сублюксації та люксації кришталика.

Висновки: Сучасним бойовим пошкодженням органу зору властивий мінно-вибуховий двосторонній характер пошкоджень одночасно кількох структур ока, комбінованих та супутніх пошкоджень, контузій різного ступеню. Важливу роль у відновленні функціональної здатності ока внаслідок такої травми відіграють: первинна хірургічна обробка (ПХО), видалення сторонніх тіл, медикаментозна допомога, реконструктивні оперативні втручання при необхідності та попередження післяопераційних ускладнень.

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НАДМІРНИМ СТИРАННЯМ ТВЕРДИХ ТАКАНИН ЗУБІВ, УСКЛАДНЕНИМ ЗНИЖЕННЯМ МІЖАЛЬВЕОЛЯРНОЇ ВИСОТИ

Сорокіна К.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Проценко А.М.

Кафедра щелепно-лицьової хірургії та сучасних стоматологічних технологій

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Копчак А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Надмірне стирання твердих тканин зубів характеризується втратою емалі та дентину, що призводить до патологічних порушень у роботі жувальних м'язів та скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС). При протезуванні пацієнтів лікар і технік відновлюють міжальвеолярну висоту та моделюють нове оклюзійно-артикуляційне співвідношення щелеп. За умов, коли протезування відбувається одразу постійними конструкціями, у пацієнтів виникають скарги на етапі адаптації. Саме тому питання проміжного етапу лікування залишається актуальним, оскільки на тимчасових конструкціях ми можемо провести як вибіркоче пришліфування оклюзійних контактів, так і їх домодельовання.

Мета: Оцінити доцільність використання тимчасових конструкцій і проаналізувати їх вплив на адаптацію в пацієнтів з надмірним стиранням твердих тканин зубів, ускладненим зниженням міжальвеолярної висоти з метою покращення ортопедичного лікування і реабілітації.

Методи дослідження: Об'єктом дослідження були 16 пацієнтів віком від 35 до 50 років, зі зниженням міжальвеолярної висоти. Це підтверджувалося анатомо-фізіологічним методом та за допомогою комп'ютерної томографії СНЩС. Пацієнтам виготовлялись тимчасові конструкції прямим методом із композитного матеріалу 3M ESPE Protemp 4. Фіксація проводилась на зуби без попереднього препарування, тимчасовим цементом 3M Espe Relyx Temp NE та адгезивною системою Single Bond 2 M Espe. Одразу перевірялись центричні контакти в центральній оклюзії та ексцентричні контакти при латеротрузії та протрузії оклюзійним папером та під контролем приладу T-Scan III. Корекція оклюзійних контактів проводилась одразу після фіксації, через 5 діб, через 2 тижні та через 1,5 місяці. Також було досліджено біоелектричний потенціал жувальних м'язів за допомогою електроміографа Teethan.

Результати: Під час дослідження групи пацієнтів середній термін адаптації склав $1,48 \pm 0,49$ місяців. Суб'єктивні скарги на хрускіт та біль у СНЩС, гіпертонус жувальних м'язів зникали поступово після $4,31 \pm 0,19$ корекцій. Відмінність в ширині суглобової щілини правого і лівого СНЩС були недостовірні, $p > 0,05$.

Висновки: Використовуючи тимчасові конструкції, ми можемо визначити параметри оклюзійно-артикуляційних співвідношень щелеп, адаптувати жувальні поверхні зубів та перебудувати рефлекси жувальної системи. Адаптація проходить в той час, коли ми корегуємо оклюзійні контакти. Після адаптації, яка триває $1,48 \pm 0,49$ місяці, ми отримуємо нові параметри майбутніх постійних протезів.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МАСТОЇДИТУ У ДІТЕЙ ШЛЯХОМ МАСТОЇДОТОМІЇ З ЗАДНЬОЮ ТИМПАНОТОМІЄЮ ТА ТИМПАНОСТОМІЄЮ

Стаднік Я.С.

*Науковий керівник: завідувач кафедри, професор Яшан О.І.
Кафедра отоларингології, офтальмології та нейрохірургії
Національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
м.Тернопіль, Україна*

Актуальність: Секреторний середній отит (ССО) є одним з найпоширеніших ЛОР захворювань у дітей. ССО може бути гострим чи хронічним, або призвести до ускладнень, серед яких найчастішим є мастоїдит.

Мета: Оцінити ефективність хірургічного лікування мастоїдитів у дітей шляхом закритої мастоїдотомії з тимпаностомією, задньою тимпанотомією та антродренажем.

Матеріали і методи дослідження. З 2020 по 2023 рр у ЛОР відділенні Тернопільської обласної дитячої лікарні знаходились 124 пацієнти з діагнозами гострий і хронічний ССО. У всіх дітей була виконана одно- (16) або двобічна тимпаностомія (108). У 27 дітей ССО ускладнився гострим або хронічним мастоїдитом, причому у 17 дітей мастоїдит був двобічним. У переважній більшості діти або їх батьки не могли вказати час початку мастоїдиту.

Результати: У дітей, хворих на мастоїдит, ми виконували мастоїдотомію зі збереженням задньої стінки зовнішнього слухового ходу (ЗС ЗСХ) та задньою тимпанотомією, доповнену тимпаностомією та антродренажем. Після завушного розрізу шкіри розкриття кісткових комірок соскоподібного паростка (СП) здійснювали борами від синодурального кута до верхівки паростка, стоншуючи ЗС ЗСХ до 1-2 мм, поступово відкриваючи адитус та аттик до візуалізації ковадла. Нижче його короткого відростка алмазним бором 0,8 мм у задній стінці барабанної перетинки (БП) виконували отвір 2×3 мм² між каналом лицевого нерва та барабаним кільцем. У цей отвір вводили поліхлорвінілову (ПХВ) трубку внутрішнім діаметром 2 мм, фіксуючи до шкіри завушної ділянки. У передньо-нижній квадрант БП вводили тимпаностомічну трубочку діаметром 1,14 мм, домагаючись легкого пасажу рідини між трубками. При двобічних мастоїдитах, мастоїдотомію виконували на гіршому вусі, а на другому - одразу ж виконували лише тимпаностомію. У післяопераційному періоді через трубку в завушній ділянці безпосередньо у БП і СП вводили розчини антибіотиків і кортикостероїдів, які також вводили у інше вухо при двобічному мастоїдиті. Всі пацієнти обстежені через 2-3 міс після операції, тимпаностомічні трубочки були прохідні, у жодної дитини ознак мастоїдиту не виявлено. Така хірургічна тактика ведення пацієнтів показала значне зменшення клінічної симптоматики на обох вухах.

Висновки:

Мастоїдотомія з тимпаностомією та задньою тимпанотомією, через яку в барабанну порожнину вводилась ПХВ трубка з наступним дренажуванням протягом 7-10 діб є ефективним способом лікування мастоїдитів у дітей.

Хірургічне лікування мастоїдиту з мастоїдотомією з задньою тимпанотомією на одному боці та двобічною тимпаностомією показала значне зменшення клінічної симптоматики на обох вухах.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ОДОНТОГЕННИХ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСІТІВ У ДІТЕЙ

Ткаченко І. Г., Шевчук В. А., Одушкіна Н. В.

*Науковий керівник: д.мед.н., професор Назарян Р. С.
Кафедра стоматології дитячого віку та імплантології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Назарян Р. С.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

Актуальність: Проблема хронічних одонтогенних верхньощелепних синуситів (ХОВЩС) у дітей залишається актуальною через відсутність чітких клініко-діагностичних критеріїв для кращого обсягу хірургічного лікування. Аналіз літературних даних показав, що радикальне хірургічне втручання на верхньощелепному синусі у дітей є основним способом лікування ХОВЩС, який не враховує ступінь патологічних змін у самому синусі за наявності альвеолярного сполучення. При цьому не вдається уникнути післяопераційних ускладнень, пов'язаних з частковою або повною обтурацією риностомии, що призводить до порушення функції пазух носа.

Враховуючи топографо-анатомічні особливості будови верхньощелепних синусів у дітей, а також можливості репаративної регенерації щелепно-лицевої зони, вважаємо за можливе мінімізувати обсяг ефективного хірургічного лікування ХОВЩ з альвеолярним сполученням при локальних незворотних змінах в області дна альвеолярної бухти.

Мета: Застосування «щадного» способу хірургічного лікування ХОВЩ з альвеолярним сполученням у дітей та оцінка його ефективності.

Методи дослідження: Групу дослідження склали 31 дитина віком від 12 до 18 років із ХОВЩ. Усі діти були обстежені клінічно, лабораторно та інструментально (рентгенографія придаткових пазух носа, СКТ середньої зони обличчя). У всіх випадках були встановлені одонтогенні джерела захворювання, наявність деструкції замикаючої кісткової платівки в ділянці дна альвеолярної бухти, локальні патологічні зміни слизової оболонки в зоні запалення.

В умовах загального знеболювання виконували трапецієподібний розріз слизової оболонки та окістя по перехідній складці в проекції «причинного» зуба. Проводили кортикотомію, видалення зуба і видимих патологічних тканин у зоні альвеолярного сполучення. Кісткову рану обтурували губкою «Стимул-Осс». Після просочування рановою рідиною матеріал щільно обтурував дефект, приймаючи його форму та розміри. Підготовлений слизово-окістяний клапоть укладали на ранову поверхню, фіксували по краях швами.

Результати: У всіх пацієнтів відзначався гладкий післяопераційний період, відсутність скарг на біль та набряк на 2-3 добу, рани загоїлися первинним натягом, без ускладнень. Період активного післяопераційного лікування не перевищував 5 діб. Період спостереження - 6 місяців. Відмічена відсутність скарг, альвеолярні сполучення не визначалися. Післяопераційний дефект повністю нівельований із відновленням форми та розмірів альвеолярної частини верхньої щелепи.

Висновки: Отриманий клінічний результат застосування щадного способу хірургічного лікування ХОВЩ дозволяє рекомендувати його при локальних незворотних змінах в області дна альвеолярної бухти.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕТОДІВ ЗУПИНКИ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ НОСОВИХ КРОВОТЕЧ

Тренчук М.Ю.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Тарасенко М.В.

Кафедра оториноларингології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Дєєва Ю.В.

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

Актуальність: Кровотеча є найчастішим ускладненням при оперативних втручаннях в носовій порожнині (Мей М., 1994). Під час підготовки та проведення хірургічного втручання в носовій порожнині, на меті якого стоїть покращення носового дихання важливим є прогнозування та профілактика даного ускладнення, що досягається завдяки врахуванню всіх провокуючих факторів на передопераційному етапі і вибору оптимального методу гемостазу під час операції (Саад Алсалех, 2019).

Мета: Проаналізувати та охарактеризувати ефективність методів профілактики та лікування інтраопераційних носових кровотеч (ІНК).

Методи дослідження: Для дослідження були відібрані 25 пацієнтів Університетської клініки Національного медичного університету (УК НМУ) імені О.О. Богомольця, яким було проведено: часткову підслизову резекцію носової перегородки (септопластика), підслизову конхотомію нижніх носових раковин та ендоназальне ендоскопічне видалення поліпозної тканини. Під час хірургічних втручань ми застосовували ендоскопічний контроль (ендоскоп 0°, 30°). Для зупинки ІНК ми використовували наступні методи: електрокаустика ділянки кровотечі (ЕДК), передню тампонаду носової порожнини (ПТНП). Відповідно до методу зупинки ІНК пацієнти були поділені на дві групи: 1 група, 13 пацієнтів після ЕДК та 2 група, 12 пацієнтів після ПТНП. Огляд пацієнтів проводився з застосуванням передньої риноскопії, ендоскопії носової порожнини та анкетування. Огляд проводили на третій, сьомий та чотирнадцятий день після хірургічного втручання.

Результати: У 1-й групі пацієнтів основними скаргами на 3-й день були: помірний біль в носовій порожнині, відчуття закладеності носа. На 7-й день пацієнти відмічали появу значної кількості щільних слизово-кров'янистих згустків в носовій порожнині, відчуття закладеності носа. На 14-й день пацієнти 1-ої групи відмічали покращення носового дихання, періодичні виділення струпу з носової порожнини. Пацієнти другої групи на 3-й день під час анкетування відмічали відсутність болю в носовій порожнині, періодичні кров'яністі виділення з носа та виділення кров'яних згустків. на 7-й день хворі зазначали ті самі скарги, але відмічали зменшення частоти їх виникнення. На 14-й день пацієнти відмічали відновлення носового дихання. При огляді пацієнтів 1-ої групи відмічалися наступні результати: 3-й день - значний набряк слизової оболонки, утворення плівки білого кольору в ділянках ЕДК, 7-й день - відносно зменшення набряку слизової, поява темного струпу в ділянках ЕДК, велика кількість слизових виділень, на 14-й день - незначний набряк слизової, помірна кількість струпу, помірні кількості слизу в носовій порожнині. При огляді хворих з 2-ої групи на 3-й день відмічався помірний набряк слизової оболонки, кров'яністі виділення і помірні кількості слизу в носовій порожнині, на 7-й день в носовій порожнині візуалізували помірні слизові виділення, кров'яністі згустки та набряк слизової оболонки, на 14-й день відмічалася повне очищення слизової оболонки та відсутність виділень в носовій порожнині.

Висновки: Проаналізувавши методики зупинки інтраопераційних носових кровотеч на нашу думку ПТНП дозволяє досягти мети операції швидше ніж застосування ЕДК, при цьому зберігається ризик виникнення постопераційних носових кровотеч (ПНК). Застосування ЕДК змушує пацієнтів відчувати закладеність носа довше в порівнянні з ПТНП, але знижує ризик ПНК. Отже, вибір методики зупинки ІНК повинен проходити індивідуально, під час кожної окремої хірургічної втручання.

ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕОМЕТРИЧНИХ СПІВВІДНОШЕНЬ ОРБИТИ ТА ЇЇ М'ЯКОТКАНИННОГО ВМІСТУ МЕТОДАМИ КОМП'ЮТЕРНОГО МОДЕЛЮВАННЯ

Ягодка Б.В.

Науковий керівник: Чепурний Ю.В. д.мед.н. професор, доцент кафедри щелепно-лицевої хірургії та сучасних стоматологічних технологій ІПО НМУ імені О.О. Богомольця

Завідувач кафедри: Копчак А.В. д.мед.н. професор
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Вступ. Визначення геометричного співвідношення орбіти та її м'якотканинного вмісту є важливим фактором в прийнятті рішень щодо хірургічної тактики при лікуванні патологічних станів орбіти. Точні статистичні дані щодо об'єму та площі орбіти, а також об'єму її м'якотканинного вмісту дають змогу більш детально спланувати та визначити об'єм майбутнього оперативного втручання. Один з новітніх методів дослідження вказаних параметрів оснований на використанні комп'ютерної томографії (КТ) пацієнтів методами комп'ютерного моделювання.

Мета: Дослідити геометричні співвідношення орбіти та її м'якотканинного вмісту методами комп'ютерного моделювання

Матеріали і методи. Проаналізовано дані КТ 176 пацієнтів, які проходили діагностичні процедури в Центрі щелепно-лицевої хірургії та стоматології київської обласної клінічної лікарні. Процедури комп'ютерної томографії проводили згідно стандартизованого діагностичного протоколу. Дані були отримані з двох апаратних засобів КТ: Philips Brilliance іСТ 128ТМ: товщина зрізу 0,68 мм, 120 кВ, 300 мА, матриця зображення 512×512 та GE Revolution EVO 128ТМ: товщина зрізу 0,68 мм, 80 кВ, 500 мА, 512×512 матриця зображення. Критеріями включення в дослідження були наступні: обидві орбіти інтактні, відсутність рентгенологічних симптомів дефіциту кісткового контуру орбіти, відсутність видимої патології середньої зони обличчя, пацієнти старше 18 років з інформацією про вік і стать. Дані КТ пацієнтів, які відповідали критеріям включення, були імпортовані в програмне забезпечення «Mimics Medical». За допомогою даної програми кожному пацієнту проведено сегментацію орбіт, визначено їх площу і об'єм. Також обчислено об'єм очного яблука, ококорухових м'язів, зорового нерву та жирової клітковини.

Результати: Середній об'єм орбіти становив $-27.47 \pm 2.2 \text{ см}^3$, а її площа $-3.71 \pm 0.19 \text{ см}^2$. У осіб чоловіків середній об'єм лівої орбіти становив $-28.42 \pm 2.0 \text{ см}^3$, правої $-29.01 \pm 1.8 \text{ см}^3$, об'єм лівого очного яблука $-6.41 \pm 0.2 \text{ см}^3$, правого $-6.36 \pm 0.2 \text{ см}^3$, об'єм ококорухових м'язів лівої орбіти $-5.30 \pm 0.1 \text{ см}^3$, правої $-5.26 \pm 0.1 \text{ см}^3$, лівого зорового нерву $0.732 \pm 0.03 \text{ см}^3$, правого $-0.735 \pm 0.03 \text{ см}^3$. Для жінок: об'єм лівої орбіти $-25.12 \pm 1.9 \text{ см}^3$, правої $-25.05 \pm 2.0 \text{ см}^3$, об'єм лівого очного яблука $-5.76 \pm 0.2 \text{ см}^3$, правого $-5.73 \pm 0.2 \text{ см}^3$, об'єм ококорухових м'язів лівої орбіти $-5.01 \pm 0.1 \text{ см}^3$, правої $-4.98 \pm 0.1 \text{ см}^3$, лівого зорового нерву $0.701 \pm 0.02 \text{ см}^3$, правого $-0.715 \pm 0.03 \text{ см}^3$. Для всіх чотирьох досліджуваних параметрів відмінності між групами за гендерною ознакою були достовірними ($p < 0,05$).

Висновки: Використаний підхід до оцінки досліджуваних параметрів та їх обчислення для української популяції можуть в подальшому бути використані при плануванні оперативних втручань у пацієнтів з різноманітними патологіями орбіти.

НАШ ДОСВІД ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З РОЗРИВОМ БАРАБАННОЇ ПЕРЕТИНКИ ВНАСЛІДОК МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ

А.О.Яшан

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

Актуальність: ЛОР-відділення Тернопільської обласної лікарні щотижня госпіталізує військовослужбовців починаючи з квітня 2022р. У переважній більшості з них основним діагнозом є акубаротравма. Вухо є одним з найбільш чутливим органом до вибухових уражень, а саме середнє та внутрішнє вухо. Гематотимпанум, перфорація барабанної перетинки в супроводі з зниженням слуху, шумом, дзвоном є типовими симптомами ураження середнього вуха. Також одними з симптомів можуть бути головокружіння, нудота, виділення з вуха.

Мета: Провести ретроспективний аналіз прооперованих пацієнтів з розривом барабанної перетинки внаслідок мінно-вибухової травми. Провести порівняльний аналіз технік проведених тимпанопластик (кількість, результативність). Оцінити особливості оперативних втручань у військовослужбовців.

Матеріал і методи. З початку війни до сьогодні на базі ЛОР-відділення Тернопільської обласної лікарні було успішно проліковано близько 700 пацієнтів. Практично усі пацієнти поступили з діагнозом – акубаротравма, гостра двобічна нейросенсорна приглухуватість. Серед них – у 236 (33.7%) військовослужбовців пацієнтів було діагностовано гострий посттравматичний перфоративний середній отит. У 187 (79.2%) осіб – відмічалась однобічна перфорація, у 49 (20.8%) військовослужбовців – двобічна перфорація барабаних перетинок.

У 67 (28.4%) осіб закриття перфорації відбулось без перфоративного втручання. У решти 169 (71.6%) військовослужбовців – ми проводили тимпанопластику.

Результати: У нашому ретроспективному аналізі проведених тимпанопластик (208), 130 – однобічних, 39 – двобічних. Underlay double door тимпанопластик – 182 (87.5%). Butterfly тимпанопластика – 24 (12.5%). Fat plug тимпанопластика – 2 (1%). У 6 випадках після проведеного оперативного втручання ми відмічали наявність реперфорації. У всіх цих випадках під м/а використовувалась повторна мiringoplastika – fat plug.

Висновки: Всі варіанти проведених тимпанопластик показали себе як хороший метод для закриття дефекту барабанної порожнини. У більшості військовослужбовців інтраопераційна кровотеча була більш виражена, що пов'язано з коротким періодом, що пройшов після травми до моменту операції (4-16 дб) слуху. Більшість госпіталізованих військовослужбовців є емоційнозбуджені – потребують ендотрахеального наркозу.

АЛФАВІТНИЙ ЗМІСТ

ХІ МІЖНАРОДНИЙ СЕМІНАР СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ, ПРИСВЯЧЕНИЙ ВСЕСВІТНЬОМУ ДНЮ БОРОТЬБИ З РАКОМ XI INTERNATIONAL STUDENTS' AND YOUNG SCIENTISTS' SEMINAR DEDICATED TO THE WORLD CANCER DAY

3.02.2023

Болгаріна К.О.	6	Паманська С. Ю.	18
Бондар М.В.	6	Паренюк Р.Ю.	16
Валіхновська К. Г.	18	Пасічник А.А.	12
Віноградова М. О.	18	Пацко В. В.	18
Калиш О.М.	7	Пепенін І.О.	16
Квасівка О.О.	16	Пепенін О. В.	11
Кістриця Д.В.	7, 15	Пірсєва Д.В.	12
Климнюк Г.І.	6	Піскорський О.О.	9, 10
Козар Т.І.	7, 8	Пономаренко А.О.	13
Копецький В.І.	16	Понятовський П.Л.	9, 10
Костюченко Є.В.	9, 10	Рафальська Я.Д.	14
Крижевський В.В.	16	Рибка Є.О.	7
Леоненко Ю.О.	10	Романуха К.Г.	14
Лукашенко А.В.	18	Рябовол В.М.	8
Любота І.І.	17	Свінціцький В.С.	17
Любота Р.В.	17	Сидорчук О.І.	9, 10
Мартинюк О.М.	12	Сікачєв С.С.	16
Микитюк А.І.	16	Смоланка І.І.	9, 10, 12
Мовчан О.В.	9, 10	Соркін М.Д.	15
Мотузюк І.М.	9, 10	Сумарокова-Тимошенко В.С.	16
Назаров Я.С.	16	Трегуб Є.С.	16
Незамай В.О.	14	Федосенко М.В.	17
Новицька Ю. В.	11	Хоптяна О.І.	17
Осовський С. А.	7	Чевердюк Д.О.	16
Остапенко А.О.	11	Черченко К. Д.	18
Остапенко Ю. В.	18	Шайда О.В.	6
Павлик С.В.	6	Шевченко Т.П.	9, 10

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ІПП-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

Andrushchenko V.V.....	36	Громнацька Н.М.	23
Bhalani H.R.....	36	Дмитрієва О.А.	22
Fialkovska A.O.	38	Дука О.Є.....	45
Nikulin D.	37	Дутчак Г.М.	45
Roohi Kolte.....	38	Дутчук О.В.....	34
Skriabina K.V.....	38	Жиляк О.В.	34
Артеменко В.О.	39	Жиляк О.В.	45
Бардась Д.С.....	60	Жиляк О.В.	25
Басманов С.М.	64	Іванишин Л.Я.	34
Бойченко Л.І.	22	Камінська Т.М.	43
Браткова Л.Б.	40	Кирпач В.А.	46
Буц О.Р.	22	Кись М.О.....	55
Васильєва О.Г.	23	Коваль В.А.	49
Васильєва Я.С.....	41	Ковальчук Л.С.	50
Вінокурова А.С.....	41	Колісник В.О.	48
Вітюк В. О.....	42	Корбут О.В.	22
Владимиров О.А.	32	Кочмола Д.В.....	47
Владимирова Н. І.	32	Кравцова О.М.	33
Волгіна Л.М.	32	Крамарьов С.О.	27
Волосянко А.Б.	34	Кривоустова М. В.	51
Гарашенко Т.А.	43	Кулешов О.В.	24
Гаспарова Я.Е.	66	Курінна І.О.....	51
Гедеон І.В.	64	Куртян Т.В.....	32
Голіна Т.Ю.	44	Лабівка О.	52
Голубева І.М.	31	Лайко Л.І.	24
Голюк К.О.	23	Лапшин В.Ф.	43
Горобець Н.І.....	26	Лембрик І.С.	25

Лопа Я.С.	66	Слюзар З.Л.	28
Лутай Т.І.	26	Сміян К.О.	23
Мавропуло Т.К.	26	Соболева К.Б.	40
Манько Ю.А.	23	Сороченко Г.В.	31
Медражевська Я.А.	24	Степанова Л.С.	43
Ничипорчук Г.С.	52	Сядриста Ю.О.	66
Обушко О.Р.	54	Тарнавська О. В.	29
Обушко У.Р.	54	Тіткова О.В.	40
Олійник В.С.	24	Толкач С.І.	43
Остапко О.І.	31	Турова Л.О.	30
Палатна Л.О.	27	Федоренко М.	56
Пасічник Б.О.	55	Федорець Є.А.	64
Пасічник І.П.	23	Фік Л.О.	24
Починок Т.В.	26	Хакім К.М.	61
Почтарьова П.А.	55	Хапченкова Д.С.	33
Поштук П.Є.	56	Холоша О.О.	62
Промська Н.В.	33	Холоша О.О.	62
Пушкаренко В.С.	57	Хоменко Л.О.	31
Римарович Н.В.	57	Цицюра О.О.	25
Романчук Л.І.	56	Цицюра О.О.	45
Романюк О.К.	23	Чередніченко О.С.	63
Рудан К.В.	59	Черняєв С.В.	64
Руденко С.М.	33	Чумак Ю.Ю.	32
Сажин С.І.	27	Шелевицька В.А.	26
Сажина А.С.	27	Шлімкевич І.В.	34
Сенаторова Г.С.	33	Шлімкевич Н.С.	65
Серякова І.Ю.	22	Шпак І.В.	27
Серякова І.Ю.	27	Юхименко Г.Г.	22
Січненко П.І.	23	Яновицький Г.Є.	66
Скорнякова Г.Р.	60	Яресько Т.Ю.	66

V УКРАЇНО-ПОЛЬСЬКИЙ КОНГРЕС
«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»

V UKRAINIAN-POLISH CONGRESS «INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN
OTORHINOLARYNGOLOGY»

21-22.04.2023

Bohdanov V. K.	69	Крук М.Б.	79
Diedykova I. V.	69	Крук М.М.	79
Pukhlik S. M.	69	Кузьмук І.О.	80
Suvorkina Alisa	69	Литовченко Н.М.	83
Suvorkina Olga	69	Лісовецька В.С.	84
Андрєєв О.	81	Лукач Е.В.	77, 78
Бабченко Н.В.	70	Малєєв Д.О.	76
Барил'як А.Ю.	79	Молдованов І.А.	75
Безега Б.М.	89	Москалик О.Є.	79
Безега М.І.	89	Мотайло О.В.	70
Богданов К.	81	Науменко О. М.	72, 80, 85
Волкова Т.В.	90	Островська Д.А.	71
Гаєвський В.Ю.	79	Петрук Л.Г.	88
Герц В.Д.	71, 74	Пилипюк М.В.	80
Деєва Ю.В.	70, 71, 80	Пухлик С.М.	83
Дідковський В. Л.	72	Пухлік С.	80, 81, 82, 84
Добронравова І.В.	80, 84	Семенюк О.О.	79
Доні Д.О.	73	Сережко Ю.О.	77, 78
Дудник А. О.	87	Тагунова І.	81
Євчев Ф.Д.	73	Телуха К.І.	71
Євчева А. Ф.	73	Терещенко Ж.А.	80, 83
Заболотна Д.Д.	74, 75, 76	Тинітовська О.І.	79
Заболотний Д.Д.	75	Тишко Ф.О.	80
Заболотний Д.І.	76	Тітаренко О.В.	80, 84
Зінь Д.М.	88	Толчинський В.В.	71
Ісмагілов Е.Р.	75	Фалько А.М.	85
Кізім В.В.	71	Цвірінько І.Р.	76
Кізім Я.В.	73, 74	Цимбалюк Є.М.	77, 86
Клочков Є.І.	77	Чернишева І. Е.	86
Колесніченко В.В.	82	Черняк Є.М.	76
Коновалов С.Е.	70	Чорній О.В.	79
Коровіцький П.Р.	71, 75, 77	Шевчук Ю.В.	87
Костюченко О.Л.	76	Шидловська Т.А.	88, 89, 90
Котов В.А.	76	Щелкунов А.П.	83
Крамаренко Р.П.	88	Щелкунов О.А.	83
Криничко Л. Р.	71		

**XV НАУКОВО ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«СПЕЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРИЮВАНЬ
ЛОР-ОРГАНІВ, КРАНІОФАСЦІАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ТА ОРГАНУ ЗОРУ»**

**XV SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE OF YOUNG SCIENTISTS
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION" SPECIAL ISSUES OF DIAGNOSIS
AND TREATMENT OF ENT ORGANS,
CRANIOFASCIAL AREA AND THE ORGAN OF VISION DISEASES"**

21.04.2023

Khadidja Ahmat Saleh Hassan.....	92	Ладюкова Д.І.....	101
Артюшенко О.С.....	92	Малишев К.С.....	101
Астанова Христина Рафаїлівна.....	93	Мельник Х.В.....	102
Бабченко Н.В.	104	Михайленко А.О.....	102
Бережний І.А.	92	Одушкіна Н. В.	108
Васильцова-Микитенко М.А.....	93	Олефір С.С.	93
Гавриляк І.В.....	93	Османов Б.Х.	103
Гатальська Є.О.	95	Петрів Т.І.....	105
Гребень Н.К.	94	Пурій Д.А.....	104
Гриньова А.О.....	95	Рафт Мохаммад Дауд Альмхайрат.....	105
Даневич О.О.	93	Семенюк Д.М.	105
Деєва Ю.В.	93, 104	Слободянюк А. С.	106
Кебкало М.А.	96	Соломаха К.М.....	107
Кіреєва Д.О.	97	Сорокіна К.О.	107
Кіто В.В.....	97	Стаднік Я.С.....	108
Ковальов І.А.	98	Ткаченко І. Г.	108
Ковальова А.М,.....	98	Тренчук М.Ю.....	109
Ковальська А.В.....	99	Чуков А.А.	93
Коломієць Н.А.	99	Шакун Д.К.	105
Комарова Т.М.....	100	Шевчук В. А.	108
Кондратюк В.В.	93	Ягодка Б.В.....	110
Коновалов С.Е.	104	Яцик В.А.	93
Корсак А.В.	93	Яшан А.О.....	97, 110



Адреса для кореспонденції: Correspondence address:

Редакція Українського науково-медичного
молодіжного журналу,
науковий відділ НМУ,
бул. Т.Шевченка, 13, м.Київ, 01601

www.mmj.nmuofficial.com

E-mail: usmyj@ukr.net

Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

www.nmuofficial.com

Видавничий дім «АДЕФ-Україна»
01030, Київ, вул. Б. Хмельницького, 32, оф. 40а
тел.: +38 050 311 95 12
e-mail: adef@adef.com.ua

www.adef.com.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 4605 від 28.08.2013 р.

Підписано до друку 23.05.2023 р.
Формат 60×84/8, друк цифровий, папір крейдований
Тираж 50, Зам. № Ж-2023/23.05.

Editorial board of the Ukrainian Scientific Medical
Youth Journal
Research Department of NMU,
13, T. Shevchenka blvd. Kyiv, 01601

www.mmj.nmuofficial.com

E-mail: usmyj@ukr.net

Bogomolets National Medical
University

www.nmuofficial.com

«ADEF-Ukraine» Publishing House
01030, Kyiv, B. Khmel'nitskogo str., 32, of 40a
tel.: +38 050 311 95 12

e-mail: adef@adef.com.ua

www.adef.com.ua

Certificate of the subject of publishing
ДК № 4605 dated 28.08.2013

Signed in print on 23.05.2023 p.
Format 60×84/8, digital printing, chalk-overlay paper
Circulation: 50 Order № J-2023/23.05.