

лося 84,4% дітей I групи і 67,3% дітей II групи ( $\chi^2 = 4,8$ ,  $p=0,03$ ). Біль у серці мав місце у 62,5% у дітей I групи і 41,8% дітей II групи ( $\chi^2 = 5,08$ ,  $p=0,02$ ).

За даними морфологічного обстеження ерозивні процеси слизової оболонки (СО) спостерігалися у 10,9% дітей I групи та у 3,6% дітей II групи. Під час ендоскопічного дослідження у 54,7% дітей I групи та у 36,4% дітей II групи ( $\chi^2 = 3,9$ ,  $p=0,05$ ) були виявлені супутні порушення моторно-евакуаторної функції стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки. При цьому у дітей I групи достовірно частіше зустрічались порушення мікроциркуляції в СО: повнокрів'я та розширення судин, набряк власної пластинки, утворення клубнів судин, спазм артерій та артеріол а також мікроерозування СО.

**Висновки:** діти з поєднанням хронічного гастродуоденіту та первинної артеріальної гіпертензії мають частіші періоди загострення ХГД, більш виразні диспепсичні прояви, у них відмічається тенденція до збільшення випадків ерозивних змін слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки, і більш виражені порушення мікроциркуляції СО порівняно з дітьми з ізольованим перебігом хронічного гастродуоденіту.

## NT-PROBNP В ДІГНОСТИЦІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ

**Марушко Ю.В., Гишак Т.В., Бойко Н.С., Бондарчук-Хоменко С.С.  
НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ**

**Вступ.** Натрійуретичні пептиди відомі як гормонально-активні речовини, що виробляються кардіоміоцитами і ендотелієм судин. Дослідження у дорослих з артеріальною гіпертензією показали, що NT-proBNP можна використовувати в якості маркера гіпертензивного ураження серця і ризику серцево-судинних ускладнень при артеріальній гіпертензії (АГ). Проте у дітей можливості застосування NT-proBNP в якості такого критерію на сьогодні ще не з'ясовані.

**Мета роботи** – дослідити рівень NT-proBNP в сироватці крові у дітей з первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) і його прогностичну значимість щодо розвитку дисфункції міокарду і гіпертензивного ураження серця.

**Матеріали і методи.** Обстежено 71 дитину 9-17 років: 18 – з нормальним артеріальним тиском і 53 – з ПАГ (16 дітей із стабільною ПАГ II ст, 15 дітей – із стабільною ПАГ I ст і 22 дитини із лабільною ПАГ). Проведені загально-клінічні дослідження, добовий моніторинг артеріального тиску, визначення рівня NT-proBNP в сироватці крові методом ІФА.

**Результати дослідження.** У здорових дітей рівень NT-proBNP знаходився в межах від 5 до 28 fmol/ml і в середньому склав близько 12,5 fmol/ml. У дітей з лабільною ПАГ рівень NT-proBNP був нижчим порівняно із здоровими дітьми –  $5,98 \pm 1,51$  fmol/ml ( $p < 0,05$ ). Рівень гормону менше 5 fmol/ml в цій групі мали 57,7% дітей. У жодної дитини з лабільною ПАГ NT-proBNP не перевищував 100 fmol/ml. У дітей із стабільною гіпертензією I ступеня рівень гормону сягав  $59,48 \pm 20,73$  fmol/ml, у дітей із стабільною ПАГ II ст. –  $31,23 \pm 8,32$  fmol/ml, що було більше порівняно як і здоровими дітьми ( $p < 0,05$ ), так і з дітьми із лабільною ПАГ ( $p < 0,01$ ). При цьому близько 1/4 дітей із стабільною ПАГ мали рівень NT-proBNP в межах 29-100 fmol/ml, і 12% дітей – більше 100 fmol/ml.

Всі діти з рівнем NT-proBNP вище 100 fmol/ml були особами чоловічої статі, мали високі масо-ростові показники і тривалий гіпертензивний анамнез. Наявність систолічної дисфункції було підтверджено тільки у однієї дитини з 53 (1,89%). Фракція викиду лівого шлунка пацієнта склала 47% і NT-proBNP – 311,99 fmol/ml.

### **Висновки:**

1. Рівень NT-proBNP в сироватці крові вище 28 fmol/ml у дітей з ПАГ є маркером стабілізації гіпертензії і проявом підвищеної активності гормональних адаптивних систем серця.
2. Рівень NT-proBNP в сироватці крові вище 300 fmol/ml у дітей з ПАГ є маркером систолічної дисфункції міокарду і зустрічається у 1,89% випадків.
3. Лабільна ПАГ характеризується низьким рівнем NT-proBNP, що вказує на недостатню активність гормональних адаптивних систем серця.

## ОПТИМІЗАЦІЯ ДИФЕРЕЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЯКІ ВИКЛИКАНІ ГЕРПЕСВІРУСАМИ

**Махмутов М.Ф.  
Національний медичний університет ім. М. Горького, Донецьк**

Інтерес до Епштейна–Бар вірусної інфекції (ЕБВ) у дітей Донецької області зумовлений збільшенням захворюваності – показник на 100 тис. дитячого населення збільшився в 2 рази і склав: 25,36 (2015р.), 40,47 (2016р.), 51,13 (2017р.), великою різноманітністю та варіабільністю клінічних проявів – окрім основного симптомокомплексу відзначаються екзантема, енантема, одутлість обличчя, пастозність повік, діарея. Трудністю диференціальної діагностики із захворюваннями, які мають подібні клінічні прояви, зокрема, набутова