

CYP2C9*2 416C>T, CYP2C9*3 1061A>C, CYP2C19*2 681G>A, CYP1A1*2C 3103T>C, CYP3A4*1A/1B *1A>*1B, CYP3A5*3 6986G>A, CYP2E1 1293C>T, CYP1A2 164A>C) та другої фази (GSTP1c.313A>G, GSTP 341C>T, NAT2*5A 481C>T, NAT2*6B 590G>A, NAT2 857G>A, SOD1 7958G>A, NAT2 803A>G, SOD2 (MnSOD) 58T>C) детоксикації проводили методом Real Time ПЛР на ампліфікаторі CFX 96 (Biorad, США). Крім того проводили повний біохімічний скринінг організму відповідно до запропонованих методик, та дослідження гомоцистеїну у сироватці венозної крові імуноферментним методом з використанням набору реагентів «AxisShield Diagnostics Ltd.» (Великобританія). Статистичну обробку матеріалу проводили за допомогою програми Statistica (версія 6.0), Microsoft Excel 2010.

Дані генотипування поліморфних варіантів генів першої та другої фази детоксикації ксенобіотиків вказують на достовірну різницю ($p < 0,05$) наявності гетеро-та гомозигот за алелями ризику в основній групі. Ці факти є маркером ранніх порушень адапційних процесів. В сучасній метаболоміці гомоцистеїн називають «новим холестеринном» – проблемою 21 тисячоліття. Одним з найбільш чутливим органом до дії гомоцистеїну є печінка. У нашому дослідженні середній рівень гомоцистеїну основної групи – $7,51 \pm 3,24$ мкмоль/л (медіана – 5,1 мкмоль/л, 25-й перцентиль дорівнює 2,27 мкмоль/л, 75-й перцентиль – 9,07 мкмоль/л). Тож, помірна чи середнього ступіня вираженості гомоцистеїнемія підсилювала розвиток гепатобілярної дисфункції на фоні зміненої функції детоксикації.

Таким чином, проведений аналіз частоти поліморфізмів генів біотрансформації ксенобіотиків та визначення гомоцистеїну в досліджуваних групах виявив достовірно ($p < 0,05$) вищу частоту несприятливих генотипів у дітей з гепатобілярною дисфункцією, яка свідчить про потенціальну можливість цитогенетичних пошкоджень гомоцистеїном.

Оцінювання генотипу людини на ранніх етапах відкриває можливості діагностичного пошуку «без гіпотези», виявляти молекулярні генетичні механізми, сигнальні каскади або метаболічні шляхи пошкоджені в організмі пацієнта. Дозволить виявити потенційні ризики розвитку гепатобілярної та іншої соматичної патології, своєчасно провести необхідну персоналізовану профілактику та корекцію.

УДК 616.1-009.12-053.2:[616.98:578.834COVID19

СИНДРОМ РЕЙНО У ДИТИНИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19

Мігріна Є.В., Кухта Н.М.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Гнилокурєнко Г.В.

Кафедра педіатрії № 4

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ)

Вступ.

Одною з основних медико-соціальною проблемою сьогодення є пандемія COVID-19, яка досі не є повністю дослідженою і продовжує періодично наростати. Небезпека полягає не тільки у прояві хвороби, а і в тому, що можуть з'явитися чимало неприємних постковідних синдромів. Особливо ці синдроми проявляються у дітей, вони не тільки пов'язані з нервовою чи дихальною системою, ковід може вражати будь-яку систему або навіть увесь організм [1]. Постковідний синдром-ознаки та симптоми, що виникають під час та після інфікування COVID-19.

За різними даними, такий синдром мають від 10 до 50 % осіб, які перенесли COVID-19 і поділяються на 2 групи:

- особи, в яких посилюються захворювання, які мали латентний перебіг
- особи, в яких продовжують спостерігати виснажливі симптоми, незважаючи на відсутність ушкоджень систем організму.

Широкий спектр клінічних проявів зумовлений неповною визначеністю, складнощами в диференційній діагностиці власне постковідного синдрому та інших захворювань. Проте, збереження симптомів у значного числа пацієнтів, які звертаються до лікарів первинної ланки після перенесеної хвороби – потребують визнання значимості проблеми. Нещодавно було підтверджено, що у дітей на фоні COVID-19 можуть виникати не тільки нервові порушення, діабет, проблеми ССС, психічні розлади, а і трофічні порушення. Ранній ангіогематологічний акроішемічний синдром включає ціаноз рук і стоп, феномен пальцевої ішемії Рейно, шкірні булли та суху гангрену [2].

Синдром Рейно – це спазм судин у руках, що супроводжується виникненням болю або оніміння в кінцівках. Розрізняють хворобу Рейно, як самостійне захворювання і синдром Рейно, як прояв інших захворювань [3, 4].

Мета. Проаналізувати випадок синдрому Рейно у дитини, що перенесла коронавірусну інфекцію, висвітлити клінічні особливості даного випадку, діагностику та прогноз.

Опис клінічного випадку.

Дівчинка М., 17 років, була направлена клінікою «Медіком» у відділення кардіоревматології, ДКЛ № 6 Шевченківського району м. Києва з підозрою на ЮРА.

З анамнезу життя відомо, що дитина народжена від 1 вагітності, 1 пологів, доношена, маса тіла при народженні – 2900 г та зріст-52 см. Період новонародженості протікав без особливостей. Була вакцинована згідно з календарем щеплень. Перенесені захворювання – вітряна віспа. Травми – перелом в правій лодижці.

З анамнезу захворювання відомо, що на початку жовтня дівчинка перехворіла на респіраторну інфекцію. До лікаря не зверталися, але після того, як одужала, помітили припухлість суглобів лівої кисті та була наявна помірна болючість. Після консультації лікаря-кардіоревматолога дитячого виставлено діагноз ЮРА під питанням. 24.10.22 була направлена у відділення кардіоревматології, ДКЛ № 6 на подальшу діагностику та лікування.

Загальний стан задовільний, статура правильна, тип конституції – м'язовий. Дівчина скаржиться на швидку втомлюваність. При огляді шкіра чиста, дермографізм червоний нестійкий. Слизова зіву бліда, лімфовузли за змішаним типом. Живіт – м'який. Опорно-руховий апарат: 2–4 пальці кистей рук-фалангово-п'ясткові суглоби – присутня болочість та набряк. Дитина зазначає, що до захворювання систематично були холодні пальці рук, але уваги не звертали. Після захворювання колір шкіри почав змінюватись у відповідь на холод від білого до червоного, поколювання при зігріванні.

За даними лабораторних обстежень: у загальному аналізі крові лейкоцити – $8.5 \cdot 10^9/\text{л}$, гемоглобін – 109 г/л, еритроцити – $4.41 \cdot 10^{12}/\text{л}$, тромбоцити – $303 \cdot 10^9/\text{л}$. LE-клітини не виявлені.

Антиген HLA-B27, 2 р. дн – не виявлено.

Проведено обстеження на SARS-CoV-2. ПЛР до коронавірусу — результат негативний, титр антитіл імуноглобуліну G – підвищений (10.715). Загальний аналіз сечі: без патологічних змін.

Ультразвукове дослідження кисті (сухожилки згиначів розширені, більше справа, містять однорідну за структурою вільну рідину в помірній кількості). УЗД гомілково-ступневих суглобів: уз-ознаки помірного набряку м'яких тканин в ділянці зовнішньої лоджки справа. Узд органів черевної порожнини – без змін. Ехокардіографія: залишкові явища перикардиту, вірогідно постковідні.

Комп'ютерна капіляроскопія: при обстеженні 4 пальця лівої руки виявлено – розширені капіляри, аваскулярні ділянки, геморагії відсутні, деструкція капілярів, тип змін-перехідний. При обстеженні 4 пальця правої руки виявлено – помірне розширення капілярів, аваскулярних ділянок не виявлено, тип змін – ранній.

Враховуючі дані анамнезу дитини та результати лабораторного та клінічного обстеження рекомендовано провести диференційний діагноз з системними захворюваннями сполучної тканини для виключення склеродермії, ЮРА та інш. Діпацієнтці призначено симптоматичне лікування: Діпіридамо́л 25 мг, 2 рази на день, Вольтарен 60 мг, 2 рази на день, Нікотинова кислота по схемі

На тлі розпочатого лікування була відмічена позитивна динаміка перебігу захворювання.

Висновок.

Постковідний синдром може супроводжуватись різноманітними проявами з ураженнями органів та систем, в тому числі у вигляді ангіогематологічного акроішемічного синдрому. Коронавірусна інфекція, як і інші віруси може бути причиною виникнення захворювання або погіршувати перебіг патології, яка вже існувала. Тому потрібно проводити ретельну диференційну діагностику та поглиблене лабораторне обстеження.

Список літератури

1. Голубовська О.А. Постковідний синдром: патогенез та основні напрями реабілітації. Здоров'я України.2021. № 2 (495).С.16-18 <https://www.uf.ua/wp-content/uploads/2021/02/2021-Postkovidnyj-syndrom-Golubovska.pdf>

2. Chachques, J C et al. Cardiovascular, hematological and neurosensory impact of COVID-19 and variants. European review for medical and pharmacological sciences. 2021. vol. 25,8. P. 3350-3364. doi:10.26355/eurrev_202104_25747

3. Марушко Т.В. Синдром Рейно у дітей Дитячий лікар.2018.№ 1 (58).С.27-31 [https://d-l.com.ua/uploads/issues/2018/1\(58\)/DL18-158_27-34_c621cea32d911a576233a260f31e5af1.pdf](https://d-l.com.ua/uploads/issues/2018/1(58)/DL18-158_27-34_c621cea32d911a576233a260f31e5af1.pdf)

4. Pain, Clare E et al. Raynaud's syndrome in children: systematic review and development of recommendations for assessment and monitoring. *Clinical and experimental rheumatology*.2016. vol. 34 Suppl 100,5.P.200-206.

УДК 616.379-008.64-07-052.3:616.98:578.834COVID19

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО КОВІДУ

Насилівська О.В., Сторожук І.В.

Науковий керівник: к.м.н., доц. Корнієнко А.Б.

Кафедра педіатрії № 4

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

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ)

Вступ.

Цукровий діабет є одним із найчастіших супутніх захворювань у людей із COVID-19. За даними англійських вчених ця частка складає від 7 до 30% серед хворих. Хворі з цукровим діабетом, інфіковані SARS-CoV-2, мають більш тяжкий перебіг хвороби, глибоке враження легень, вищий рівень госпіталізації та вищу смертність порівняно з особами без діабету [1].

Як відомо класичними проявами діабету являються три основні симптоми, так звані 3-полі: полідипсія, поліурія, поліфагія [2]. Дослідження останніх років показали, що SARS-CoV-2 також здатний спричинити пряме пошкодження підшлункової залози, що може спричинити високу гіперглікемію а також спровокувати початок діабету в осіб, які раніше були здорові.

В теперішній час ковідна інфекція має багато клінічних проявів, які з'являються неочікувано і мають свої особливості. Відомо, що лікування ковідної інфекції часто буває неефективним, а в багатьох випадках малоефективним [3]. У всіх хворих найбільш вразливою виявляється епітеліальна тканина, найчастіше в легенях.

Мета: Провести аналіз клінічного випадку захворювання цукровим діабетом після перенесеної ковідної інфекції. Підкреслити клініко-діагностичні особливості та перебіг даного патологічного стану.

Опис клінічного випадку: Під нашим спостереженням знаходився хлопчик Артем Т. віком 3 роки 2 місяці. Захворювання на ковідну інфекцію було