

**Матеріали і методи.** Проведено обстеження 207 дітей, віком від 1 до 12 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в Одеській міській клінічній інфекційній лікарні з діагнозом інфекційний мононуклеоз протягом 2015-2017 рр. Для верифікації діагнозу використовували якісне та кількісне визначення ЦМВ, ВЕБ та герпесвірусу 6-го типу (ВГ-6) в крові методом молекулярно ланцюгової реакції, а також імуноферментний аналіз із визначенням титрів специфічних IgM та IgG, їх авідності.

**Результати.** Етіологічний фактор хвороби вдалось встановити у 194 дітей. Серед них ВЕБ було виявлено у 78 дітей (40,2%±3,52), ЦМВ – у 19 (9,79%±2,13), асоціація збудників (МІКСТ) – у 97 (50%±3,58) хворих.

Загальний стан дітей з інфекційним мононуклеозом у 78,9%±2,9 було розцінено як середньотяжкий, а у 21,1%±2,9 – як важкий. Водночас, важкий перебіг ІМ ЦМВ і МІКСТ етіології спостерігався в 2 рази частіше ніж при ВЕБ-інфекції (26,7% і 30,1% відповідно проти 14,2%). Прояви інтоксикації, лімфаденопатія, з переважним збільшенням шийних лімфатичних вузлів (70,9%±3,15) та лихоманки були присутні у всіх дітей з ІМ. Лихоманка вище 39,0°C при ЦМВ інфекції зустрічається рідше (10,52%±7,03), ніж при ІМ ВЕБ та МІКСТ-етіології (15,38%±4,08 та 21,64%±4,18), в той же час частота фебрильної лихоманки була майже однаковою при ЦМВ та МІКСТ-інфекції (36,84%±11,06 та 37,83%±4,92 відповідно). Гепатомегалію реєстрували у 88,5% ± 4,08 пацієнтів з ВЕБ та у 84,5%±2,62 з МІКСТ-інфекцією, і тільки у 57%, 9±11,3 (<0,05) хворих з ЦМВ. Спленомегалія відзначалася у 47,4% з ІМ ЦМВ етіології, а при ВЕБ та МІКСТ-інфекції (у 64,69% та 67,1%±4,64 відповідно).

При порівнянні гемограми дітей з ІМ було встановлено, що лімфоцитоз частіше зустрічався при ВЕБ (62,8%±5,47) та МІКСТ-інфекції (54,6%±5,05). В той же час для інфекційного мононуклеозу ЦМВ етіології були характерні лейкоцитоз (73,68%±10,1) з нейтрофіліозом (66,7%±8,6). Нейтропенія достовірно частіше зустрічалась при МІКСТ-інфекції (57,73%±3,52) ніж при ВЕБ та ЦМВ інфекційному мононуклеозі (37,17%±4,12 та 42,63%±9,02 відповідно). Наявність у периферичній крові атипичних мононуклеарів при інфекційному мононуклеозі Епштейна-Барр вірусної етіології зустрічалось тільки в 24,2%±4,84, ЦМВ – в 62,5%±11,1, а МІКСТ-інфекції – в 48,45%±5,07 випадків.

**Висновки.** Таким чином, вираженість і тривалість основних клініко-лабораторних проявів інфекційного мононуклеозу у дітей залежать від етіологічного чиннику.

## ГЕМАТОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ПЕРЕБІГУ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПІДЛІТКІВ

**Зубаренко О.В., Стоєва Т.В., Копійка Г.К., Коваль Л.І., Корецька Г.О.\***

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Одеська міська дитяча клінічна лікарня ім. академіка Б.Я. Резніка, м. Одеса\*

Позалікарняна пневмонія – розповсюджене, незважаючи на досягнення у діагностиці та лікуванні, потенційно летальне захворювання. У клінічній практиці широко використовуються біомаркери для оцінки важкості стану хворого, індивідуального ризику розвитку ускладнень позалікарняної пневмонії. Відповідно до чинних протоколів та клінічних настанов рекомендовано визначати загальну кількість лейкоцитів, ШОЕ, ступінь паличко-ядерного нейтрофіліозу та концентрацію СРБ у сироватці крові. Важливими є також такі гематологічні показники як абсолютна кількість лімфоцитів та нейтрофільно-лімфоцитарне співвідношення, які мають високу діагностичну значущість у визначенні та прогнозуванні важкості перебігу пневмонії (De Jager CP et al. 2010).

**Мета.** Визначення основних лейкоцитарних індексів у гемограмі підлітків, хворих на позалікарняну пневмонію.

**Матеріал та методи.** Проаналізовано 36 гемограм дітей у віці від 12 до 18 років, хворих на позалікарняну пневмонію, що знаходились на лікуванні у пульмонологічному відділенні міської дитячої лікарні. Відібрані для аналізу випадки характеризувались необтяженим перебігом та відсутністю у гемограмі таких типових запальних змін як то: лейкоцитоз, паличко-ядерний нейтрофіліоз, підвищення ШОЕ вище 20 мм/год.

**Методи дослідження** – розрахунок абсолютної кількості лімфоцитів, нейтрофільно-лімфоцитарного співвідношення, лейкоцитарного індексу інтоксикації за Кальф-Каліфом.

**Результати.** В результаті аналізу визначено зниження абсолютної кількості лімфоцитів нижче  $1,0 \times 10^9$ /л у (27,77±7,46)% випадків, що складало  $(0,88 \pm 0,10) \times 10^9$ /л. Даний показник є маркером важкого перебігу пневмонії, що за нашими даними співпадало з клінічними проявами хвороби.

Нейтрофільно-лімфоцитарне співвідношення є простим у розрахунку раннім біомаркером запалення, що відображає взаємодію гуморальної та кліткової ланки імунної системи. У (52,77±8,32)% випадків нейтрофільно-лімфоцитарне співвідношення було підвищено, при цьому у (27,77±7,46)% - відповідало легкому ступеню інтоксикації (2,79±0,34) ум. од., а у (25,00±7,21)% – інтоксикації середньої ступені важкості (4,34±0,66) ум.од..

Підвищення лейкоцитарного індексу інтоксикації Кальф-Каліфом було виявлено у  $(30,55 \pm 7,67)\%$  дітей, що склало  $(2,1 \pm 0,41)$  ум. од. Отримані дані відповідають легкому ступіню ендотоксикозу у обстежених підлітків, хворих на позалікарняну пневмонію.

**Висновки.** Розрахунок лейкоцитарних індексів є інформативним методом оцінки ступеню інтоксикації та маркером важкого перебігу у підлітків хворих на позалікарняну пневмонію у випадку відсутності типових запальних змін у клінічному аналізі крові.

## ПОЗАЛІКАРНЯНА ПНЕВМОНІЯ У ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

**Зубаренко О.В., Копійка Г.К., Коваль Л.І., Бочерова Т.І., Плотна О.В.**

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Дитяча міська клінічна лікарня №3 м. Одеса, Україна

**Актуальність.** Перебіг позалікарняної пневмонії (ПП) у дітей, на фоні супутньої неврологічної патології має визначені особливості. Щодо дитячого церебрального паралічу (ДЦП), частота якого на сьогодні не має тенденції до зниження, то можна зауважити на тому, що дана патологія формує певний преморбідний фон, який у значній мірі визначає перебіг захворювань, а також впливає на розвиток можливих ускладнень.

**Мета.** Визначення клініко-анамнестичних особливостей перебігу ПП у дітей раннього віку на фоні ДЦП.

**Матеріал та методи.** Під наглядом перебувало 37 дітей зі спастичними формами ДЦП, хворих на ПП, віком від 1 до 3-х років. У групу порівняння увійшло 30 дітей відповідного віку, які також лікувались з приводу ПП, але не мали супутньої неврологічної патології.

**Результати.** Згідно анамнестичним даним було виявлено, що 17  $(46 \pm 8,2\%)$  дітей із ПП на фоні ДЦП мали респіраторні епізоди більше ніж 6–8 раз на рік. У той же час, діти без неврологічної патології хворіли у 2,7 разів рідше: посилення на рекурентні захворювання респіраторного тракту у них були виявлені лише у 5  $(16,7 \pm 6,8\%)$  дітей (ВШ=2,55 (95ДІ 0,76 – 8,47). 11  $(29,7 \pm 7,5\%)$  дітей з ДЦП вже мали в анамнезі випадки ПП в минулому. У дітей без неврологічної патології повторна ПП була зареєстрована усього у двох випадках, що склало  $(6,7 \pm 4,5\%)$  (ВШ= 5,92 (95ДІ 1,19 – 29,29). Фебрильні судоми мали місце у 10  $(27 \pm 7,3\%)$  дітей з ПП на фоні ДЦП, та лише у 2  $(6,7 \pm 4,5\%)$  дітей з ПП без неврологічної патології (ВШ = 5,18 (95ДІ 1,04 – 25,88).

Варто зазначити, що діти з ПП на фоні ДЦП потребували більш тривалого лікування в умовах стаціонару. Так у 34  $(91,9 \pm 4,5\%)$  дітей тривалість перебування у стаціонарі склала більш ніж 20 днів, а курс антибактеріальної терапії сягав майже 30 днів. У 23  $(76,7 \pm 7,7\%)$  дітей з ПП без неврологічної патології тривалість перебування у стаціонарі склала не більш ніж 10 днів, а потреба у антибактеріальній терапії обмежувалась курсом у 10–12 днів.

**Висновки.** Наявність ДЦП у дитини дозволяє віднести її до групи ризику розвитку респіраторної патології. Повторні випадки захворювання на пневмонію зазвичай характеризується затяжним перебігом, що в свою чергу обумовлює потребу у тривалому перебуванні дитини у стаціонарі та подовжених курсах антибактеріальної терапії. Ризик виникнення пневмонії у дітей з ДЦП, а також виділені обтяжуючі особливості анамнезу та перебігу захворювання варто враховувати на первинній ланці надання медичної допомоги дітям із супутньою неврологічною патологією.

## ЗНАЧЕННЯ ОДНОНУКЛЕОТИДНИХ ПОЛІМОРФІЗМІВ ГЕНІВ СІМЕЙСТВА NFATC В РОЗВИТКУ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ ПРИ ПЕРВИННІЙ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ

**Іванько О.Г., Товма А.В., Пацера М.В.**

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

**Метою** нашої роботи було визначення можливості асоціювання однонуклеотидних поліморфізмів генів сімейства NFATC1 (rs7240256, rs11665469, rs754505) і NFATC4 (rs2229309) з формуванням в підлітковому віці гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) при первинній артеріальній гіпертензії (АГ).

Об'єктом дослідження були підлітки у віці 16-18 років, студенти першого курсу медичного університету. Відібрано 74 підлітка (50 юнаків і 24 дівчини), у яких на підставі офісних вимірювань артеріального тиску (АТ), добового моніторингу АТ за допомогою «Cardio Tens» та клініко-лабораторного обстеження була встановлена АГ. Усіх досліджуваних було поділено на групу «випадків» – 32 (43%) підлітка, у яких при проведенні УЗД серця встановлено ознаки концентричної ГЛШ, а саме перевищення індексу маси міокарда лівого шлуночка більше  $39,36$  г/зріст в  $m^{2,7}$  у юнаків, і більше  $36,88$  г/зріст в  $m^{2,7}$  у дівчат,