

Рішення

разової спеціалізованої вченої ради

про присудження ступеня доктора філософії

Здобувачка ступеня доктора філософії Юлія Климова, 1988 року народження, громадянка України, освіта вища: закінчила у 2012 році Одеський національний медичний університет за спеціальністю «Педіатрія», є аспіранткою очної денної форми навчання, працює лікарем педіатром у КНП «ЦПМСД №1 Дніпровського району м. Києва», виконала акредитовану освітньо-наукову програму «Медицина».

Разова спеціалізована вчена рада, утворена наказом Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика від «15» квітня 2026 року № 5, у складі:

Голови разової
спеціалізованої вченої
ради

- Шарікадзе Олени Вікторівни,
доктора медичних наук,
професора, професора
кафедри педіатрії,
неонатології, дитячих
інфекційних хвороб,
імунології та алергології,
директора Навчально-
наукового інституту
професійної досконалості
НУОЗ України імені П. Л.
Шупика;

Рецензента

- Солдатової Оксани
Володимирівни, кандидата
медичних наук, доцента,
доцента кафедри педіатрії,
дитячої неврології та
медичної реабілітації НУОЗ
України імені П. Л. Шупика;

Офіційних опонентів:

- Муквіч Олени Миколаївни,
доктора медичних наук,
професора, керівника
референтного центру з питань
рідкісних (орфанних)
захворювань педіатричного
відділення з референтним
центром рідкісних
(орфанних) системних

ревматичних захворювань та інфекційно-боксованим блоком патології дітей раннього віку Державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України»;

- Леженка Геннадія Олександровича, доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри госпітальної педіатрії Запорізького державного медико-фармацевтичного університету;

- Марушка Юрія Володимировича, доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри педіатрії післядипломної освіти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, заслуженого лікаря України.

на засіданні «09» червня 2026 року прийняте рішення про присудження ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» Юлії Климівій на підставі публічного захисту дисертації «Структурно-функціональний стан кісткової тканини, фізичний розвиток та рівень вітаміну Д у дітей шкільного віку» за спеціальністю 228 «Педіатрія».

Дисертацію виконано у Національному університеті охорони здоров'я імені П.Л. Шупика, МОЗ України, м.Київ.

Науковий керівник Галина Бекетова, член-кореспондент НМАН України, заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, професор кафедри педіатрії, дитячої неврології та медичної реабілітації НУОЗ України імені П.Л. Шупика.

Дисертацію подано у вигляді спеціально підготовленого рукопису, що містить нові науково обґрунтовані результати проведених здобувачкою досліджень, які виконують конкретне наукове завдання, що має істотне значення для певної галузі знань. Дисертація виконана державною мовою. Оформлена відповідно до вимог Наказу МОН України від 12.01.2017 № 40 «Про затвердження Вимог до оформлення дисертації». Обсяг основного тексту дисертації відповідає встановленим освітньо-науковою програмою НУОЗ України імені П. Л. Шупика відповідно до специфіки галузі знань «Охорона здоров'я» та спеціальності «Педіатрія».

У дискусії взяли участь голова та члени спеціалізованої вченої ради:

1) Шарікадзе Олена Вікторівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри педіатрії, неонатології, дитячих інфекційних хвороб, імунології та алергології, директор Навчально-наукового інституту професійної досконалості НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Зауважень немає.

2) Муквіч Олена Миколаївна, доктор медичних наук, професор, керівник референтного центру з питань рідкісних (орфанних) захворювань педіатричного відділення з референтним центром рідкісних (орфанних) системних ревматичних захворювань та інфекційно-боксованим блоком патології дітей раннього віку Державної установи «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України». Зауважень немає.

Запитання 1: Чому школярі з недостатньою масою тіла мали нижчі показники z-score порівняно з групою дітей з ожирінням? Які особливості кісткового метаболізму дітей з недостатньою вагою можуть визначати не лише зниження показників мінеральної щільності кісткової тканини, а й виражений дисбаланс маркерів формування і резорбції кісток?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановна Олена Миколаївна, дякую за запитання, дозвольте відповісти. У дітей із недостатньою масою тіла виявлено достовірно нижчі показники кісткової маси порівняно з групою дітей з ожирінням. Це зумовлено поєднанням ряду чинників: зниженим механічним навантаженням на скелет внаслідок меншої м'язової маси; дефіцитом енергетичних та пластичних ресурсів. Недостатня вага часто супроводжується гіпокалорійним харчуванням та дефіцитом білка, кальцію, магнію, фосфору, вітаміну D. А також гормональними порушеннями (зниженням рівня Інсуліноподібного фактору росту 1, інсуліну, статевих стероїдів). Внаслідок цього формується дисбаланс кісткового метаболізму, який проявляється зменшенням маркерів формування та підвищенням маркерів резорбції, підвищуючи ризик розвитку остеопенії.

(Дякую, відповіддю задоволена).

Запитання 2: Який механізм визначає вплив фізичної активності на показники кісткової маси?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановна Олена Миколаївна, дякую за запитання, дозволяйте відповісти. Фізична активність чинить комплексний вплив на показники кісткової маси. Механічне навантаження на скелет стимулює остеобласти та підвищує рівень остеокальцину, що забезпечує мінералізацію та синтез кісткового матриксу. Гормональні зміни включають активацію секреції інсуліну, гормону росту та статевих стероїдів, що сприяє переважанню процесів формування над резорбцією. Системні ефекти фізичної активності проявляються у збільшенні м'язової маси та сили, що створює додаткове навантаження на кістку. Фізично активні дітей мають вищі показники рівнів вітаміну D в крові та нижчий ризик ожиріння, що зменшує депонування вітаміну D у жировій тканині та покращує його біодоступність.

(Дякую, відповіддю задоволена).

Запитання 3: Чи можете ви порівняти отримані Вами результати з оцінки мінеральної щільності кісткової тканини з даними європейських досліджень?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановна Олена Миколаївна, дякую за запитання, дозволяйте відповісти. У нашому дослідженні знижені показники МЦКТ були виявлені у 6,3% дітей. Цей результат співставний із даними європейських робіт: у польському дослідженні (Łurpińska та співавт., 2025) частота низької кісткової маси становила 4,1% у поперековому відділі хребта; у німецьких та британських когортних дослідженнях (Högler, Ward, 2012) показники коливалися в межах 7-12%. Таким чином, наші результати знаходяться в межах європейських тенденцій і підтверджують співставність даних щодо поширеності низької мінеральної щільності кісткової тканини у дітей.

(Дякую, відповіддю задоволена).

Муквіч Олена Миколаївна. Дисертація Климової Юлії Вікторівни на тему: «Структурно-функціональний стан кісткової тканини, фізичний розвиток та рівень вітаміну D у дітей шкільного віку» присвячена актуальній проблемі педіатрії, є закінченим науковим дослідженням, яке містить нові положення і науково обґрунтовані результати, що розв'язують важливу медико-соціальну проблему та відповідають сучасним потребам галузі охорони здоров'я України – удосконалення діагностики структурно-функціональних порушень кісткової тканини у дітей та підлітків. Виходячи з актуальності,

об'єму та рівня досліджень, наукової новизни результатів, теоретичної та практичної цінності отриманих даних, об'єктивності та обґрунтованості висновків, беручи до уваги особистий внесок здобувача, дисертаційна робота Климової Юлії Вікторівни на тему: "Структурно-функціональний стан кісткової тканини, фізичний розвиток та рівень вітаміну D у дітей шкільного віку повністю відповідає вимогам «Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої вченої ради закладу вищої освіти», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 12 січня 2022 р. № 44, а також вимогам до оформлення дисертацій, затвердженим наказом Міністерства освіти і науки України від 12.01.2017 № 40 із змінами, а її автор Климова Юлія Вікторівна заслуговує на присудження ступеня доктора філософії за спеціальністю 228 «Педіатрія».

3) Леженко Геннадій Олександрович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри госпітальної педіатрії Запорізького державного медико-фармацевтичного університету. Зауважень немає.

Запитання 1: У роботі Ви вказуєте на статистично значуще збільшення показників TBS з віком та стадією статевого дозрівання. Які, на Вашу думку, основні механізми лежать в основі такого зростання якості трабекулярної кісткової тканини в пубертатному періоді?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановний Геннадію Олександровичу, дякую за запитання, дозвольте відповісти. Згідно даних літератури, основними механізмами, що лежать в основі зростання якості трабекулярної кісткової тканини в пубертатному періоді є низка факторів, а саме: вплив статевих гормонів які пригнічують апоптоз та стимулюють активність остеобластів і знижують резорбцію кістки; гормону росту, що призводить не лише до збільшення лінійних розмірів кістки, але й до потовщення її трабекулярних пластин; ІФР-1, що стимулює проліферацію хондроцитів і остеобластів, а також механічного навантаження на скелет, що призводить до збільшення маси тіла та розвитку м'язової тканини в пубертаті. Трабекулярна структура кістки перебудовується відповідно до ліній найбільшого механічного навантаження, що і відображається у вищих значеннях показника TBS. (Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 2: Розроблений Вами алгоритм діагностики передбачає використання прогностичної моделі на етапі скринінгу. Яким чином Ви бачите практичне впровадження цього он-лайн калькулятора в щоденну роботу лікаря-педіатра або сімейного лікаря?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановний Геннадію Олександровичу, дякую за запитання, дозвольте відповісти. Практичне впровадження он-лайн калькулятора ми бачимо у щоденній роботі педіатра та сімейного лікаря як інструмент сринінгової оцінки стану мінеральної щільності кісток у дітей. Для цього створено відеоінструкцію, яка розміщена та ютубі і демонструє покрокове використання он-лайн калькулятора. Крім того, його застосування інтегровано в освітній процес кафедри педіатрії, дитячої неврології та медичної реабілітації НУОЗ України імені П.Л. Шупика на циклах тематичного удосконалення, первинної спеціалізації з педіатрії, спеціалізації з дитячої гастроентерології, а також результати апробації он-лайн калькулятора неодноразово були представлені на академічних школах педіатрії з міжнародною участю та низці науково-практичних форумів для педіатрів та сімейних лікарів.

(Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 3: За результатами дослідження виявлено вкрай високий рівень дефіциту вітаміну D (40,8%) та недостатності (43,1%). Які першочергові заходи, на Вашу думку, слід вжити на державному та регіональному рівнях для покращення цієї ситуації серед дитячого населення України?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановний Геннадію Олександровичу, дякую за запитання, дозвольте відповісти. На нашу думку, для покращення рівня вітаміну D серед дитячого населення України необхідно реалізувати комплекс заходів на державному та регіональному рівнях. По-перше, слід організувати освітні кампанії для лікарів, зокрема проведення тренінгів для педіатрів та сімейних лікарів щодо важливості призначення профілактичних доз вітаміну D не лише немовлятам, а й підліткам, адже ця група часто залишається поза увагою у клінічній практиці. По-друге, важливо налагодити роботу з батьками через інформаційні програми у школах та дитячих садках. Такі програми мають пояснювати роль «сонячного вітаміну» для імунітету та міцності кісток, а також сприяти популяризації продуктів, багатих на вітамін D. Третім напрямом є програма фортифікації харчових продуктів, яка передбачає обов'язкове збагачення вітаміном D продуктів масового споживання (молочних виробів, борошна, рослинних олій). Подібні заходи вже успішно реалізовані у країнах Скандинавії та Канаді й довели свою ефективність. Нарешті, слід розглянути можливість державних закупівель та реімбурсації препаратів холекальциферолу, включивши їх до програми «Доступні ліки». Це особливо важливо для вразливих груп населення - дітей із багатодітних родин та тих, хто має хронічні захворювання.

(Дякую, відповіддю задоволений).

Леженко Геннадій Олександрович. Дисертаційна робота Климової Юлії Вікторівни “Структурно-функціональний стан кісткової тканини, фізичний розвиток та рівень вітаміну D у дітей шкільного віку” є самостійним завершеним кваліфікованим науковим дослідженням. За актуальністю обраної теми, обсягом та рівнем проведених досліджень, науковою новизною, теоретичною та практичною значущістю отриманих результатів, повнотою їх викладу в наукових публікаціях, дисертаційна робота повністю відповідає вимогам “Порядку присудження ступеня доктора філософії”, затвердженого постановою КМУ від 12.01.2022 р. № 44 та Вимогам до оформлення дисертації, затвердженими наказом МОН України № 40 від 12.01.2017 р., що висуваються до дисертаційних робіт на здобуття ступеня доктора філософії.

4) Марушко Юрій Володимирович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. (Зауважень немає).

Запитання 1: Відповідно до міжнародних клінічних настанов визначаються різні порогові значення дефіциту та недостатності вітаміну D. Які саме значення обрали Ви, та чому?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановний Юрію Володимировичу, дякую за запитання, дозвольте відповісти. Питання порогових значень вітаміну D на сьогодні залишається дискусійним. Ми орієнтувались на рекомендації Товариства ендокринологів 2011 року, згідно яких дефіцит вітаміну D становить <20 нг/мл (або <50 нмоль/л), недостатність 21–29 нг/мл (52,5–72,5 нмоль/л), достатнім вважається рівень ≥ 30 нг/мл (≥ 75 нмоль/л). Ми вважаємо, що більші порогові значення вітаміну D забезпечать пік кісткової маси та захист кісток у період стрибків росту, а також позитивно впливатимуть на стан організму в цілому виконуючи позаскелетні ефекти.

(Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 2: Чим, на Вашу думку, можна пояснити виявлену закономірність, що діти з недостатньою масою тіла мають статистично значущі нижчі показники мінеральної щільності кісткової тканин порівняно з однолітками з ожирінням?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановний Юрію Володимировичу, дякую за запитання, дозвольте відповісти. У дітей з ожирінням більша маса тіла створює постійне підвищене механічне навантаження на скелет. Остеоцити сприймають це як сигнал для активації остеобластів. Як наслідок, посилюється локальний остеогенез, кістка стає щільнішою щоб витримати вагу. У дітей з

недостатньою масою механічний стимул мінімальний. Оскільки скелет не відчуває опору та навантаження, процеси ремоделювання зміщуються у бік резорбції. Жирова тканина виділяє адипокіни, які позитивно впливають на кістковий метаболізм. Лептин стимулює диференціацію стовбурових клітин в остеобласти, підвищуючи МЩКТ. Жирова тканина містить фермент ароматазу, яка конвертує андрогени в естрогени. Вони є головними протекторами кістки і пригнічують активність остеокластів (клітин, що руйнують кістку), стримуючи резорбцію кістки. Ожиріння часто супроводжується компенсаторною гіперінсулінемією. Інсулін та інсуліноподібний фактор росту-1 є потужними анаболічними стимуляторами для остеобластів. У дітей з недостатньою масою тіла рівень інсуліноподібний фактор росту-1, навпаки знижений через нутрієнтний дефіцит. Недостатня маса тіла у дітей найчастіше є наслідком або недостатнього надходження поживних речовин, або їхнього поганого засвоєння (мальабсорбція, хронічні соматичні патології): відповідно часто супроводжується дефіцитом білка, кальцію, магнію, фосфору, вітаміну D, що погіршує утворення та мінералізацію кісткового матриксу.

(Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 3: Які саме чинники, за даними Вашої прогностичної моделі, мають найбільший прогностичний коефіцієнт у формуванні низької мінеральної щільності кісткової тканини у дітей?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановний Юрію Володимировичу, дякую за запитання, дозволяйте відповісти. За результатами побудованої прогностичної моделі, найбільш вагомим чинником, що має найбільш виразний негативний вплив на ймовірності нормальних показників мінеральної щільності кісткової тканини у дітей є змінна x_1 ($\beta = -0.51$) (вік). Таким чином, вік виступає фактором ризику: чим старша дитина, тим більша ймовірність, що при наявності несприятливих умов (дефіцит вітаміну D, недостатня маса тіла, низька фізична активність) вона матиме відхилення від норми.

(Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 4: Розроблена Вами прогностична модель має середній рівень чутливості та високий рівень специфічності. Що це означає в контексті реального клінічного скринінгу мінеральної щільності кісткової тканин у дітей?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановний Юрію Володимировичу, дякую за запитання, дозволяйте відповісти. Середня чутливість означає, що модель виявляє більшість дітей із реальною патологією, але частина випадків може залишитися

непоміченою. Тобто вона не гарантує повного охоплення всіх пацієнтів із низькою мінеральною щільністю, проте дозволяє виділити основну групу ризику. Висока специфічність ($\approx 86\%$) свідчить, про те що якщо модель показує відсутність порушень, то з великою ймовірністю це відповідає дійсності. Тобто, вона майже не дає хибнопозитивних результатів. Таким чином зменшується кількість необґрунтованих направлень і не перевантажує лікаря і пацієнта зайвими додатковими обстеженнями. У практичному застосуванні це означає, що модель є ефективним інструментом первинного скринінгу, який допомагає сімейному лікарю чи педіатру швидко виявити дітей, що потребують більш глибокої діагностики (наприклад, денситометрії).

(Дякую, відповіддю задоволений).

Запитання 5: Інтерпретацію отриманих результатів Вами проведено на основі Наказу МОЗ України № 1073 від 03.09.2017 «Норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах та енергії» та «Харчових рекомендацій для американців за 2020–2025 роки». Наскільки ці рекомендації подібні між собою, що дало Вам можливість для порівняння?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановний Юрію Володимировичу, дякую за запитання, дозволяйте відповісти. Завдяки цим рекомендаціям ми отримали можливість провести двовекторний аналіз. Кількісний вектор (на основі Наказу МОЗ № 1073): Дозволив чітко розрахувати конкретні норми калорійності, кількість білків, жирів і вуглеводів, адаптовані саме під вікові групи дітей. Якісний вектор (на основі рекомендацій США) дозволив оцінити структуру харчування. Наприклад, не просто «чи добирає дитина норму жирів», а, наприклад, чи переважають у раціоні корисні ненасичені жири над насиченими, чи присутня в раціоні достатня кількість харчових волокон. Порівнюючи ці рекомендації ми робимо висновок, що вони доповнюють один одного, не суперечачи у фундаментальних медичних питаннях.

(Дякую, відповіддю задоволений).

Марушко Юрій Володимирович. Дисертаційна робота Климової Юлії Вікторівни «Структурно-функціональний стан кісткової тканини, фізичний розвиток та рівень вітаміну D у дітей шкільного віку» є завершеною науковою працею, виконаною автором особисто, що має актуальність, наукову новизну та практичне значення. В дисертації продемонстровано оволодіння дисертанткою методологією наукової діяльності, що і дозволило навести нові науково обґрунтовані результати проведених досліджень, які вирішують актуальне науково-практичне завдання педіатрії щодо удосконалення діагностики та прогнозування структурно-функціональних порушень кісткової тканини у дітей шкільного віку на підставі вивчення

показників їхнього фізичного розвитку, мінеральної щільності та якості кісток, залежно від рівня забезпеченості вітаміном D. За актуальністю обраної теми, обсягом та рівнем проведених досліджень, науковою новизною, теоретичною та практичною значущістю отриманих результатів, повнотою їх викладу в наукових публікаціях, дисертаційна робота повністю відповідає вимогам пункту 6 «Порядку присудження ступеня доктора філософії та скасування рішення разової спеціалізованої вченої ради закладу вищої освіти», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 12.01.2022 р. № 44 та вимогам до оформлення дисертацій, затвердженими наказом МОН України № 40 від 12.01.2017 р. у редакції від 12.07.2019 р. Дисертантка Климова Ю.В. має необхідний рівень наукової кваліфікації і повністю заслуговує на присудження ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 228 «Педіатрія».

5) Солдатова Оксана Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри педіатрії, дитячої неврології та медичної реабілітації НУОЗ України імені П. Л. Шупика. (Зауважень немає).

Запитання 1: В якості метода визначення мінеральної щільності кісткової тканини у дітей Ви обрали двохенергетичну рентгенівську денситометрію. На чому ґрунтувався цей вибір, враховуючи потенційне радіаційне навантаження? Чи було доцільно використати інший метод – УЗ денситометрії?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановна Оксано Володимирівно, дякую за запитання, дозвольте відповісти. Нами було обрано двохенергетичну рентгенівську денситометрію оскільки вона вважається «золотим стандартом» в оцінці якості та мінеральної щільності кісткової тканини, адже це єдиний метод із офіційно визнаними референтними базами для дітей, що дозволяє застосовувати Z критерій і зіставляти результати з віковою нормою. Радіаційне навантаження при DXA мінімальне (1–6 мкЗв), нижче за добовий природний фон, що робить метод безпечним для дітей і водночас точнішим за рентгенографію. Важливо й те, що DXA досліджує аксіальний скелет - хребет і стегно, які найбільш інформативні для оцінки системного метаболізму кістки та ризику переломів. Ультразвукова денситометрія оцінює переважно периферійні кістки й має нижчу відтворюваність. Для наукових досліджень і встановлення діагнозу потрібна саме точність і стандартизованість DXA, яка мінімізує похибку «людського фактору» і забезпечує достовірність результатів.

(Дякую, відповіддю задоволена).

Запитання 2: За результатами дослідження Ви виявили, що діти з ожирінням мали нормальні показники мінеральної щільності кісткової тканини. Чим Ви можете пояснити такі результати, враховуючи наявність дефіциту вітаміну D у дітей цієї групи?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановна Оксано Володимирівно, дякую за запитання, дозвольте відповісти. Нормальні показники мінеральної щільності кісткової тканини у дітей з ожирінням, незважаючи на дефіцит вітаміну D, ми пояснюємо тим, що більша маса тіла створює додаткове навантаження на скелет, стимулюючи кісткове ремоделювання. Це може призводити до збереження нормальних або навіть підвищених показників мінеральної щільності кісткової тканини. Організм у таких умовах частково компенсує недостатність вітаміну D за рахунок метаболічних та гормональних механізмів. Зокрема, гіперінсулінемія, що виникає внаслідок інсулінорезистентності, діє як прямий стимулятор росту кісткової тканини. Підвищений рівень інсуліноподібного фактора росту сприяє активній мінералізації. Адипокіни, такі як лептин, також впливають на кістковий метаболізм, стимулюючи остеогенез. Крім того, у жировій тканині відбувається ароматизація андрогенів у естрогени, які блокують активність остеокластів і тим самим сприяють збереженню щільності кістки. Таким чином, ожиріння створює умови для часткової компенсації дефіциту вітаміну D, що пояснює відносно сприятливі показники мінеральної щільності кісткової тканини у дітей із надмірною масою тіла. У дітей з ожирінням спостерігається парадокс високої мінеральної щільності кісткової тканини при зниженій якості кісткової тканини.

(Дякую, відповіддю задоволена).

Запитання 3: В алгоритмі прогнозування, діагностики і терапії зниженої мінеральної щільності кісткової тканини у дітей та підлітків Ви пропонуєте лабораторне визначення рівня вітаміну D, загального й іонізованого кальцію. Чи доцільно визначати рівень загального кальцію для оцінки статусу кальцію у дитини, враховуючи механізми регуляції рівня кальцію у крові шляхом підвищення синтезу парат-гормону у відповідь на гіпокальціємію?

Климова Ю.В. відповідь:

Шановна Оксано Володимирівно, дякую за запитання, дозвольте відповісти. Згідно міжнародних рекомендацій Товариства дитячих ендокринологів (2020 р) «Дитина з підозрою на гіпокальціємію», визначення рівня загального кальцію є першим кроком у діагностиці цього стану, а подальші дослідження включають з'ясування рівню іонізованого кальцію та паратгормону. Оскільки розроблений нами алгоритм орієнтований на лікаря

первинної ланки, ми початково рекомендуємо визначення рівню загального кальцію, а, за необхідності іонізованого кальцію та паратиреоїдного гормону.

(Дякую, відповіддю задоволена).

Солдатова Оксана Володимирівна. Виходячи з актуальності, об'єму та рівня досліджень, наукової новизни результатів, теоретичної та практичної цінності отриманих даних, об'єктивності та обґрунтованості висновків, беручи до уваги особистий внесок здобувача, дисертаційна робота Климової Юлії Вікторівни "Структурно-функціональний стан кісткової тканини, фізичний розвиток та рівень вітаміну D у дітей шкільного віку" є завершеним науковим дослідженням та повністю відповідає вимогам "Порядку присудження ступеня доктора філософії", затвердженого постановою КМУ від 12.01.2022 р. № 44 та Вимогам до оформлення дисертації, затвердженими наказом МОН України № 40 від 12.01.2017 р., що висуваються до дисертаційних робіт на здобуття ступеня доктора філософії і може бути поданою до офіційного захисту. Автор дисертаційної роботи Климова Юлія Вікторівна, заслуговує на присудження ступеня доктора філософії за спеціальністю 228 «Педіатрія».

Результати відкритого голосування:

«За» 5 членів ради,

«Проти» немає членів ради

«Утримались» немає членів ради

На підставі результатів відкритого голосування разова спеціалізована вчена рада присуджує **Юлії Климовій** ступінь доктора філософії з галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 228 Педіатрія

Відеозапис трансляції захисту дисертації додається.

Голова разової спеціалізованої
вченої ради ДФ 26.613.292

Олена ШАРИКАДЗЕ



(підпис)



М.П.