



Академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація педіатрів України
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України
Національний медичний університет ім.О.О. Богомольця

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали ІІІ конгресу педіатрів України
(17-19 жовтня 2006 р., Київ)

НАУКОВІ ТА ПРАКТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ УКРАЇНИ

О.М. ЛУК'ЯНОВА, Ю.Г. АНТИПКІН

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

О.М. Лук'янова – відповідальний редактор
Ю.Г. Антипкін (заступник відповідального редактора), *В.Г. Майданник* (заступник відповідального редактора), *Н.А. Фатюшина* (відповідальною секретар), *Ю.К. Більбот*, *О.П. Волосовець*, *О.З. Гнатейко*, *К.Д. Дука*, *М.М. Коренєв*, *Л.І. Омельченко*, *С.С. Острополець*, *Л.К. Пархоменко*, *В.С. Приходько*, *І.С. Сміян*, *С.К. Ткаченко*

ПРОЦЕСИ соціально-економічного реформування, що охопили всі сфери суспільства, значною мірою стосуються системи охорони здоров'я та розвитку медичної науки в Україні.

На сьогодні в державі існує негативна тенденція до зростання показників малюкової смертності та загальної захворюваності дитячого населення.

Серед причин цього явища, поряд з соціально-економічною нестабільністю суспільства та несприятливим екологічним становищем в більшості регіонів України, значне місце посідає ціла низка медико-біологічних чинників.

На перший план в ній виступають перинатальні фактори, зокрема природжені вади розвитку, спадково-зумовлені захворювання, гіпоксичні ураження ЦНС та внутрішньоутробне інфікування новонароджених, зниження адаптаційно-приспосувальних можливостей дитячого організму до дії різних факторів навколишнього середовища.

Проблема малюкової смертності та перинатальних втрат набуває особливої актуальності з приєднанням у 2006 році України до Конвенції ООН про права дитини та Рекомендації ВООЗ щодо критеріїв перинатального періоду й живонародженості.

Питання поліпшення та збереження здоров'я дітей не можна розглядати без постійного удосконалення та впровадження в життя системи профілактичних заходів на рівні сім'ї, школи, медичних установ та підвищення відповідальності держави й суспільства щодо умов життя та виховання підростаючого покоління.

Надзвичайно актуальними залишаються питання збереження природного вигодовування немовлят і якісного харчування дітей раннього та шкільного віку, часткове вирішення їх передбачено у відповідній програмі МОЗ та АМН України (2006-2010 рр.) щодо підтримки грудного вигодовування та загальнодержавній програмі розвитку виробництва продуктів дитячого харчування (2006-2015 рр.).

Існує нагальна необхідність в розробці та науковому обґрунтуванні системи заходів з оздоровлення дітей, схильних до частих респіраторних захворювань, на підставі поглибленого вивчення стану їх імунітету, визначення груп ризику за соматотипом, індивідуальними особливостями загальної реактивності організму дитини.

Зростання поширеності й частоти хронічної гастроентерологічної патології, хвороб печінки, нирок, уражень опорно-рухового апарату

та та автоімунних хвороб у дітей визначає необхідність вирішення питань підвищення ефективності їх лікування за рахунок розробки та впровадження новітніх медичних технологій та поліпшення вторинної профілактики й реабілітації дітей з цією патологією.

Продовжує зростати актуальність проблеми ендокринних розладів у дітей за рахунок збільшення частоти захворювань щитовидної залози та ожиріння.

Вимагають постійної уваги питання збереження здоров'я дітей шкільного віку.

Необхідні нові організаційні моделі спільної роботи сімейних лікарів, дільничних педіатрів, діагностичних центрів та дитячих лікарень, комп'ютеризація робочих місць лікарів та впровадження телемедицини в педіатричну практику в різних регіонах України.

Для вирішення існуючих проблем доцільним є створення не лише галузевих, а й загальнодержавних програм, спрямованих на збереження та примноження здоров'я дітей України.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ РАХІТУ ТА ЗАПОБІГАННЯ D-ГІПОВІТАМІНОЗНИМ СТАНАМ У ДІТЕЙ

О.М. ЛУК'ЯНОВА, Ю.Г. АНТИПКІН, Л.І. ОМЕЛЬЧЕНКО, Л.В. КВАШНІНА
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

НА ДАНИЙ час проблема D-гіповітамінозу та порушень кальцій-фосфорного обміну в організмі дитини зберігає свою актуальність та привертає значну увагу науковців та дитячих лікарів. Це пов'язано з погіршенням соціально-економічних умов життя, зниженням частки дітей, які знаходяться на природному вигодовуванні, підвищенням кількості дітей, які отримують неадаптовані молочні продукти, погіршенням екології та якості продуктів харчування, зниженням швидкості синтезу вітаміну D₃ у шкірі (зміна спектру УФ-радіації у бік підвищення її більш жорсткої короткохвильової частини, що призводить як до ізомеризації превітаміну у біологічно інертні речовини, так і руйнування вже синтезованого вітаміну D₃).

Прикладом може бути стан кальцій-фосфорного обміну у здорових дітей молодшого шкільного віку, які знаходяться в одному з критичних періодів розвитку дитини. Було встановлено, що у період фізіологічно-напруженого стану дитячого організму у 70% дітей спостерігається гіпокальціємія, у 30% – кількість кальцію знаходиться на нижньому рівні, у 40% підвищується активність загальної лужної фосфатази за рахунок її кісткового ізоферменту. Спостерігається порушення ліпідного складу мембран еритроци-

тів, яке корелює зі зниженнями їх кислотної та осмотичної резистентності та рівнем 2,3-ДФГ, що свідчить про наявність гіпоксії. Однією з основних причин цих порушень є D-гіповітаміноз різного ступеня вираженості: вміст 25ОНD₃ у сироватці крові у всіх обстежених дітей був нижчим 40 нмоль · л⁻¹, в той же час в останні роки склалася думка про його оптимальний рівень не менше за 75 нмоль · л⁻¹.

Після прийому профілактичного курсу вітаміну D₃ (1 таблетка відеїну 2000 МО та 1 капсула на добу Мікродевіту протягом 1 місяця), вміст перелічених показників в крові мав стійку тенденцію до нормалізації. При цьому спостерігається зрушення у показниках загального кальцію у бік збільшення вмісту його біологічно активної форми, а саме: у обстежених дітей близько 78% від загального кальцію припадало на частку ультрафільтруючої форми, що свідчило про підвищення інтенсивності дії іонів кальцію у фізіологічних процесах під час інтенсивного росту дітей.

Дефіцит кальцію та вітаміну D₃ слід розглядати як значно поширений патологічний стан, який є фактором ризику широкого кола захворювань і повинен розцінюватися як несприятливий преморбідний стан. Великою помилкою є відмова від широкого профілактичного застосування вітаміну D в дитячому віці через побоювання токсичної дії його препаратів, яка, згідно з даними літератури, може виникати лише при концентрації 25ОНD₃ в крові більше 220 нмоль/л, що відповідає добовій дозі 10000 МО і більше при тривалому призначенні.

На підставі багаторічних досліджень, які проводились спільно з Інститутом біохімії НАН України, отримано дані про клінічні симптоми рахіту в сучасних умовах, розроблено класифікацію рахіту та рахітоподібних захворювань, а також оптимізовано лікувальні та профілактичні дози вітаміну D й методики його використання у дітей різних вікових груп.

МОРФОЛОГІЧНІ ТА МЕТАБОЛІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФІБРОГЕНЕЗУ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ГЕПАТИТАМИ

О.М. ЛУК'ЯНОВА, В.С. БЕРЕЗЕНКО, Т.Д. ЗАДОРЖНА, В.К. ТИЩЕНКО
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ХРОНІЧНІ захворювання печінки як у дорослих, так і дітей супроводжуються активацією процесів фіброгенезу, темпи якого визначають швидкість формування цирозу печінки та функціональну недостатність органа.

З метою оцінки фіброгенезу печінки у 76 дітей з хронічним вірусним гепатитом В (ХГВ), 64 – з хронічним вірусним гепатитом С (ХГС) та у 35 з автоімунним гепатитом (АГ) в сироватці крові досліджено рівень деяких метаболітів обміну сполучної тканини (СТ): загальний гідроксипролін та окремі його фракції (вільний, пептидо- та білковозв'язаний гідроксипролін – ВГП, ПГП, БГП), а також активність еластази – ферменту деструкції компонентів СТ. Для контролю обстежено 20 практично здорових дітей. Гістологічну та імуногістохімічну оцінку фіброзу проведено у 40 дітей з ХГВ та 9 з АГ, яким було виконано пункційну біопсію печінки.

Отримані результати засвідчили, що хронічний гепатит (ХГ) у дітей супроводжується дисбалансом між синтезом та деструкцією СТ в бік посилення синтезу, про що свідчило зростання більш ніж в 2 рази вмісту в сироватці крові БГП. Активація колагеноутворення у наших хворих супроводжувалась і посиленням катаболізму молодого колагену на фоні зниження еластазної активності сироватки крові. За відсутності активного процесу в печінці у дітей з ХГ в фазі реплікації вірусу спостерігалась активація фіброгенезу на фоні незмінної активності еластази, більш значна у хворих з ХГВ. Однак у обстежених даної групи більш високими, порівняно з ХГС, були процеси деструкції зрілого колагену, що проявлялося зростанням у них в сироватці крові вмісту ПГП. Підвищений метаболізм синтезованого колагену (за рівнем ВГП) спостерігався і в період ремісії ХГВ. В той же час в періоді ремісії ХГС виявлено пригнічення метаболічних процесів, спрямованих на деструкцію новоутвореної СТ в печінці. Виявлено залежність фіброгенезу від активності процесу в печінці у дітей з АГ. У хворих з високоактивним АГ відмічалась активація синтезу колагену та активний метаболізм його молодих форм на фоні пригнічення катаболічних процесів СТ та відсутності змін еластазної активності. В міру зменшення запалення в печінці активність колагеноутворення знижується та посилюються процеси деструкції новоутвореної СТ, досягаючи максимуму у дітей з мінімально активним та біохімічно неактивним АГ. Однак відновлення балансу між синтезом та деструкцією СТ у цих хворих не відбулося.

Достовірним гістологічним маркером активації фіброгенезу у обстежених хворих була «капіляризація» синусоїдів. Оцінка фіброзу печінки за системою METAVIR виявила більшу частоту стадії F2 у дітей з ХГС. У біоптатах хворих на ХГВ, на відміну від ХГС, зустрічався переважно фіброз портальних трактів. ХГС відрізнявся більш вираженим і поширеним склерозом, причому як портальних трактів, так і септ (порто-портальних та порто-центральных). Дослідження різних типів колагену показало, що в біоптатах дітей з ХГС щільний колаген I типу було виявлено не лише в портальних трак-

тах, що є варіантом норми, а й у просторі Дісе та стінці центральної вени, що вказує на переважання процесів синтезу колагену, в той час як у хворих з ХГВ переважав метаболічно активний колаген III типу. У більшості хворих з АГ мав місце виражений фіброз (F2-F3), в якому превалював колаген I типу, у третини з них виявлено гістологічні ознаки цирозу печінки.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИРОДНОГО ІМУНОМОДУЛЯТОРА ТРАНСФЕР ФАКТОР ПЛЮС У ДІТЕЙ З РЕЦИДИВУЮЧИМ БРОНХІТОМ

Ю.Г. АНТИПКІН, В.Ф. ЛАПШИН, Т.Р. УМАНЕЦЬ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

СЕРЕД контингенту дітей, котрі хворіють на гострі респіраторні інфекції, значну частину складають діти з рецидивуючим бронхітом (РБ). Нині в комплексі імунореабілітації за даної патології широко застосовуються імуномодулятори різних класів. Найбільш адекватними для дитячого організму вважаються природні, так звані ендогенні імуномодулятори, до яких відносяться дієтичні добавки Трансфер фактори на основі молозива корів, розроблені компанією «4 Life Research» (США).

Метою наших досліджень було вивчення клінічної ефективності Трансфер фактор плюс в комплексі імунореабілітаційних заходів у дітей з рецидивуючим бронхітом. Під нашим спостереженням знаходились 60 дітей віком 5-14 років з рецидивуючим бронхітом, які на фоні традиційного реабілітаційного лікування отримували Трансфер фактор плюс протягом місяця. Критеріями ефективності імунореабілітаційних заходів були частота рецидивів захворювання та випадків гострих респіраторних інфекцій, стан імунної резистентності.

Встановлено, що застосування дієтичної добавки Трансфер фактор плюс в комплексі імунореабілітаційних заходів у дітей з рецидивуючим бронхітом позитивно впливає на клінічний перебіг захворювання, зменшує частоту випадків ГРЗ. Терапевтичний ефект Трансфер фактор плюс пов'язаний з імуномодулюючими властивостями, зокрема з впливом на клітинну ланку імунітету (збільшення кількості CD3+, CD4+ клітин, нормалізацію CD19+ клітин та імунорегуляторного індексу), а також впливом на макрофагальні реакції слизової оболонки дихальних шляхів.

Таким чином, проведені дослідження дозволили рекомендувати Трансфер фактор плюс в комплексі імунореабілітаційних заходів у дітей з рецидивуючим бронхітом.

ЦИРОЗИ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ – ПИТАННЯ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ

О.М. ЛУК'ЯНОВА, М.Ф. ДЕНИСОВА, Н.В. ЧЕРНЕГА, С.М. ДОНДЕ,
М.Б. КАНІБОЛОЦЬКА

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ЦИРОЗ печінки (ЦП) є найбільш тяжким інвалідизуючим захворюванням печінки, актуальна значущість якого визначається не тільки тяжкістю перебігу самого захворювання, але й ровитком небезпечних ускладнень – печінкової недостатності, портальної гіпертензії, які можуть призводити до летальних наслідків.

За сучасними статистичними даними, в останні 10 років у розвинутих країнах частота ЦП збільшилась на 10-15%. Згідно з даними відділення гастроентерології ППАГ АМНУ в структурі хронічних захворювань печінки за останні 10 років спостерігається тенденція до збільшення питомої ваги ЦП у дітей з 2 до 7%.

Проведено ретроспективний аналіз 25 історій хвороб дітей з цирозами печінки за 1995-2005 роки. Встановлено, що основним чинником ЦП є вірусна інфекція, а саме: в 52% випадків – вірус гепатиту В, в 24% – вірус гепатиту С, в 8% – вірус гепатиту А. ЦП було діагностовано також у 8% дітей з автоімунним гепатитом, біліарний ЦП мали 4% хворих. ЦП невизначеної етіології становив 8%. Вік дітей з вперше виявленим ЦП коливався від 4 до 16 років і зустрічався приблизно однаково як серед хлопчиків (60%), так і серед дівчаток (40%).

Одними з перших скарг у дітей з ЦП були: підвищена втомлюваність (92%), зниження апетиту (72%), слабкість (64%), носові кровотечі (5%), головний біль (36%).

При об'єктивному обстеженні виявляли спленомегалію (96%), телеангіектазії (68%), венозну судинну сітку на передній стінці грудної та черевної порожнин (64%), іктеричність слизових оболонок (60%), пальмарну еритему (52%), жовтяничність шкіри (20%), гепатомегалію (12%), сверблячку шкіри (8%). Зменшення розмірів печінки виявлено у 16% дітей з тривалістю захворювання більше 7 років. Явища гіперспленізму при першому обстеженні мали 12% дітей, в динаміці спостереження цей показник збільшився до 27%. Синдром цитолізу мали 60% дітей. Середні показники АлАТ та АсАТ становили 199,6±54,0 МО/л та 193,4±53,6 МО/л відповідно. В динаміці цей синдром зберігався у 36% хворих, однак активність ферментів була значно нижчою.

Імунозапальний синдром спостерігався у 64% дітей, синдром

холестази – у 36%. Гіпербілірубінемію мали 68% дітей; гіпоальбумінемію виявлено у 24% хворих, в динаміці спостереження відсоток дітей з гіпоальбумінемією значно зріс і становив 68%. Зниження в сироватці крові рівня холестерину відмічено у 25% хворих при першому обстеженні та у 44% при повторному.

Таким чином, проведений аналіз клініко-параклінічних особливостей дозволив визначити основні клінічні варіанти ЦП у дітей: ЦП з активним гепатитом – у 60%, з синдромом портальної гіпертензії – у 80% (з яких 25% хворих мали також ознаки печінково-клітинної недостатності та 20% – набряково-асцитичний синдром); холестатичний варіант ЦП мали 36% хворих. Згідно з отриманими результатами 84% дітей з ЦП було віднесено до класу А за шкалою Child–Pugh (компенсований ЦП), 12% – до класу В (субкомпенсований), 4% – до класу С (декомпенсований).

Лікування дітей з ЦП було індивідуалізовано з урахуванням стадії захворювання та характеру основних патофізіологічних синдромів.

Найбільш перспективним методом лікування ЦП є трансплантація печінки, на користь чого свідчать як дані зарубіжних дослідників, так і перший особистий досвід.

СТАН ОКИСНОЇ РЕАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

В.Г. МАЙДАННИК¹, М.В. ХАЙТОВИЧ¹, Є.А. БУРЛАКА¹, А.П. БУРЛАКА², Є.П. СИДОРИК²

¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.

²Інститут експериментальної патології, онкології та радіобіології ім. Р.Є. Кавецького, м. Київ

ЯК ВІДОМО, наростання швидкості генерування радикальних форм кисню (РФК) та оксиду азоту (NO), зумовлене активацією ферментативних та неферментативних джерел клітин стінки судин та клітин фагоцитарного ряду, відіграє провідну роль в розвитку серцево-судинної патології, зокрема артеріальної гіпертензії (АГ) на ініціальному етапі та при формуванні ускладнень. Інтенсифікація утворення цих молекул є наслідком зрушення метаболізму кисню в мітохондріях у бік підвищеної окисної реактивності під впливом провокуючих факторів екзогенної та ендогенної природи.

Метою дослідження було вивчення стану окисної реактивності у дітей, хворих на артеріальну гіпертензію.

Обстежено 25 дітей (9 дівчаток та 16 хлопчиків) віком 12-16 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в Центрі діа-

гностики та лікування вегетативних дисфункцій в м. Києві. За даними добового моніторингу артеріального тиску у 15 з них виявлено порушення добового профілю артеріального тиску у вигляді стабільної артеріальної гіпертензії (САГ), у 10 – лабільної артеріальної гіпертензії (ЛАГ). Стан окисної реактивності у хворих оцінювали за рівнями продукування супероксидних радикал-аніонів ($O_2^{\cdot -}$) НАДФН-оксидазою та оксиду азоту індукцією синтазою оксиду азоту (iNOS) в нейтрофільних гранулоцитах периферичної крові.

Встановлено наявність підвищених рівнів генерування супероксидних радикал-аніонів нейтрофільними гранулоцитами периферичної крові: у хворих з САГ – $2,72 \pm 1,63$ нмоль/ $1 \cdot 10^3$ клітин, у хворих з ЛАГ – $2,2 \pm 1,52$ нмоль/ $1 \cdot 10^3$ клітин ($p > 0,05$). Рівень активації NO-продукуючої активності нейтрофільних гранулоцитів периферичної крові становив у хворих з САГ і ЛАГ відповідно $11,85 \pm 5,68$ та $2,69 \pm 1,65$ нмоль/ $1 \cdot 10^6$ клітин ($p < 0,05$). У пацієнтів з САГ даний показник був достовірно вищим, ніж у хворих з групи з ЛАГ. Отримані нами показники перевищують фізіологічно доцільні рівні, які становлять для $O_2^{\cdot -}$ $0,45 \pm 0,05$ нмоль/ $1 \cdot 10^3$ клітин, для NO – $1,45 \pm 0,45$ нмоль/ $1 \cdot 10^6$ клітин.

Отже, факт активації імунокомпетентного пулу клітин у дітей, хворих на АГ, дає можливість відмітити наявність автоагресивного механізму в патогенезі захворювання. Розвиток «дихального вибуху» в попередньо стимульованих фагоцитуючих клітинах є кінцевим проявом наростання окисної реактивності. Маркерними показниками цього стану є значне підвищення рівня швидкості генерування РФК та NO.

Артеріальна гіпертензія є прикладом захворювання, розвиток якого визначається дисбалансом в функціональній спрямованості впливу NO, оскільки вказана молекула, у великій кількості генерована мітохондріальними джерелами клітин стінки судин та нейтрофільними гранулоцитами периферичної крові при «дихальному вибуху», переключається з активності, спрямованої на забезпечення вазодилатації, на автоагресивний шлях. Проявами даного впливу з боку супероксидних радикал-аніонів є формування багатоступеневих дезинтеграційних та ремодуючих змін стінки судин, що визначають ендотеліальну дисфункцію (неадекватність вазодилатації та вазоконстрикції). Розробка схем патогенетичної терапії дітей, хворих на артеріальну гіпертензію, вимагає оцінки рівня вказаних показників.

КОРЕЛЯЦІЙНИЙ ЗВ'ЯЗОК МІЖ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИМИ ТА МОРФОЛОГІЧНИМИ ЗМІНАМИ У ДІТЕЙ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ

В.Г. МАЙДАННИК, В.А. АНТОНЕЦЬ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ОДНИМ із найбільш поширених захворювань стравоходу вважається гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба. Деякі автори вважають, що «золотим стандартом» діагностики гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) є езофагогастроуденоскопія. Цей метод високоспецифічний, але малочутливий. Але при зіставленні ендоскопічних і морфологічних даних було виявлено, що при гістологічному дослідженні наявність ГЕР діагностують в 2,5-3 рази частіше, ніж при ендоскопії. Тому ендоскопію стравоходу слід розглядати як допоміжний діагностичний метод, а найбільш діагностичним методом для встановлення діагнозу ГЕР є морфологічний метод.

Метою роботи було проведення кореляційного аналізу даних морфологічного дослідження з клінічними проявами у дітей з ГЕР.

Під нашим спостереженням перебувало 42 дитини з ГЕР віком від 10 до 16 років. Всім дітям, крім клінічного обстеження, проводили ФГДС і добовий рН-моніторинг стравоходу. Крім того, у 24 дітей проводили гістологічне дослідження біоптатів слизової оболонки стравоходу.

При проведенні ФГДС у 7 дітей макроскопічних змін не виявлено, у 10 – діагностовано езофагіт I ступ., у 6 – езофагіт II ступ., в одному випадку мав місце ендоскопічно діагностований стравохід Баррета.

Характер структурних змін стінки стравоходу відрізняється у дітей з однаковими ендоскопічними проявами. Так, на початкових етапах захворювання у дітей значно збільшується загальна кількість рефлюксів, але час перебування шлункового вмісту в стравоході не дуже значний ($15,12 \pm 3,59\%$ за добу), що морфологічно проявляється збільшенням шарів епітеліальної пластинки слизової оболонки стравоходу в бік прискорення трансформації лускатих клітин у десквацити, звуженням інших шарів і порушенням розташування клітин базального шару, а також дистрофією й десквамацією клітин в кардіальних залозах. При прогресуванні захворювання загальна кількість рефлюксів зменшується, але збільшується тривалість кожного рефлюксу та збільшується час стравохідної експозиції кислоти ($32,78 \pm 4,03\%$ за добу) в стравоході. Морфологічно це проявляється ознаками атрофії й десквамації поверхневих клітин, гідропічної дистрофії епітеліо-

цитів лускатого шару та гіаліновою дистрофією в зоні базальних епітеліоцитів.

У дітей з більш поширеним і глибоким ураженням слизової оболонки характерно збільшення загальної кількості рефлюксів та їх тривалості, що, в свою чергу, призводить до збільшення часу перебування шлункового вмісту в стравоході ($53,02 \pm 11,09\%$ за добу). Це зумовлює більш глибокі структурні зміни слизової оболонки стравоходу: гідропічну дистрофію, некроз клітин, інфільтрацію та інтрануклеарну вакуолізацію. Коефіцієнт кореляції між загальною кількістю рефлюксів з рН $< 4,0$ і макроскопічним і мікроскопічним ступенями ураження слизової оболонки стравоходу становить $+0,34$ і $+0,42$ ($p < 0,05$) відповідно, що свідчить про помірний ступінь зв'язку між цими показниками.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ ПРИ ПЕРВИННОМУ ТА ВТОРИННОМУ ЕНУРЕЗІ У ДІТЕЙ

В.Г. МАЙДАННИК, І.О. МІТЮРЯЄВА, О.В. СУЛІКОВСЬКА, Т.Д. КЛЕЦЬ
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

ДАНІ світової статистики свідчать про те, що 10% населення страждають на розлади сечовипускання. Значна поширеність патології в останні роки (від 10 до 33% дітей залежно від віку та 1-2% дорослих) вимагає подальшого вивчення причин енурезу.

Метою дослідження було дослідження стану вегетативної регуляції при первинному та вторинному енурезі у дітей методом аналізу добової варіабельності ритму серця (ВРС).

Дослідження добової ВРС було проведено у 25 дітей, хворих на енурез, віком 7-15 років. Серед них було 17 (68,0%) дітей з первинним енурезом та 8 (32,0%) – з вторинним енурезом. Переважно це були хлопчики (89%) та діти віком 7-11 років (78%). Контрольну групу складала 20 здорових дітей. Оцінку ВРС проводили за 24-годинним записом кардіоритмограми за допомогою спеціальної програми аналізу добової ВРС «КардиоБиоритм». Відповідно до Міжнародних стандартів вимірювання, фізіологічної інтерпретації та клінічного використання, розроблених робочою групою Європейського кардіологічного товариства і Північно-американського товариства кардіостимуляції та електрофізіології, використовували такі показники часового аналізу ВРС: середній NN-інтервал (NN-i, мс), середнє значення всіх 5-хвилинних стандартних відхилень NN-інтервалів з довжиною хвили менше 5 хв (SDNN-i, мс), стандартне відхилення середніх NN-інтервалів з

довжиною хвили більше 5 хв (SDANN-i, мс), квадратний корінь середнього значення квадратів різниць довжин послідовних NN-інтервалів (rMSSD, мс), відсоток сусідніх NN-інтервалів, різниця між якими перевищує 50 мс (pNN50, %). При частотному аналізі ВРС використовували потужності коливань дуже низької (VLF), низької (LF), високої (HF) частот та співвідношення LF/HF.

За даними часового аналізу добової ВРС встановлено достовірну відмінність показника SDANN-i у дітей при первинному та вторинному енурезі порівняно із здоровими дітьми контрольної групи ($103,3 \pm 11,2$ мс та $123 \pm 17,1$ мс проти $145 \pm 10,9$ мс відповідно; $p < 0,05$). Крім того, у дітей при первинному енурезі порівняно з вторинним значення показника SDANN-i достовірно нижче ($103,3 \pm 11,2$ мс проти $123 \pm 17,1$ мс; $p < 0,05$). При вторинному енурезі значення потужностей дуже низької (VLF), низької (LF) та високої (HF) частот достовірно перевищували контрольні ($3425 \pm 1506,4$ мсI проти $1406,4 \pm 615,2$ мсI; $2346,2 \pm 1402,1$ мсI проти $1261,8 \pm 1108,6$ мсI; $2594 \pm 1175,8$ мсI проти $1589,3 \pm 1603,1$ мсI; $p < 0,05$). При первинному енурезі визначено достовірну різницю у показників дуже низької (VLF) та низької (LF) частот ($2916 \pm 1218,4$ мсI проти $1406,4 \pm 615,2$ мсI; $2079,3 \pm 850,7$ мсI проти $1261,8 \pm 1108,6$ мсI; $p < 0,05$).

Встановлені зміни добової ВРС свідчать про напруження надсегментарного рівня ВНС та симпатичної барорефлекторної регуляції у дітей як при первинному, так і при вторинному енурезі. За даними часового аналізу у дітей при первинному енурезі встановлені зміни достовірно більш виражені.

ДЕЯКІ КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕНУРЕЗУ У ДІТЕЙ

В.Г. МАЙДАННИК, Т.Д. КЛЕЦЬ, І.О. МІТЮРЯЄВА
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

МЕТОЮ даного дослідження було виявлення клініко-функціональних особливостей перебігу енурезу у дітей порівняно з іншими формами вегетативних дисфункцій.

Обстежено 213 дітей з енурезом віком 5-16 років. Спостереження за дітьми проводилось у Центрі вегетативних дисфункцій та у відділенні старшого дитинства дитячої клінічної лікарні № 6 м. Києва.

За статтю хворі розподілялись наступним чином: хлопчиків – 150 (70,4%), дівчаток – 63 (29,6%). Тобто, у хлопчиків енурез

зустрічався в 2,4 раза частіше. При цьому первинний енурез було діагностовано у 43 (67,1%) дітей, а вторинний – у 70 (32,9%). У 19 (8,9%) хворих на енурез дітей нетримання сечі поєднувалось із енкопрезом.

Групу порівняння складали 68 дітей з різними формами вегетативних дисфункцій такої ж вікової категорії, серед яких хлопчиків було 36 (53,0%), а дівчаток 32 (47,0%).

При вступі до стаціонару у всіх хворих спостерігався поліморфізм клінічних симптомів, що охоплював одночасно декілька систем.

У хворих обох досліджуваних груп дуже частими були скарги церебрастенічного характеру (головний біль, запаморочення, втрата свідомості). Більше половини дітей з енурезом страждало на головний біль (53,3%), проте значно частіше він зустрічався при вегетативних дисфункціях (94,1%), третину хворих на енурез непокоїли запаморочення (28,6%), але достовірно вони переважали при вегетативних дисфункціях (73,5%). Втрата свідомості дещо частіше спостерігалась у хворих групи порівняння (17,6% проти 8,9% при енурезі). Проте достовірних відмінностей нами виявлено не було.

Досить часто у всіх обстежуваних хворих відмічались ознаки синдрому дизадаптації. Так, підвищена стомлюваність була однаково характерною як для енурезу (44,1%), так і для вегетативних дисфункцій (57,4%). Майже з однаковою частотою зустрічалась і непереносимість транспорту (6,1% при енурезі та 13,2% при вегетативних дисфункціях, що не має достовірних відмінностей). Проте підвищена метеочутливість з високою достовірністю переважала при енурезі (17,8% проти 4,4%).

Ознаки порушення транскапілярного обміну у вигляді поліартралгій були досить характерними для обох груп (25,4% при енурезі та 17,6% при вегетативних дисфункціях), що не мало достовірних відмінностей.

Значна частина хворих на енурез (23,9%) скаржилася на біль в серці. Як правило, біль мав колючий або ниючий характер, був короткотривалим та не мав органічного підґрунтя. Значно частіше біль в серці зустрічався при ВД (36,8%).

Відчуття нестачі повітря, що супроводжувалось глибокими вдихами без видимої причини, значно частіше виникало у хворих на енурез (14,6%).

Органічних змін з боку серця та органів дихання у цих дітей виявлено не було.

Більше половини хворих обох груп скаржились на шлунково-кишковий дискомфорт, проте при енурезі ці скарги переважали з

високою достовірністю (158 хворих з енурезом (74,2%) та 35 – з ВД (51,5%), $p < 0,01$). Так, у 57,3% хворих на енурез відмічався біль в животі, у 40,8% – нудота, у 29,6% – зниження апетиту.

При енурезі значно частіше, ніж при ВД, спостерігались нервові тіки (9,9%), що свідчить про переважання у цій групі невротичних розладів.

Таким чином, при аналізі скарг ми встановили, що діти, хворі на енурез, мають ознаки всіх форм вегетативної дисфункції (ВД). Скарги церебрастенічного характеру, як ознака НЦД, досить часто зустрічаються при енурезі, проте більш притаманні вони дітям з ВД. Майже з однаковою частотою в обох групах зустрічаються ознаки дизадаптивного синдрому (НЦД) із переважанням підвищеної метеочутливості при енурезі. Ознаки ВВД у вигляді серцевого болю без органічного ураження серця частіше зустрічаються у дітей з вегетативними дисфункціями ($p < 0,05$). Проте ознаки ВВД (біль у животі, нудота, зниження апетиту, закрепи) з високою достовірністю переважають у хворих на енурез. Ознаки невротичних розладів також більш притаманні енурезу, порівняно з іншими клініко-патогенетичними формами ВД.

Привертає увагу той факт, що переважна більшість хворих на енурез дітей (155 дітей, що складає 72,8%) народилися від ускладненої вагітності. При цьому у 38,0 та 36,6% матерів спостерігався токсикоз I та другої II половин вагітності відповідно, у 42,7% – загроза переривання вагітності у різних термінах. Майже третина матерів (28,2%) відчували на собі дію гострих або хронічних стресів. У 25,4% (54 жінки) під час вагітності спостерігались гострі вірусні або запальні захворювання, у 6,1% – анемія різного ступеня. 163 (76,5%) хворі на енурез дитини народилися від патологічних пологів. При цьому 30 (14,1%) дітей народилися раніше, а 10 (4,7%) – пізніше терміну. У 42 (19,7%) породілей спостерігалась слабкість пологової діяльності, внаслідок чого було використано допоміжні, травматичні для дитини засоби розродження (медикаментозна стимуляція пологової діяльності – 16,7%, видушування плода – 21,4%, накладання акушерських щипців – 14,3%, вакуум-екстракція плода – 4,8%, кесарів розтин – 42,9%).

При дослідженні раннього розвитку дітей було встановлено, що переважна більшість розвивалась згідно з віком (184 дитини – 86,4%), у 4 (1,9%) дітей було діагностовано затримку фізичного, а у 25 (11,7%) – затримку нервово-психічного розвитку. На фоні затримки нервово-психічного розвитку первинний енурез виник у 18 (72,0%), а вторинний – у 7 (28,0%) дітей.

На першому році життя 44 (20,7%) дитини основної групи мали ознаки перинатальної енцефалопатії (ПЕП). На фоні ПЕП

первинний енурез виник у 27 (61,4%) хворих, а вторинний – у 17 (38,6%).

Таким чином, було встановлено, що переважна кількість дітей з групи енурезу (більше 70%) народилась від патологічної вагітності та пологів. Значна частина з них на першому році життя мала ознаки ПЕП та затримки нервово-психічного розвитку, що свідчить про досить глибоке перинатальне ураження головного мозку. При цьому резидуально-органічний фон мав велике значення для розвитку не лише первинного, але й вторинного енурезу.

Із супутніх захворювань 158 (74,2%) хворих на енурез із 213 мали хронічний тонзиліт, із них 140 (88,6%) – в компенсованій формі та 18 (11,4%) – в декомпенсованій. В контрольній групі ці показники розподілялись наступним чином: хронічний тонзиліт мали 50 (73,5%) хворих, причому із високою достовірністю переважала декомпенсована форма захворювання (24 хворих – 48,0%, $p < 0,001$).

Дискінезію жовчовивідних шляхів (ДЖПВ) за даними анамнезу та УЗД діагностовано у 119 (55,9%) хворих на енурез, що дещо переважає аналогічний показник у контрольній групі (27 хворих – 39,7%, $p < 0,05$).

Гіперплазію щитовидної залози без порушення функції виявлено у 45 (21,1%) хворих на енурез та у 11 (16,2%) – в групі контролю, що не має достовірної різниці.

Було встановлено належність хворих до типів конституції. Так, м'язовий тип конституції мали 149 (70,0%) хворих на енурез, дигестивний – 13 (6,1%), торако-астеноїдний – 51 (23,9%). У дітей з контрольної групи дещо частіше зустрічався дигестивний тип конституції, порівняно з хворими на енурез, в той час як при енурезі спостерігалась тенденція до зростання частоти торако-астеноїдного типу, що може свідчити про більш високу загальну астенізацію організму.

При аускультатії серця було встановлено, що 162 (76,1%) із 213 хворих на енурез мали ясні звучні серцеві тони, у 51 (23,9%) дитини вони були ослаблені. У 95 (44,8%) хворих на енурез вислуховувався функціональний систолічний шум на верхівці, в 5 точці, по лівому краю грудини, водночас у хворих на ВД систолічний шум реструвався значно частіше (у 58 із 68 хворих – 85,3%, $p < 0,001$).

Таким чином, в ході проведеного дослідження було встановлено, що у дітей, хворих на енурез, має місце висока частота порушень в пре- та постнатальному періодах, що призводить до формування в подальшому у таких дітей мінімальних дисфункцій мозку (МДМ), які при грубих ураженнях вже з перших місяців

життя проявляються перинатальними енцефалопатіями, а надалі – затримкою нервово-психічного розвитку та зниженням інтелекту. Як виражені, так і субклінічні ураження мозкових структур призводять до затримки дозрівання певних відділів центральної та вегетативної нервової системи, відповідальних за контроль над функцією сечового міхура, що призводить до розвитку енурезу. Ураження ВНС при енурезі проявляється ознаками усіх форм ВД з переважанням симптомів вегето-вісцеральної дисфункції.

МАТЕМАТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ АНАЛІЗУ ВІДГУКУ НОВИХ ГАЗОЧУТЛИВИХ СЕНСОРІВ НА ВИДИХУВАНЕ ПОВІТРЯ ЛЮДИНИ ЯК ЕТАП У РОЗРОБЦІ ДИХАЛЬНОГО ТЕСТУ

М.М. КОРЕНЄВ¹, Є.Г. КУЩ¹, Л.В. КАМАРЧУК¹, О.П. ПОСПЄЛОВ², Г.В. КАМАРЧУК³

¹ Відділення педіатрії та реабілітації, Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України, пр. 50р. ВЛКСМ, 52-А, Харків, Україна, 61153;

² Національний технічний університет «ХПІ», вул. Фрунзе 21, Харків, Україна, 61002;

³ Фізико-технічний інститут низьких температур ім. Б.І. Веркіна НАН України, пр. Леніна 47, Харків, Україна, 61103.

НЕЩОДАВНО нами вперше було встановлено, що нові органічні сполуки (похідні солей TCNQ) міняють свої провідні властивості при контакті з видихуваним повітрям (ВП) людини [Kamarchuk et al., 2005]. Пілотні випробування принципово нових газочутливих сенсорів, створених на основі цих матеріалів, довели, що їх відгук на дію ВП хворих з виразковою хворобою та хронічними захворюваннями шлунка має відмінності у порівнянні з відгуком у здорових осіб.

Враховуючи перспективи застосування нових сенсорів для неінвазивної діагностики та моніторингу захворювань людини розгорнуто їх поглиблені клінічні випробування. Отримано великий масив експериментальних даних, які потребують уніфікованої математичної обробки. Основною характеристикою, яка підлягає аналізу, є залежність електричної напруги (V), що падає на сенсорі, від часу (t). Криві відгуку $V(t)$ мають складний характерний вигляд та включають максимуми періодів експозиції та релаксації. Аналіз їх поведінки дозволив визначити характерні індекси, які найбільш повно відбивають особливості відгуку сенсора: максимум стаціонарної ділянки періоду експозиції, абсолютний експозиційний максимум, абсолютний релаксаційний максимум, відношення висоти релаксаційного максимуму від стаціонарного рівня кривої експозиції до абсолютної величини

цього максимуму, нахили початкових ділянок кривих експозиції та релаксації, нахил кінцевої ділянки кривої релаксації, різниця диференціалів початкової та кінцевої ділянок вихідного сигналу, час встановлення стаціонарного рівня протягом експозиції, час релаксації.

Запропоновані показники дозволять реалізувати уніфікований комп'ютерний аналіз отриманих даних та визначити критерії діагностики гастродуоденальної патології за допомогою нового дихального тесту.

ДО ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЧАСНОЇ КАРДІАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ДОНЕЦЬКОГО РЕГІОНУ

С.С. ОСТРОПОЛЕЦЬ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ЗАХВОРЮВАННЯ органів кровообігу є однією з найважливіших проблем медицини та, зокрема, педіатрії в силу їхньої значної поширеності й вираженої тенденції до подальшого росту. Аналіз вивчення питомої значущості захворювань кардіальної патології у дітей, які живуть у Донецькому промисловому регіоні, дозволив дійти висновку, що структура захворювань серцево-судинної системи у дітей за останні десятиліття зазнала істотних змін. На першому місці знаходяться незапальні захворювання органів кровообігу. При цьому збереженні високої частоти природжених вад серця і судин спостерігається прогресуюче збільшення частоти функціональних розладів та, зокрема, дистонічних станів. Причому в більшості дітей (74,4%) їх перші клінічні прояви збіглися з так званими «сенситивними періодами розвитку»: 7-9 і 11-12 років.

Широке використання ультразвукового дослідження серця у дітей дозволило констатувати в значного числа осіб синдром малих структурних аномалій. Особливо часто зазначений вид патології за даними нашої клініки (Г.І. Баєшко) виявляється у дітей, народжених від юних матерів (33,8%). Спостереження даного контингенту дітей у динаміці дозволило констатувати в значного числа із них (66,8%) різні патологічні зміни з боку серцево-судинної системи, зниження її адаптаційних можливостей. Зазначені обставини диктують необхідність ретельного кардіологічного обстеження дітей, народжених від юних матерів, із включенням до комплексу методів УЗД, а також їхнє спостереження в спеціальній диспансерній групі.

До найбільш актуальних у нашому регіоні відноситься проблема порушення ритму серця у дітей, особливо загрозливих для життя аритмій, частота яких зростає.

Досить істотне місце в кардіальній патології дітей регіону займає ураження міокарда, стан якого є основним чинником, що визначає ефекторну діяльність серця. Результати власних спостережень та дані літератури дозволяють нам запропонувати розподіл уражень міокарда на первинні й вторинні. До першої, складової меншої частини, варто віднести запальні ураження серцевого м'яза, його зміни при природжених вадах серця, доброякісні та злоякісні пухлини, травми серця, а також досить інтенсивно досліджувані в останні десятиліття кардіоміопатії, до яких, відносяться захворювання міокарда невідомої етіології, що включають дилатаційну, гіпертрофічну, рестриктивну й правошлуночкову аритмогенну форми. Основну частину вторинних уражень міокарда за нашими даними складає вторинна кардіоміопатія різного генезу. Частота запальних уражень серцево-судинної системи в Донецькому регіоні істотних змін не зазнала. Поряд з цим слід зазначити, що в останні роки стали трохи частіше реєструватися септичний ендокардит і випадки тяжкого перебігу ревматичного процесу, що, цілком ймовірно, зумовлено як особливостями індивідуальної імунологічної реактивності, так і метаморфозою мікробної флори, резистентністю до антибіотиків, підвищенням вірулентності й поширення ревматогенного штаму β -гемолітичного стрептокока групи А.

ПУЛЬМОНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КАРДІАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

С.С. ОСТРОПОЛЕЦЬ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ОРГАНИ дихання та кровообігу становлять єдину кардіореспіраторну систему, значною мірою визначальний стан гомеостазу. Її складові знаходяться в постійній взаємодії, при цьому зміни однієї спричиняють зміни іншої, маючи у своїй основі компенсаторний характер, спрямований на збереження сталості внутрішнього середовища організму. У тих випадках, коли діючий фактор перевищує адаптаційні можливості кардіореспіраторної системи, виникає патологічний процес, що включає як функціональні, так і структурні порушення.

Характер і ступінь ураження легень при захворюваннях серцево-судинної системи визначається особливостями й тривалістю

перебігу основного захворювання, а також їхнім вихідним станом. Спектр патологічних змін з боку легень, з огляду на їхню поліфункціональність, досить різноманітний і включає порушення зовнішнього дихання, гемодинамічні, запальні, алергічні, метаболічні, структурні й незворотні морфологічні зміни. Часто спостерігається поєднання тих або інших порушень. Найчастіше первинно виникають зміни в судинній системі легень, призводячи до порушення гемодинаміки в малому колі кровообігу, формуванню легеневої гіпертензії, затримці рідини в органах подиху, зниженню місцевого і загального імунітету і розвитку на цьому тлі запальних змін, звичайно досить рефрактерних до терапії. Виниклі патологічні процеси в легенях у свою чергу впливають на стан кровообігу, у результаті чого поєднана кардіореспіраторна патологія призводить до формування синдрому взаємного обтяження – своєрідного порочного кола, що спричиняє прогресивне погіршення стану хворого.

В останні роки в зв'язку з прогресом променевої діагностики патологічних процесів легень істотно підвищилася можливість виявлення поліорганичних аномалій. Виявилось, що у дітей з комбінованими природженими вадами серця досить часто спостерігаються виражені природжені зміни паренхіми легень і трахеобронхіального дерева, що є предикторами дихальних розладів та ускладнень у післяопераційному періоді.

Виходячи з функціонального взаємозв'язку органів дихання й кровообігу запропоновано метод спіроартеріокардіоритмографії (В. Пивоваров та співавт., 2005), що дозволяє одночасно визначати стан зазначених систем. Подальший розвиток цього напрямку, безсумнівно, дозволить не тільки деталізувати генез кардіореспіраторних порушень, у якому мається ще багато неясного, але й удосконалювати на цій підставі їхню ранню діагностику.

У даному повідомленні обґрунтовується правомірність використання визначення «Серцеві легені» для означення ураження органів дихання при кардіальній патології, а також наводяться зведені дані про стан органів дихання при кардіальній патології у дітей та особливості їхнього ураження.

Наявні дані свідчать про часте втягнення до патологічного процесу легень при захворюваннях серцево-судинної системи, що визначає нагальну потребу звернення особливої уваги на органи дихання та старанність оцінки їхнього стану при веденні хворих із зазначеною патологією. Відсутність останнього може стати джерелом діагностичних помилок, неадекватної терапевтичної тактики й навіть несприятливого результату патологічного процесу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ БРОНХОФІБРОСКОПІЇ В ЛІКУВАННІ ПНЕВМОНІЙ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, В.Є. ХОМЕНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

АНАЛІЗ показань та доцільності раннього застосування бронхоскопії в комплексному лікуванні проведено у 86 дітей старшого віку (7-15 років) з позалікарняними пневмоніями. Сегментарні (полісегментарні) пневмонії мали 48 дітей (у 21 з них були чіткі рентгенологічні ознаки ателектазу); 6 дітей мали вогнищеву бронхопневмонію; 32 дитини – вогнищєво-зливну форму пневмонії; клінічні симптоми крупозної пневмонії спостерігались у 16 дітей; клініко-рентгенологічні ознаки сухого плевриту відмічались у 17,9% хворих; у двох дітей пневмонія ускладнилась ексудативним плевритом; дихальна недостатність I-II ступеня мала місце у 64,5% дітей; у 12 хворих відмічалась токсична форма пневмонії.

На першому тижні захворювання до лікарні вступило 44,9% дітей. Госпіталізовано після 2 тижнів від початку хвороби 19,0% хворих. Антибактеріальну терапію на амбулаторному етапі отримували 71,9% дітей (майже половина з них – парентеральним шляхом; 10,5% дітей – двома антибактеріальними препаратами). Про неадекватну та/або несвоєчасну стартову антибактеріальну терапію з недотриманням дозового режиму можна говорити в 41,8% випадків. Побічні дії антибактеріальної терапії (алергічні реакції, нефротоксичний вплив, прояви дисбіозу кишечника) відмічались у 20,9% випадків.

Бронхоскопію проводили після премедикації під загальним знеболюванням без штучної вентиляції легень за допомогою апарата «Полінархон-П». На 8-10-й день хвороби бронхоскопія проводилась при ателектазах, відсутності позитивної динаміки при стаціонарному лікуванні протягом 3-7 днів у дітей з сегментарними пневмоніями. У 4 хворих бронхоскопію проведено у перші дні госпіталізації при підозрі на наявність стороннього тіла у трахеобронхіальному дереві. На 10-16-й день хвороби бронхосанацію проводили при ознаках гнійного ендобронхіту та неефективній дренажній функції бронхів (нечастий малопродуктивний кашель з гнійним мокротинням та велика кількість вологих хрипів при аускультатії легень).

В результаті проведеної бронхоскопії гнійний ендобронхіт було діагностовано у 89,2%, катарально-гнійний – у 10,8%; у 19 дітей відмічалась обтурація слизистою (слизисто-гнійною) пробкою часточкового або сегментарного бронху; у 3 хворих було вилучено стороннє тіло. Після санації бронхіального дерева чітка позитивна

динаміка (зникнення клініко-рентгенологічних ознак ателектазу, зменшення симптомів інтоксикації, поліпшення фізикальних даних з боку бронхолегеневої системи) спостерігалась у 90,4% хворих, що дозволило перевести хворих на пероральну форму антибіотика. Діти, які були госпіталізовані несвоєчасно, після амбулаторного антибактеріального лікування та мали виражені прояви гнійного ендобронхіту, потребували (у 63% цих випадків) проведення повторних бронхоскопій. У дітей, яким бронхоскопію було проведено на 2-3-му тижні хвороби, стаціонарне лікування тривало на 7-15 днів менше, ніж у хворих з аналогічними діагнозами, яким бронхоскопія не проводилась або була зроблена у більш віддалені терміни.

Таким чином, застосування за показаннями бронхофіброскопії при пневмоніях в ранні терміни хвороби дозволяє запобігти гіповентиляції легень з подальшою хронізацією процесу, зменшити агресивність антибактеріальної терапії та скоротити строки перебування хворої дитини в стаціонарі.

ІМУНОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ДИСМЕТАБОЛІЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ДІТЕЙ

О.З. ГНАТЕЙКО*, І.Ю. КУЛАЧКОВСЬКА

* Інститут спадкової патології АМН України, м. Львів.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

ПРОТЯГОМ останніх років серед захворювань нирок у дітей переважають клінічні форми з малопомітним початком і в'ялим перебігом. Хворі вчасно не виявляються, не лікуються або отримують не зовсім адекватну терапію. Сьогодні велика увага приділяється пошуку ендогенних маркерів спадковозумовленої патології, оскільки вважається, що практично всі хвороби пов'язані з генетичним впливом. Зокрема, антигени гістосумісності (HLA-ag) використовуються як важливі критерії діагностики нефропатій, вибору й застосування надійніших засобів лікування та профілактики.

Метою роботи була розробка критеріїв формування «груп ризику» розвитку дисметаболічної нефропатії (ДМН) серед дітей на підставі визначення ролі HLA-системи у виникненні захворювань нирок.

Клініко-генетична розробка включала 48 дітей з ДМН, до групи контролю ввійшло 60 практично здорових дітей. Обстежувані особи обох груп віком від 1 до 15 років, не є родичами, проживають на території м. Львова та області від народження, української національності. Матеріалом для HLA-типуювання були лімфо-

цити периферичної крові, які виділяли за методом А. Вцуш (1968) в градієнті густоти фікол-верографін. Основним методом дослідження було типуювання лейкоцитарних антигенів у мікролімфоцитотоксичному тесті P.S. Terasaki (1978). Ідентифікація антигенів проводили з використанням панелі стандартних антилейкоцитарних сироваток, які відкривають 55 специфічностей системи HLA, що входять до складу локусів А (18), В (33), С (4). Після отримання результатів типуювання визначали частоту антигена (ag), фенотипу (фт), гаплотипу (гт) в обох групах. Оцінку значення різниці абсолютних величин проводили за допомогою критерію згоди (χ^2). Після математичних обчислень коефіцієнта ризику (RR), коефіцієнта кореляції (r), величин етіологічної та превентивної фракцій (EF і PF) встановлено маркери схильності та резистентності до розвитку ДМН.

Результати досліджень показали, що найпоширенішими серед хворих на ДМН є HLA-A9 і A11 (по 31,25%, $p < 0,001$ і $p < 0,002$ відповідно), B18 (33,33%, $p < 0,001$), B27 (16,67%, $p < 0,02$); фенотипи A2A9 (16,67%, $p < 0,02$), і гаплотип A2B18 (25,00%, $p < 0,001$). Маркерами схильності до розвитку ДМН для представників львівської популяції є наступні антигени та їх комбінації: HLA-ag: A9 (RR=8,6, $p < 0,001$; EF=0,276), A11 (RR=5, $p < 0,005$; EF=0,25), B18 (RR=14,5, $p < 0,001$; EF=0,31), B27 (RR=5,8, $p < 0,05$; EF=0,138); HLA-фт: A2A9 (RR=5,8, $p < 0,05$; EF=0,138); HLA-гт: A2B18 (RR=9,7, $p < 0,005$; EF=0,224). Протекторними властивостями володіють: HLA-ag: A1 (PF=5,635), B5 (PF=2,631), B12 (PF=4,383), B17 (PF=10,417).

Таким чином, виявлені генетичні маркери схильності до ДМН слід брати до уваги при формуванні «груп ризику» розвитку ДМН. Доцільно впровадити в практику імуногенетичне обстеження батьків (навіть здорових) дитини з ДМН для виявлення можливих комбінацій HLA-антигенів усіх їхніх дітей та визначення ступеня ризику виникнення ДМН.

ОКСИД АЗОТУ ЯК МАРКЕР ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ ПРИ ПРИРОДЖЕНИХ ВАДАХ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ

О.З. ГНАТЕЙКО*, І.Ю. АВРАМЕНКО*, Л.М. КУНОВСЬКА

* Інститут спадкової патології АМН України, м. Львів.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

ПРОТЯГОМ останніх років в Україні зростає кількість природжених вад серця (ВВС). Це пов'язано як з несприятливою екологічною ситуацією та соціально-економічними умовами

життя, так і з поліпшенням виявлення цієї патології. У дітей раннього віку на фоні ВВС розвивається серцева недостатність (СН), новим відмінним критерієм якої, на сьогоднішній день, є дисфункція ендотелію (ДЕ). В даному випадку ДЕ характеризується порушенням вазодилатації, збільшенням синтезу ендотелієм вазоконстрикторних факторів, судинним ремоделюванням. Одним із маркерів функціональної активності ендотелію при СН є оксид азоту (NO).

Метою роботи було вивчення в сироватці крові функціональної активності нітрит аніону у дітей з ВВС.

Під спостереженням було 24 дитини з ВВС, що супроводжувались перевантаженням малого кола кровообігу й загрожували розвитком легеневої гіпертензії (ЛГ). Всі діти вперше проконсультовані кардіологом в Львівській обласній клінічній лікарні «Охмадит» у віці 1-6 днів. Діагноз ВВС встановлено на підставі клінічних, рентгенологічних та інструментальних методів обстеження. Сироваткову концентрацію NO визначали спектрофотометричним методом (Склярів О.Я. та співавт., 2000). Оскільки у здорових доношених новонароджених спостерігається фізіологічна ЛГ, яка зникає до 1-2 місяців життя, забори крові та визначення NO проводили двічі: у віці 1-6 днів та 2-3 місяці. Всі діти з ВВС одержували серцеві глікозиди, діуретики. З метою відтермінування ЛГ і дилатації камер серця 20 дітям було призначено капотен 0,6 мг/кг/д, а чотирьом – лосартан 0,5 мг/кг/д. Контрольну групу складали 32 соматично здорових дітей.

Результати досліджень показали, що рівень сироваткового NO у новонароджених з ВВС складав 1,0-1,9 мкмоль/л порівняно з контрольною групою, де його концентрація коливалась в межах 0,1-1,0 мкмоль/л ($p < 0,05$). При повторному визначенні в двомісячному віці рівні метаболітів NO у дітей досліджуваної та контрольної груп були практично однаковими і складали 1,0-2,0 мкмоль/л. Початково вищий рівень NO у новонароджених з ВВС не змінювався з часом, а у здорових дітей спостерігалось його зростання.

Таким чином, високий рівень NO в крові передуює розвитку ЛГ при ВВС і віддаляє незворотне ремоделювання судин. Доцільним є застосування медикаментів, що опосередковано сприяють підвищеному синтезу NO ендотеліоцитами, зокрема, інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту й блокаторів до рецепторів ангіотензину-1 дозами, що не впливають на системний тиск. Це дало б можливість відтермінувати ЛГ та досягти компенсації стану дітей з метою вчасної корекції ВВС.

ПРО ВПЛИВ НЕГАТИВНИХ ЕКОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ПРОМИСЛОВОГО МІСТА НА СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

З.М. ТРЕТЬЯКЕВИЧ, Г.О. ЗУБОВА, І.В. ГРАБАР
Луганський державний медичний університет

МІСТО Луганськ – це великий промисловий центр. Тому подальше вдосконалення методологічних засобів щодо комплексного вивчення стану здоров'я дітей, які проживають в умовах технологічного навантаження, є важливою науково-практичною проблемою.

Метою даної роботи було вивчення можливого впливу забруднення ґрунту важкими металами на формування соматичної патології у дітей, які проживають у різних екологічних умовах промислового міста Луганська. Для оцінки рівня забруднення навколишнього середовища важкими металами було обстежено три райони м. Луганська (Жовтневий, Ленінський та Артемівський), які відрізнялися кількістю діючих підприємств, тобто біогеоценотичними параметрами. У зв'язку з тим, що вміст елементів у трав'яному покриві міста значною мірою залежить від накопичення їх у ґрунті, для характеристики забруднення території районів було використано дані про вміст важких металів у цикорії залежно від району його зростання. Дослідження виконувалися згідно з «Методичними рекомендаціями з оцінки придатності сільськогосподарських земель України для створення екологічно чистих сировинних зон і господарств по виробництву продуктів дитячого та дієтичного харчування» (1998).

Під спостереженням знаходилися 162 дитини віком від 5 до 15 років (хлопчиків 88 – 54,7%, дівчаток 74 – 45,3%), які являли собою випадкову вибірку, типову за віковим та статевим складом для дитячого населення м. Луганська. Обстежені діти мешкали у трьох різних районах міста, що відрізнялися біогеоценотичними параметрами, тому всі вони були розподілені на три групи за місцем проживання. При вивченні середнього вмісту важких металів у трав'яному покриві відмічалася найбільша кількість свинцю, нікелю та хрому у Ленінському та Артемівському районах порівняно з менш забрудненим Жовтневим районом.

Результати вивчення структури гострих та хронічних захворювань дозволили зробити висновок, що у дітей з усіх трьох районів міста найчастіше реєструвалися захворювання органів дихання. Але клас хвороб органів дихання у дітей-мешканців Жовтневого району формувався насамперед за рахунок гострих респіраторних інфекцій верхніх дихальних шляхів. У той же час більша частина дітей Ленінського та Артемівського районів хворіла на хронічні

захворювання органів дихання та бронхіальну астму, а також хронічні запальні захворювання ЛОР-органів. Крім того, у дітей із більш забруднених районів міста (Ленінського та Артемівського) частіше реєструвалися ураження сечової системи. Природжені вади розвитку зустрічалися однаково часто серед дітей усіх трьох районів.

Щодо оцінки стану здоров'я (розподіл за групами), то слід зазначити, що тільки 4,9% дітей з Ленінського та 3,6% – з Артемівського районів були віднесені до I групи здоров'я, 18,6 та 19,6% відповідно – до II групи. Переважна кількість дітей з цих районів (72,1 та 73,2% відповідно) мали III групу здоров'я, що свідчить про значне поширення хронічної патології серед дітей, які постійно проживають у більш екологічно небезпечних районах міста. У Жовтневому районі 18,7% дітей відносились до I групи здоров'я, 41,6% – до II групи і 37,5% – до III групи, тобто майже в 2 рази менше, ніж у забруднених районах.

Аналіз отриманих результатів дозволив зробити висновок, що різниця в структурі загальної та гострої захворюваності дітей в різних районах міста може бути зумовлена антропогенним впливом на зростаючий організм підвищеної концентрації важких металів у навколишньому середовищі.

ІНКРЕТОРНА ФУНКЦІЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ПІДЛІТКІВ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТРАВНОГО КАНАЛУ

Г.П. МОСІЄНКО, Т.С. МАКІЄНКО, С.І. СКЛЯР
Українська військово-медична академія, м. Київ

В ПІДЛІТКОВОМУ віці спостерігається адаптаційна уразливість, яка пов'язана з фізіологічною нейроендокринною перебудовою організму. Дисгормоноз, який притаманний цьому віку, впливає на функцію нервової системи, внутрішніх органів і систем, в тому числі на травний канал.

Універсальність фізіологічної дії інсуліну дає можливість стверджувати, що інсулін-глюкагонова система відіграє відповідну роль в генезі функціональних захворювань органів травної системи у підлітків.

Концентрацію інсуліну та глюкагону вивчено радіоімунним методом у 62 хворих з гастроєзофагальною рефлюксною хворобою (22), шлунковою диспепсією (19) та дискінезією жовчовивідних шляхів (21). Групу порівняння складала 20 практично здорових

підлітків. Цукор крові у підлітків обох груп був у межах норми (3,8-4,9 ммоль/л). У всіх хворих функціональні ураження травного каналу перебігали на тлі вегетативних дисфункцій. Ступінь вегетативних розладів визначався за допомогою анкет А.М. Вейна (2000) і виражався в балах. При всіх нозологічних формах функціональних уражень травного каналу відмічалась однотипна тенденція: зниження середнього рівня інсуліну й підвищення концентрації глюкагону в плазмі крові. Значною мірою рівень гормонів в плазмі крові залежав від клінічної форми та ступеня вегетативних розладів. Достовірне зниження середнього рівня інсуліну спостерігалось у хворих на тлі вегето-вісцеральної дисфункції та пароксизмальної вегетативної недостатності. Зворотну динаміку мав середній рівень глюкагону.

Аналіз середньої концентрації гормонів залежно від тяжкості вегетативних розладів свідчить про наступне: при тяжких вегетативних розладах (>50 балів) рівень інсуліну був найнижчим ($p < 0,05$), дещо підвищувався при середньотяжких (35-50 балів) і не відрізнявся від показників у практично здорових підлітків при легкій формі вегетативних дисфункцій (<25 балів).

Аналіз кореляційного зв'язку між концентрацією інсуліну та глюкагону в плазмі крові практично здорових підлітків і хворих з функціональними розладами органів травної системи свідчить про наявність зворотного зв'язку середньої сили ($r = -0,52$) у практично здорових дітей та значне послаблення його у хворих ($r = -0,21$).

Отже, функціональні захворювання травного каналу у підлітків супроводжуються дисфункцією інкреторного апарата підшлункової залози, що спричинено розладами вегетативної регуляції функції органа.

РОЛЬ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ РОЗЛАДІВ В ГЕНЕЗІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТРАВНОГО КАНАЛУ У ПІДЛІТКІВ

Т.К. НАБУХОТНИЙ, Г.П. МОСІЄНКО, Т.С. МАКІЄНКО, І.В. ПАВЛЮК
м. Київ

ПОГЛИБЛЕНІ дослідження останніх років свідчать про несприятливу ситуацію зі здоров'ям підлітків. Доведено, що промислове забруднення довкілля збільшує захворюваність на хвороби органів дихання, травлення, ендокринопатії.

Погіршення якості харчування сприяє розвитку функціональних та хронічних хвороб кишково-шлункового тракту. Особливо чутли-

вими до несприятливих факторів довкілля є підлітки. Дисгормональні розлади, які притаманні цьому віку, негативно впливають на функцію вегетативної нервової системи та інших органів і систем. Важливе значення має вивчення ролі нейроендокринних механізмів у патогенезі функціональних захворювань травного каналу.

Нами вивчено роль нейроендокринних факторів в генезі функціональних розладів органів травної системи у 360 підлітків. Визначено провідні риси темпераменту підлітків, які хворіли на функціональні захворювання травного каналу. Встановлено, що рівень нейротизму та загальної тривожності у них суттєво вищий, ніж у здорових підлітків. Крім того, мало місце підвищення ознак тривожного, педантичного, застрягаючого типів акцентуації особистості.

Детальне комплексне обстеження функціонального стану вегетативної нервової системи виявило наявність вегетативних дисфункцій у всіх хворих з функціональними розладами органів травної системи. При різних клінічних формах ураження травного каналу частіше зустрічається вегето-вісцеральна дисфункція (49,2%). Приблизно з однаковою частотою вона виявилась при гастроєзофагальній рефлюксній хворобі, шлунковій диспепсії та дискінезії жовчовивідних шляхів. Пароксизмальна вегетативна недостатність частіше мала місце при шлунковій диспепсії. Дисфункції з переважанням симпатичного або парасимпатичного тону виявлялись при різних захворюваннях травного каналу, однак базовий вегетативний тонус частіше визначався як симпатикотонія. Ваготонія домінувала при дискінезії жовчовивідних шляхів (гіпертонічно-гіперкінетична форма), симпатикотонія – при гіпотонічно-гіпокінетичній. Аналіз клініко-інструментальних показників вегетативного гомеостазу свідчить про порушення кореляційних зв'язків між окремими ланками вегетативної регуляції. Вегетативні порушення у хворих з функціональними розладами органів травної системи мали надсегментарний характер.

При дослідженні обміну серотоніну, як одного з важливих нейротрансмітерів, у хворих з функціональними розладами травного каналу на тлі вегетативних дисфункцій встановлено залежність клінічного перебігу останніх від рівня серотоніну в крові. Виявлено зворотну залежність між ступенем тяжкості клінічних проявів вегетативних розладів і рівнем серотоніну в крові. Порушення обміну серотоніну при функціональних захворюваннях травного каналу у підлітків, наявність клінічних симптомів і синдромів різних форм вегетативних дисфункцій та виражених рис акцентуації особистості у цієї групи хворих свідчить про важливу роль гіпоталамічних розладів в їх патогенезі.

Період гіпофізарної домінанти у підлітків супроводжується

тенденцією до підвищення концентрації соматотропіну та пролактину. Спостерігається пряма кореляційна залежність між ступенем прояву вегетативних розладів та рівнем аденотропних гормонів, що вказує на напруженість функціонування аденогіпофізу й наявність гіпофізарної домінанти у підлітків, які страждають на функціональні захворювання органів травної системи. Відмічено напруженість функціонування симпато-адреналової системи. Встановлено залежність функції симпато-адреналової системи від окремих синдромів вегетативних порушень. Дослідження функціонального стану гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної системи у підлітків, які страждають на функціональні захворювання травного каналу на тлі вегетативних розладів, свідчить про наявність тенденції до гіперфункції гонадотропінів. Вірогідність зрушень концентрації гонадотропінів в плазмі крові хворих з гастроєзофагальною рефлюксною хворобою, шлунковою диспепсією та дискінезією жовчовивідних шляхів вказує на домінуючу роль нейроендокринних порушень в генезі цих захворювань.

Великі межі коливань рівня вільної фракції тестостерону в крові хворих підлітків свідчать про недостатню сформованість гіпоталамо-гіпофізарно-гонадної системи у цьому віці.

Залежність гормональних зрушень від ступеня тяжкості вегетативних розладів у хворих з функціональними захворюваннями органів травної системи дозволяє стверджувати, що в патогенезі цієї патології у підлітків гіпофізарно-гонадна система відіграє важливу роль.

Наявність патології щитовидної залози з проявами субклінічного гіпотирозу у третини підлітків, які страждають на функціональні захворювання органів травної системи, свідчить про можливу роль гіпофізарно-тироїдної системи в формуванні функціональних розладів органів травної системи. Отже, в генезі функціональних захворювань травного каналу у підлітків нейроендокринні розлади мають провідне значення.

ВТОРИННІ КАРДІОМІОПАТІЇ У ДІТЕЙ: СУЧАСНІСТЬ ТА МАЙБУТТЯ

С.С. КАЗАК, О.С. ТРЕТЬЯКОВА

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

ВТОРИННІ кардіоміопатії (ВКМП) – незапальні ураження серцевого м'язу, підґрунтям до розвитку яких є порушення метаболізму зі змінами процесів енергоутворення та відшкодування макроергічних сполук на інотропну здатність міокарда,

його прогресуючим дистрофічним перетворенням й остаточною маніфестацією хвороби серцевої недостатності за міокардіальним типом. Численні чинники, що призводять до формування ВКМП, поєднані низкою типових патофізіологічних процесів. Останні безпосередньо стосуються кардіоміоцитів та їх органел. Через нестачу кисню й зрушення метаболічного стану в міокарді накопичуються кінцеві субстрати гліколізу, активується перекисне окислення ліпідів, порушується цілісність плазматичних мембран з зовнішньоклітинним витоком лізосомальних ензимів та розвитком енергетичного дефіциту. З часом «метаболічний стрес» сприяє зменшенню «робочої» мускулатури серця, його структурній перебудові й зниженню скоротливості.

Гострі чи/або короткотривалі гіпоксичні впливи уможливають включення адаптаційно-компенсаторних механізмів, спрямованих на «захист» уражених кардіальних клітин. Однак відсутність в цьому періоді ураження серця адекватних терапевтичних втручань, які, перш за все, полягають в усуненні чи/або запобіганні первинним чинникам потенційного ризику розвитку ВКМП, робить компенсаторно-спрямовані реакції організму хибними. Довготривале ж існування (чи надмірний вплив) будь-якого причиннозумовлюючого фактора на певному етапі розвитку ВКМП ще більше виснажує кардіоміоцити через первинно-компенсаторну гіперсимпатоадренергію. І тоді відбувається подальше зростання потреби клітин у кисні, протеоліз, знижується активність іонних ензимів, що спричиняє появу вогнищового лізису та/або надмірної скоротливості м'яза. Зменшується час релаксації серця, індекс його життєздатності та через ішемізацію погіршується субендокардіальний кровоплин. Перебіг біологічного окислення уповільнюється, а ступінь енергонестачі міокарда ще більше зростає. Останнє пролонгує перебудову м'язових структур серця з розвитком їх дистрофії та склерозу.

З огляду на це, базові знання щодо патофізіологічних змін, притаманних ВКМП, лікарями будь-якого фаху, які повсякденно стикаються з дітьми різного віку, котрі можуть мати (чи вже мають) впливові фактори ризику розвитку захворювання (чи вже на нього хворіють), є обов'язковими.

Це твердження надає змогу для професійного вирішення питання відносно своєчасної, адекватної, диференційованої, ефективної, а також превентивної корекції метаболічного гомеостазу при набутих гіпоксично-ішемічних ураженнях серця у дітей і є заходом щодо запобігання чи/або профілактики розвитку серцевої недостатності у дорослих.

ВИКОРИСТАННЯ МІКРОХВИЛЬОВОЇ РЕЗОНАНСНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕЛЕКТРОМАГНІТНИХ ХВИЛЬ ДЕЦИМЕТРОВОГО ДІАПАЗОНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГАСТРОДУОДЕНІТОВ У ДІТЕЙ

І.Л. БАБІЙ, Н.В. МОВЛЯНОВА

Одеський державний медичний університет

ПРОБЛЕМА лікування та реабілітації хронічних гастродуоденітів (ХГД) у дітей до цього часу залишається однією з найактуальніших в сучасній гастроентерології. Це зумовлено значною поширеністю захворювання (60-70% у структурі хронічних захворювань органів травлення), збереженням тенденції до збільшення захворюваності серед дітей та підлітків.

Існує багато відпрацьованих і дієвих методів лікування ХГД. Але основна перевага в терапії належить застосуванню медикаментозних засобів. Разом з вираженим терапевтичним ефектом багато лікарських препаратів спричиняють алергізацію організму дитини, що призводить до прогресування захворювання й ускладнень.

У зв'язку зі збільшенням сенсibiliзації дитячого населення до медикаментозних препаратів, актуальною є розробка нових ефективних методів відновлювального лікування дітей з ХГД з мінімумом побічних дій.

Методи фізичної терапії позитивно впливають на основні ланки патогенезу при ХГД і практично не викликають ускладнень при хронічних ураженнях гастродуоденальної зони.

З метою підвищення ефективності відновлювального лікування дітей з ХГД в комплексній терапії нами використовувалися електромагнітні хвилі дециметрового діапазону (ДМХ) та мікрохвильова резонансна терапія (МРТ).

Під спостереженням знаходилося 64 пацієнти з ХГ і ХГД віком 5-15 років, в період загострення. Дітей було розподілено на три групи: I група (21 дитина) – пацієнти, які одержували традиційне лікування (загальноприйнятту дієту і медикаментозну терапію); хворим II групи (20 дітей) призначалося традиційне лікування і додатково ДМХ за розробленою нами схемою; пацієнти III групи (22 дитини) одержували загальноприйняте лікування з включенням МРТ. Ефективність лікування оцінювали за динамікою скарг, зменшенням клінічної симптоматики, даними ендоскопічного обстеження (ФГДС), показниками кислотоутворюючої і секреторної функцій шлунка, показниками загального та місцевого імунітету, стану системи перекисного окислення ліпідів та іншими показниками. З урахуванням комплексної оцінки проведених досліджень позитивна динаміка спостерігалася у всіх пацієнтів,

проте середня кількість ліжко-днів в II і III групах була на 23-25% меншою, ніж в I. Зникнення об'єктивної симптоматики відбувалося відповідно швидше в II і III групах. Контрольне ендоскопічне обстеження при виписці із стаціонару виявило повну ендоскопічну санацію у дітей III групи. Характерною була більш швидка нормалізація кислотоутворюючої та секреторної функцій шлунка у дітей III групи порівняно з II групою. Ефективність лікування за показниками, що вивчалися нами, у дітей I групи була набагато нижчою. Визначалася добра переносимість і відсутність побічних реакцій при використанні методів фізичної терапії.

Таким чином, доцільним є включення преформованих фізичних чинників (ДМХ і МРТ) до базисної терапії ХГ і ХГД у дітей та подальша розробка диференційованих підходів до призначення фізичних чинників, що вивчалися.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ПРИНЦИПАХ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Т.П. ЄФІМЕНКО

Харківська медична академія післядипломної освіти

СТАНОМ на 01.01.2006 в області на 968,75 посадах сімейних лікарів працює 776 фізичних осіб, з них 504 мали первинну спеціалізацію – терапія, 214 – педіатрія. В районах області питома вага дітей, яким медико-санітарна допомога надається сімейним лікарем, досягає майже 82%, в м. Харкові – 3,5%, в області загалом – 44,4%.

В процесі дослідження вивчено динаміку доступності первинної медико-санітарної допомоги дітям залежно від організаційної моделі закладу сімейної медицини:

- створення амбулаторії сімейної медицини (АСМ) на базі фельдшерсько-акушерських пунктів;
- перепрофілювання лікарських амбулаторій, дільничних лікарень в АСМ;
- відкриття дільниць (відділень) сімейної медицини в поліклініках центральних районних лікарень;
- відкриття дільниць (відділень) сімейної медицини у великих міських поліклініках.

В усіх моделях організації сімейної медицини зростає кількість звернень дітей до сімейного лікаря, а кількість викликів додому, навпаки, зменшилась, особливо з приводу гострих захворювань. У

контрольній групі кількість звернень з приводу захворювань переважає у структурі викликів додому. У сімейного лікаря основну питому вагу у структурі викликів додому складають виклики з метою профілактики, особливо серед дітей першого року життя, що свідчить про профілактичну спрямованість роботи сімейного лікаря.

На дільницях сімейної медицини відмічається зростання своєчасності проведення диспансерних заходів, однак повний обсяг диспансерних заходів у сімейного лікаря нижчий, ніж на педіатричній дільниці та в контрольній групі, особливо серед дітей шкільного віку, що свідчить про недостатній рівень знань сімейних лікарів з питань патології підліткового віку.

Аналіз роботи сімейного лікаря з диспансерною групою дітей свідчить про необхідність зменшення навантаження на сімейного лікаря шляхом зменшення кількості прикріпленого населення та удосконалення знань сімейного лікаря з питань диспансеризації.

Порівняльні показники діяльності дільниць сімейної медицини в різних моделях сімейної медицини свідчать про збільшення доступності медичної допомоги, особливо в першій та другій моделях, збільшення питомої ваги звернень з профілактичною метою та викликів з профілактичною метою, особливо серед дітей перших 6-ти років життя. Забезпечення закладів сімейної медицини медичним обладнанням та апаратурою, навчання сімейних лікарів та молодшого медичного персоналу позитивно вплинули на якість роботи закладів сімейної медицини, дозволили зменшити кількість хворих, направлених на консультацію до спеціалістів. Позалікарняні форми роботи ефективно використовуються в роботі сімейних лікарів для надання медичної допомоги дітям.

Разом з тим, реформування педіатричних дільниць на засадах сімейної медицини, особливо тих, що функціонують в потужних амбулаторно-поліклінічних закладах (третя та четверта модель), потребує комплексного та системного підходу до реформування з урахуванням місцевих особливостей.

ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

О.М. ЛЕБЕДЕВА, І.О. БАБІЧ, Н.В. НІКІТИНА

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

ОСТАННІМ часом зареєстровано значне поширення захворювань біліарної системи у дітей Кримського регіону. В структурі захворювань біліарної системи важливе місце належить хро-

нічним холециститам і холецистохолангітам. Найважливішими патогенетичними механізмами формування хронічного холециститу є холестази і патогенна мікрофлора, особливо бактеріальна. Факторами, що сприяють розвитку цієї патології, є характер харчування, наявність хронічних вогнищ інфекції, імунологічні та вегетативні дисфункції.

Метою нашої роботи було вивчення змін мікробного пейзажу жовчі порції «В» у хворих на хронічний холецистит (холецистохолангіт) як до початку етіотропної терапії, так і впродовж наступної реабілітації.

Нами обстежено 78 дітей, хворих на хронічний холецистит. Серед обстежених хлопчиків було 43 (55,1%), дівчаток – 35 (44,9%). Найчастіше хронічний холецистит зустрічався у дітей старшого шкільного віку (61,5%). Термін захворювань у більшості дітей перевищив 2 роки (78,2%). Контрольна група включала 20 дітей такого ж віку.

Практично у всіх дітей групи спостереження виявлено хронічні вогнища інфекції, 47,4% дітей були носіями патогенної мікрофлори. Діагноз хронічного холециститу верифіковано на базі даних анамнезу, клінічного та лабораторного обстеження, ультразвукового дослідження гепатобіліарної системи. Бактеріологічне дослідження жовчі показало наявність монокультури у 65,4%, мікст-флори – у 21,8%, лише у 12,8% (10 хворих) не виявлено мікрофлори.

В клініці дітям застосовано лікувальний комплекс, який включав дієтотерапію (дієта № 5), дотримання рухового режиму, етіопатогенетичну терапію, препарати, спрямовані на нормалізацію мікрофлори кишечника, симптоматичну терапію та фізіотерапевтичне лікування. Питання про призначення антибактеріальної терапії вирішувалося індивідуально з урахуванням клінічних проявів захворювання і результатів бактеріологічного дослідження жовчі. Методи реабілітації включали заходи з санації хронічних вогнищ інфекції, ентеросорбенти рослинного походження, комплекс вітамінів з мікроелементами, жовчогінні та гепатопротекторні препарати (хофітол), антиоксиданти (аевіт) і мембранопротектори (ессенціале та есенціале-Н), препарати, спрямовані на нормалізацію біоценозу кишечника, дуспаталін.

В результаті проведення комплексних лікувальних й реабілітаційних заходів у всіх хворих спостерігалось поліпшення самопочуття, загального стану, зникнення клінічних симптомів хвороби, нормалізація біохімічних показників крові, позитивна динаміка за результатами ультразвукового дослідження гепатобіліарної системи, при повторному бактеріологічному дослідженні жовчі у 70,6% хворих – санація жовчі, монокультура – у 19,2%, асоціація мікроорганізмів – у 10,2%.

Комплексні реабілітаційні заходи сприяють санації жовчі порції «В» і, як наслідок, дозволяють затримати формування й прогресування патології гепатобіліарної системи.

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ХОФІТОЛ ПРИ ХРОНІЧНИХ ХОЛЕЦИСТИТАХ І ДИСФУНКЦІЯХ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ДІТЕЙ

О.М. ЛЕБЕДЄВА, А.В. ЛУЗІН, О.С. ЧЕРНЯЄВА, Е.Я. ІЛЬЧЕНКО
Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

ВОСТАННІ роки відмічено стійку тенденцію до зростання первинної захворюваності на холецистити серед дитячого населення. Основним принципом терапії запальних хронічних захворювань гепатобіліарної системи у дітей є максимальне щадіння, яке вимагає обмеження застосування лікарських препаратів, тому що їх метаболізм порушується при запальних процесах в гепатобіліарній системі, а велика кількість побічних ефектів обмежує можливості застосування.

Метою нашого дослідження було вивчення практичних наслідків застосування в комплексній терапії при вищевказаній патології препарату Хофітол (густий водний екстракт з соку свіжого листа артишоку польового), що не має такої кількості побічних ефектів.

Хофітол має жовчогінну, сечогінну і гепатопротекторну дію, сприяє виділенню з організму токсинів та нормалізації обмінних процесів.

Обстежено 90 дітей з хронічною патологією гепатобіліарної системи віком від 6 до 15 років. Основна група – 60 дітей, в комплексному лікуванні котрих використовували Хофітол, група порівняння – 30 дітей, які подібні за статтю та віком. Структура патології: дисфункції жовчного міхура в I групі – 33,3%, в II групі – 36,7%; хронічні холецистити і холецистохолангіти – відповідно 66,7 і 63,3%. Усім дітям, окрім збору анамнезу й об'єктивного клінічного обстеження, проводили біохімічне дослідження крові, дуоденальне зондування із біохімічним дослідженням жовчі, ультразвукове обстеження гепатобіліарної системи. Переважно в обох групах дітей були скарги на біль та відчуття тяжкості в правому підбер'ї, диспепсичні прояви (нудота, у частини дітей – блювота, нестійкий стул). При об'єктивному клінічному обстеженні у 86,7% дітей основної групи та у 83,3% дітей групи порівняння виявлено збільшення розмірів печінки, яке було документально підтверджено результатами ультразвукового дослідження гепатобіліарної системи. При лабораторному дослідженні виявлено в основній групі підвищення рівня білірубіну крові у 78,3% та

лужної фосфатази у 75,0% дітей, в групі порівняння ці показники підвищувалися відповідно у 76,7 та 73,3% обстежених хворих.

Повне зникнення чи послаблення болю й відчуття тяжкості в правому підребер'ї, зникнення диспепсичних проявів, зменшення розмірів печінки почалось вже наприкінці 1-ого тижня у дітей, які отримували Хофітол, та лише на 2-3-й тиждень – у дітей, які його не отримували.

В обох групах дітей виявлено зниження рівня загального білірубіну крові та лужної фосфатази, але тільки в I групі ці показники були достовірними ($p < 0,05$). Таким чином, проведені дослідження показали доцільність та ефективність включення до комплексу терапевтичних заходів лікування хронічних холециститів, холецистохолангітів й дисфункцій жовчного міхура за гіпомоторним типом препарату рослинного походження – Хофітолу.

ДОСВІД ТА ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ ПРОЦЕСУ РАНЬОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ

А.В. ЛУЗІН, Ю.С. БАШКІРЦЕВА

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

Кримський республіканський центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів,
м. Сімферополь

ВРАМКАХ реалізації Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України (12.10.2000 р. № 1545), Міністерством праці та соціального захисту Автономної Республіки Крим було створено Кримський республіканський консультативно-діагностичний центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів (далі – Центр). Перші два роки роботи Центру підтвердили актуальність створення та функціонування такого закладу.

Позитивні результати діяльності Центру дають надію на те, що вперше зусилля медичних працівників, реабілітологів, педагогів, психологів та інших спеціалістів можуть об'єднатися для розробки методики створення комплексного індивідуального плану реабілітації дитини-інваліда. В найближчій перспективі, при грамотному підході, Центр може стати місцем проведення у співдружності з профільними вузами наукових досліджень та впровадження досягнень науки в практику.

Найвиразніші результати отримано в реабілітації дітей-інвалідів ранньої вікової групи (до 3 років). Фізична реабілітація дітей цієї вікової групи відбувається на сприятливому фоні росту та розвитку

організму дитини, в якому ще не сформовано стійких патологічних структур, особливо в нервовій системі та опорно-руховому апараті. Дуже важливим позитивним моментом соціальної реабілітації вбачається участь батьків (найчастіше мам або опікунів) в реабілітаційному процесі. Це добре впливає на психологічний стан і самих матерів, які дуже часто вдома лишаються зі своїми проблемами наодинці, без належної психологічної підтримки.

На превеликий жаль, Центр не є лікувально-профілактичним закладом і тому медичні фахівці Центру займаються лише медичним спостереженням за процесом ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів. Це означає, що на відміну від аналогічного медичного закладу системи охорони здоров'я, Центр не має ліцензії на медичну практику і не може здійснювати заходи з медичної реабілітації, а саме діагностику та лікування із залученням новітніх медичних технологій. До того ж згідно з вимогами Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» медична реабілітація може здійснюватися лише в медичних закладах.

Відсутність спеціальних знань та розуміння особливостей перебігу захворювань, що стали чинниками інвалідизації дитини, серед адміністрації та фахівців, які беруть участь в реабілітаційних заходах, призводять до: порушень санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів перебування дітей-інвалідів в організованому колективі; травмування пацієнтів в процесі фізичної реабілітації; одержання дітьми тяжких психологічних травм при відсутності позитивної динаміки, що була обіцяна фахівцем без медичної освіти при надходженні дитини на курс реабілітації. Всіх цих негативних явищ можна запобігти за умови керівництва процесом соціальної реабілітації фахівцем з медичною освітою.

Враховуючи велику специфічність дитячої інвалідності та досвід розвинутих країн, вважаємо, що процес ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів треба проводити в спеціалізованих медичних центрах.

ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ ПЕРШОКЛАСНИКІВ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ЧАСТІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ

Л.Г. КРАВЧЕНКО, О.В. ЗУБАРЕНКО, Р.М. ПАПІНКО

Одеський державний медичний університет

У ВСІХ розвинутих країнах світу в останні роки реєструється зростання рівня респіраторної патології, у структурі захворюваності дітей вона вийшла на перше місце, складаючи від 45 до 60%.

Поряд з цим слід вказати на низку якісних змін:

- підвищення рівня рецидивуючих і хронічних форм, перехід первинно хронічних бронхітів з розряду еквівалентних у ті, що часто трапляються, частішання випадків малосимптомного перебігу хронічної патології;

- зростання числа дітей, які часто хворіють, тобто дітей з частими рецидивуючими інфекціями дихальних шляхів.

Причинними факторами такого процесу вважається забруднення повітряного середовища ксенобіотиками, що безпосередньо впливають на респіраторну систему, справляють значний ушкоджуючий ефект, погіршення соціально-економічних умов та високий сучасний рівень психоемоційних та розумових навантажень у навчальному процесі, що не відповідає фізіологічним можливостям дитячого організму.

До категорії дітей, які часто хворіють (ЧХД), або часто хворіють на рецидивуючі інфекції дихальних шляхів (ЧХ РІДШ), відносять дітей, які переносять гострі респіраторні захворювання дихальних шляхів 4-6 разів на рік і більше та мають кориговані відхилення захисних систем організму без органічних змін.

Незважаючи на сучасні дискусії, в основному щодо дефініції «часто хворюючих дітей», проблема існує. Остаточно не вирішені питання терапії та профілактики, у тому числі з урахуванням віку дітей.

У роботі проведено аналіз частоти гострих респіраторних захворювань відповідно до віку у 320 дітей. Найвищий пік респіраторної захворюваності виявлено у дітей 6-7 років. Важливо наголосити, що при цьому в зазначеному віковому періоді підвищена респіраторна захворюваність збігалася зі вступом дітей до навчальних закладів, поєднувалась зі зростанням патологічних невротичних реакцій (неврогенні гіперкінези, енурези, запори, нічні жахи тощо).

Характерно, що респіраторні інфекції у дітей, які часто хворіють, перебігали у більшості випадків (65,0%) з численними проявами (риніт, трахеїт, бронхіт), з частими ускладненнями захворювань ЛОР-органів. Більшість епізодів ГРВІ припадала на холодні місяці року – з жовтня по березень-квітень.

Після 8-річного віку частота рецидивів респіраторної інфекції зменшується, але одночасно підвищується рівень хронічної патології, особливо ЛОР-органів. Така сучасна тенденція простежена і в роботах багатьох дослідників.

Отримані дані дозволяють порушувати питання щодо «часто хворюючих дітей – першокласників» і відокремити цю проблему як високо актуальну для групи ЧХД. Проблема частих респіра-

торних захворювань у дітей 6-7 років висуває наступні важливі завдання:

- розробка схем диспансеризації та вторинної профілактики для підготовки до вступу до загальної школи дітей групи ЧХД;

- розробка схем третинної профілактики (профілактики інвалідизації), враховуючи той факт, що у дітей 6-7 років ще не закінчився остаточно процес анатомічного дозрівання легеневих структур;

- розробка педагогічних заходів (щадний режим навчання тощо).

АНАЛІЗ ТОПІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ХАРАКТЕРУ ТРИГЕРА

Л.Г. КРАВЧЕНКО, К.Б. СОБОЛЄВА

Одеський державний медичний університет

НА СУЧАСНОМУ етапі особливе занепокоєння викликає зростання рівня захворювань алергічного генезу, які в загальній дитячій популяції досягають 20-40%. Одночасно з ростом захворюваності констатують зростання випадків поліморбідних станів та розвитку медикаментозної алергії, «омолодження» та більш тяжкий перебіг такої загрозливої нозоформи, як бронхіальна астма.

За останні 10 років рівень загальної інвалідності дітей в Україні зріс більш ніж удвічі, причому суттєва частина припадає на хвороби органів дихання з формуванням інвалідизації в більш ранньому віці.

Діагностували астму на підставі сучасної концепції БА як хронічного запального захворювання дихальних шляхів з гіперреактивністю бронхів, що супроводжується повторними епізодами свистячих хрипів, приступами ядухи, з генетичною зумовленістю, гіперпродукцією IgE, участю різноманітних клітин та клітинних елементів.

Ураховували наявність сучасних клінічних та лабораторних критеріїв діагностики: стійкі рецидиви сухого тривалого, особливо нічного кашлю, свистячого дихання, нападів ядухи або епізодів респіраторної задишки, присутність супутніх симптомів атопічного дерматиту, кон'юнктивіту, підвищений рівень IgE, еозинофілію.

Одночасно великого значення в діагностиці надавали обтяженій спадковості – наявності у батьків або близьких родичів хворої дитини бронхіальної астми або інших алергічних захворювань.

Відповідно до існуючої національної класифікації бронхіальної астми та критеріїв за Національним педіатричним Консенсусом по астмі, встановлювали ступінь тяжкості.

Показано особливості перебігу раннього реабілітаційного періоду залежно від характеру тригера (інфекційний та неінфекційний) у двох групах дітей, аналогічних за віком і ступенем тяжкості (середньої). Встановлено, що у разі інфекційного генезу тригера достеменно триваліше спостерігався кашель, в 2,4 раза частіше виявлялись зміни характеру дихання та хрипи.

Порівняння цитологічних особливостей мокротиння у ранньому реабілітаційному періоді показало різні цитологічні зміни залежно від характеру тригера. Так, у групі дітей з неінфекційними чинниками загострення цитограма змінювалась за еозинофільним типом, з інфекційним – за змішаним.

У разі інфекційного генезу суттєво частіше ($p < 0,001$) виявлялись уражені клітини епітелію, майже в 3 рази вищий рівень нейтрофільних лейкоцитів, у цих же дітей підвищений вміст еозинофілів суттєво не відрізняється від показників у групі з неінфекційними тригерами ($p > 0,05$).

Відмінності топічних змін простежено і за характером змін електролітного складу конденсату повітря, що видихується.

Таким чином, визначення характеру топічних змін при бронхіальній астмі у дітей дозволяє оцінити характер і ступінь активності запального процесу у бронхах та диференційовано підходити до добору препаратів протизапальної дії, кратності й тривалості їх застосування й сприятиме підвищенню ефективності терапії.

ВІДНОВЛЮВАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

Н.О. НІКІТІНА, Л. БАБІЙ, В. ВЕЛИЧКО, К.А. КАЛАШНІКОВА, М. ФЕДЧУК
Одеський державний медичний університет

ВИВЧЕНО вплив УВЧ і грязей Куяльницького лиману на основні патогенетичні механізми хронічного пієлонефриту у дітей. Проведено порівняльну оцінку самостійного і послідовного впливу УВЧ і пелоїду на активність запального процесу, уродинаміку, функцію нирок та імунологічну реактивність у дітей, хворих на хронічний пієлонефрит. При цьому одержано принципово нові дані механізму їх лікувальної дії.

Дія УВЧ на ділянку нирок у періоді раннього загострення (перші 3-5 днів) виявляє позитивний вплив на клінічний пере-

біг хронічного пієлонефриту, сприяє поліпшенню уродинаміки і функцій клубочків нирок, а отже, скороченню строків активності захворювання і настання клініко-лабораторної ремісії.

Пелоїдотерапія в період ранньої реабілітації хворих на хронічний пієлонефрит впливає на функціональний стан нефрону, нормалізуючи клубочкову фільтрацію і каналцеву реабсорбцію, сприяючи збільшенню тривалості клініко-лабораторної ремісії; стимулює Т-клітинну ланку, ліквідує вихідний імунний дисбаланс і нормалізує імунний статус, що сприяє зменшенню числа рецидивів захворювання.

Послідовне застосування УВЧ і пелоїду в комплексній терапії хронічного пієлонефриту у дітей впливає на основні патогенетичні ланки захворювання, знижуючи активність запального процесу, нормалізуючи функціональний стан нирок, виявляючи імунокоригуючу дію, що визначає сприятливі найближчі й віддалені результати лікування.

Послідовне застосування УВЧ та аплікацій грязі Куяльницького лиману на ділянку нирок є ефективним методом комплексної терапії хронічного пієлонефриту у дітей, який сприяє швидкому настанню клініко-лабораторної ремісії, дозволяє зменшити строки і кількість ускладнень антибіотикотерапії та визначає сприятливий тривалий безрецидивний перебіг захворювання.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ ЗМІН ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ СКЛЕРОДЕРМІЇ У ДІТЕЙ

К.А. КАЛАШНІКОВА, І.Л. БАБІЙ, Г.С. ПОПІК, І.М. ФЕДЧУК, В.І. ВЕЛИЧКО, Н.О. НІКІТІНА
Одеський державний медичний університет

МЕТОЮ дослідження було вивчення особливостей периферичного кровообігу при різних формах склеродермії.

Було обстежено 102 хворих на склеродермію, серед яких на системну склеродермію – 36 та на обмежену – 66 дітей у вікових межах від 2 до 15 років. Відповідно до мети роботи поряд з поглибленим клінічним обстеженням та традиційними лабораторними дослідженнями проводилось вивчення стану периферичного кровообігу.

Біомікроскопію кон'юнктиви ока проводили за допомогою фотоцілінної лампи KARL-ZEISS-JENA (НДР) з 16-, 26-, 40- та 64-разовим збільшенням із застосуванням кольорових фільтрів загальноприйнятою методикою (Н.Б. Шульпина, 1974). Окремо оцінювали судинні, внутрішньосудинні та зовнішньосудинні зміни. Враховували розташування, форму капілярів, спазмотич-

ність, розгалуженість, стан стінки мікросудин, характер кровоплину, його швидкість оцінювали як «швидко», «сповільнену», «повільну», «стаз». Агрегацію еритроцитів оцінювали окремо в артеріолах, венулах і капілярах. На підставі літератури та власних спостережень було розроблено анкету офтальмологічного дослідження, яка допомогла давати йому кількісно-якісну оцінку.

При аналізі проведених досліджень стану мікроциркуляційного русла бульбарної кон'юнктиви виявлено, що і при системній склеродермії, а також (меншою мірою вираженості) при обмеженій склеродермії патологічних змін разом з капілярами зазнавали артеріоли і венули. Внутрішньосудинні порушення проявлялись уповільненням кровоплину, більш вираженими у капілярах та венулах, що призвело до утворення агрегатів еритроцитів та уповільненого «зернистого» кровоплину у всіх хворих на системну склеродермію. Судинні зміни проявлялись зменшенням числа функціонуючих капілярів, нерівномірністю калібру судин, спазмотичністю артеріол. Периваскулярні порушення реєструвались у вигляді помутніння тіла, як наслідку зміненої проникності судинної стінки.

При вивченні артеріолярного кровоплину у хворих на обмежену склеродермію, як і при системній склеродермії, діагностували спастичність артеріол, що підтверджує спільність патогенезу обох форм хвороби. Швидкість кровоплину в артеріолах ні при системній, ні при обмеженій склеродермії не відрізнялась від такої у здорових. Поряд з цим, характер кровоплину значно відрізнявся. Зменшилась кількість хворих на обмежену склеродермію з гомогенним кровоплином. Тенденція поширення зернистого кровотоку зберігалась в групі хворих на обмежену склеродермію, але меншою мірою, ніж у хворих на системну склеродермію.

Таким чином, тяжкість мікроциркуляторних розладів була в прямому зв'язку з формою, тяжкістю склеродермічного процесу, його поширеністю та активністю, перебігом і давністю захворювання.

ЕМОЦІЙНО-ОСОБИСТІСНІ ТА ПСИХОВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПІДЛІТКІВ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

В.І. ВЕЛИЧКО, І.Л. БАБІЙ, І.М. ФЕДЧУК, Н.О. НІКІТИНА, К.А. КАЛАШНІКОВА,
Н.М. РОССІХІНА, І.Є. КОЛЕСНІКОВ
Одеський державний медичний університет

ОЖИРІННЯ у дітей та підлітків є однією з актуальних проблем сучасної медицини. Нині в розвинутих країнах світу до 25% підлітків мають надмірну масу тіла, а 15% страждають від ожиріння.

Дані літератури показують значні порушення в психічній сфері при ожирінні, які мають значний вплив на формування патологічного стереотипу їжі та перебіг захворювання.

Відомо, що ожиріння – мультифакторне захворювання, серед причин розвитку якого важливу роль відіграють психогенні фактори. З іншого боку, у дітей із надмірною масою тіла не можуть не формуватися особливі риси характеру внаслідок специфічного ставлення до них у дитячих колективах у рамках нашої культури. Численні психологічні дослідження виявили, що до тучних людей, а також і дітей з надмірною масою тіла ставляться набагато гірше, ніж до людей з фізичними вадами, оскільки оточуючі звичайно думають, що в природжених чи набутих вадах винна судьба, рок, збіг обставин, а в надмірній масі тіла – виключно сам хворий. Потрібно констатувати, що тучні люди знаходяться в стані хронічного стресу, що спричиняє емоційно-афективні та психовегетативні порушення, знижує самооцінку, порушує та обмежує соціальні контакти.

Метою нашого дослідження було виявлення особливостей психіки підлітків з надмірною масою тіла.

Обстежено 36 підлітків віком від 14 до 16 років (22 дівчинки та 14 хлопчиків). Використовували психологічний тест, який включав 195 запитань та дозволив визначити типи акцентуації характеру, рівень реакції емансипації, схильність до депресій, ризик наркотизації та акоголізації, а також ризик соціальної дисадаптації й формування порушень особистості.

Після обробки отриманих даних в рамках дитячого психоаналізу можна зробити висновок, що постійне переїдання являє собою, по суті, регрес на так звану «оральну» стадію розвитку, яка є найбільш комфортною. Це, по суті, захисний механізм – фактично «заїдання» підвищеного рівня тривоги, який виникає як наслідок частого емоційного дискомфорту у дітей та підлітків з надмірною масою тіла в колективах, що знаходить своє відображення в отриманих статистичних даних. Так, рівень схильності до депресії у групі дітей з надмірною масою тіла високий.

Однак формування такого стабільного захисного механізму, як переїдання є основою для можливого заміщення його в майбутньому іншими заходами зниження тривоги та соціальних проблем. Це, в свою чергу, знаходить своє підтвердження в підвищеній схильності підлітків з надмірною масою тіла до акоголізації та наркотизації.

Розуміння особливостей психіки дітей із цією патологією має важливе значення для адекватного лікування та профілактики і вимагає подальших досліджень.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ПОРУШЕНЬ ФІБРИНОЛІТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ АРТЕРІАЛЬНОЇ КРОВІ ПРИ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ ВІД СТУПЕНЯ ГІПОКСЕМІЇ

О.В. ШАРИКАДЗЕ

Харківський державний медичний університет

МЕТОЮ дослідження було визначення залежності порушень фібринолітичного потенціалу артеріальної крові при гострих захворюваннях органів дихання у дітей від ступеня гіпоксемії.

Обстежено 75 дітей віком від 1 місяця до 3 років з гострими захворюваннями органів дихання, які у зв'язку з тяжким станом знаходились в умовах відділення реанімації обласної дитячої клінічної лікарні міста Харкова. Серед обстежених дітей було 38 (51,0%) хлопчиків і 27 (49,0%) дівчаток. Залежно від локалізації запального процесу в органах дихання хворих дітей було розподілено на три групи: I група – 28 дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт, II група – 14 дітей, хворих на пневмонію, та III група – 33 дитини з комбінованими порушеннями (пневмонія й обструктивний бронхіт). IV (контрольну) групу склали 10 здорових дітей.

Фібринолітичну функцію легенів визначали шляхом порівняльного аналізу у венозній та артеріальній крові наступних показників: часу зсідання крові за Лі-Уайтом (t зсід.), фібриногену (Ф) за допомогою реагентів НПО «Ренам». Ступінь гіпоксемії (p_aO_2) вивчали за парціальним напруженням кисню в артеріальній крові на апараті AVL2 (Австрія). Залежність змін фібринолітичної функції від ступеня гіпоксемії визначали шляхом дослідження кореляційних відношень зазначених показників (r). За допомогою коефіцієнта регуляції легенів, розрахованого за запропонованою формулою: $Kл = V / (V - A) \times 100\%$, де $Kл$ – коефіцієнт легеневої регуляції, V – рівень речовини у венозній крові, A – рівень речовини в артеріальній крові, за показниками час зсідання крові та рівня фібриногену визначали стан фібринолітичної функції легенів.

Дослідження p_aO_2 в артеріальній крові показали, що у всіх групах хворих дітей встановлено достовірне зниження даного параметра порівняно з контрольною групою дітей ($91,64 \pm 2,67$ мм рт. ст., $p > 0,01$). Так, при обструктивному бронхіті p_aO_2 склало $73,04 \pm 2,34$ мм рт. ст. ($p > 0,01$); при пневмонії – $68,66 \pm 2,71$ мм рт. ст. ($p > 0,01$) і найнижчий показник визначався в групі дітей, у яких пневмонія протікала із бронхообструктивним синдромом, – $66,16 \pm 2,44$ мм рт. ст. ($p > 0,01$). Встановлено, що паренхіма легенів втрачає регуляційну функцію у всіх групах хворих дітей ($Kл = 9,3\%$;

$Kл_{II} = 13,7\%$; $Kл_{III} = 14,7\%$ – t зсід.; $Kл = 35,5\%$; $Kл_{II} = 21,2\%$; $Kл_{I} = 18,5\%$ – фібриноген). Ці зміни визначено на тлі гіпоксемії I ступеня в дітей I групи ($p_aO_2 = 73,04 \pm 2,34$ мм рт. ст.) і II ступеня у дітей II групи ($p_aO_2 = 68,66 \pm 2,71$ мм рт. ст.). Максимальний ступінь гіпоксемії було визначено у дітей III групи ($p_aO_2 = 66,16 \pm 2,44$ мм рт. ст.). Виявлено значущий кореляційний зв'язок між ступенем гіпоксемії та порушеннями фібринолітичного потенціалу крові у дітей із запальним процесом безпосередньо в паренхімі легенів (II група $r = 0,173$; і III група $r = 0,201$), порівняно з дітьми з гострим обструктивним бронхітом ($r = 0,173$).

Таким чином, у дітей із пневмонією гіпоксемія є одним із основних факторів, який спричиняє порушення фібринолітичної функції легенів, що є основою розвитку системного ДВЗ-синдрому. У той же час, у дітей з гострим обструктивним бронхітом значущого кореляційного зв'язку між порушенням фібринолітичної функції легенів і ступенем гіпоксемії не встановлено.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

В.О. ФЬОКЛІН, А.І. КОЖЕМ'ЯКА, Т.В. СІРЕНКО, О.М. ПЛАХОТНА, І.Ю. КОНДРАТОВА

Харківський державний медичний університет

МЕТА дослідження: удосконалення діагностики та лікування захворювань органів дихання у новонароджених з перинатальним гіпоксично-ішемічним ураженням центральної нервової системи шляхом використання сучасних медичних технологій. Поняття «сучасні медичні технології» включає сучасні підходи до діагностики названих захворювань, використання сучасної апаратури для моніторингу життєво важливих функцій організму, використання удосконалених апаратів ШВЛ, методики проведення ШВЛ, ендотрахеальне введення сурфактанту, використання відкритих реанімаційних систем. Протягом 2005 року обстежено 65 новонароджених, у яких захворювання органів дихання поєднувались з перинатальним ураженням ЦНС. Всім дітям проведено бактеріологічні, імунологічні дослідження, нейросонографію, МРТ, ЯМР. В динаміці спостереження враховано дані моніторингу діяльності дихальної, серцево-судинної системи, пульсоксиметрії, дослідження газового складу крові. Групу порівняння склали 60 хворих з аналогічною патологією органів дихання та ЦНС, які

знаходились у стаціонарі в 1995 році до використання сучасних медичних технологій. У всіх хворих при вступі до стаціонару провідним синдромом, який визначав тяжкість стану, була гіпоксія, яка супроводжувалася неврологічними, кардіореспіраторними та метаболічними порушеннями. Найбільш тривалі порушення спостерігались у дітей з внутрішньоутробною пневмонією, аспіраційною меконіальною пневмонією, вентилятор-асоційованою пневмонією (відповідно $12,1 \pm 2,3$; $10,3 \pm 1,8$; $9,4 \pm 1,6$ доби), швидше ліквідувались при постнатальній домашній вірусно-бактеріальній пневмонії, трахеобронхіти, РДС (відповідно – $7,3 \pm 1,2$; $6,4 \pm 0,9$; $5,8 \pm 1,2$ доби). Тяжкий ступінь гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС діагностовано у 72,4, середній – у 27,6%. Нейросонографічний моніторинг дозволив відмітити стадійність розвитку гіпоксичного ураження мозку: набряк, лейкомаляція, розвиток кіст, гліозу. Розроблені заходи з оптимізації терапії включали заходи з ліквідації гіпоксії. Протезування функції зовнішнього дихання здійснювалось сучасними респіраторами апаратами «Bear 750 Sub PSV», «Bear 1000», «Siemens SV 300» (10 років тому використовувались «Baby log 1», «Baby log 2», «Secrist», які мали менші функціональні можливості). Розроблено ряд принципів з оптимізації проведення ШВЛ сучасними апаратами. Медикаментозна терапія включала використання антигіпоксантів, метаболітів, ноотропів.

Антибактеріальна терапія проводилась диференційовано залежно від характеру флори, її чутливості до антибіотиків. У недоношених новонароджених з РДС, тяжкою пневмонією при неефективності ШВЛ ендотрахеально вводили суприм.

Результатом удосконалення лікування новонароджених із поданою патологією шляхом використання сучасних технологій було зниження неонатальної летальності з 20,5% в 1995 р. до 10,17% в 2005 р., збільшення кількості дітей, які успішно знято з ШВЛ до 78,9% (1995 р. – 46,4%), скорочення середнього терміну перебування на ШВЛ до 3,8 доби (1995 р – 16,5 доби). Аналіз структури летальності в ОДКЛ № 1 за останнє десятиріччя показав зменшення в ній питомої ваги захворювань органів дихання у новонароджених від 19,5 до 7,3%. В структурі летальності новонароджених різко зменшилось число летальних виходів від внутрішньоутробної пневмонії і СДР, відповідно від 12 до 1-2 та від 7 до 2 спостережень на рік. Відмічено зниження частоти БЛД у новонароджених й летальності від БЛД втричі.

ЗАЛЕЖНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ВІД ПОРУШЕНЬ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

В.О. ФЬОКЛІН, О.В. ШАРИКАДЗЕ

Харківський державний медичний університет

МЕТОЮ дослідження є вивчення залежності між клінічними показниками і станом фібринолітичної функції легенів у дітей з гострими захворюваннями органів дихання.

У дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт – 38 (38,4%) дітей, I група, гостру пневмонію – 14 (14,1%) дітей, II група та дітей, у яких гостра пневмонія протікала з гострим обструктивним бронхітом – 47 (47,5%), III група за допомогою коефіцієнта регуляції легенів КР ($КР = B - A/V * 100\%$), де В – кількість (активність) показника у венозній крові, А – кількість (активність) показника в артеріальній крові, визначали стан фібринолітичної та гемостатичної функції легенів за наступними показниками: фібриноген (Ф), час зсідання крові за Лі-Уайтом (t), активованій частковий тромбопластиновий час (АЧТЧ), плазміноген (П), загальна фібринолітична активність крові (ЗФАК) і розчинні фібрин-мономерні комплекси (РФМК) за допомогою набору реагентів НПО «Ренам».

У дітей I групи встановлено значущі зворотні кореляційні зв'язки між КР за t і показниками артеріального тиску (АТ) ($r = -0,39$), частотою дихання (ЧД) ($r = -0,31$) і частотою серцевих скорочень (ЧСС) ($r = -0,43$), а також прямий значущий зв'язок між КР за РФМК і ЧСС ($r = 0,38$). Таким чином, у цих дітей у разі підвищення АТ, ЧД і прискорення пульсу страждатиме, насамперед, фібринолітична функція легенів, що спричинить порушення коагуляційного потенціалу артеріальної крові.

У II групі значущих кореляційних зв'язків між показниками АТ, ЧД і ЧСС та розладами фібринолітичної функції легенів не виявлено, оскільки в даній групі в клінічній картині на перше місце виступає токсичний симптом, найбільш точним біохімічним відображенням якого є середньомолекулярні олігопептиди (СМ) і ШОЕ, прямі й зворотні значущі кореляційні зв'язки утворюються саме із цими показниками: ($r_{П-СМ} = -0,48$), ($r_{t-СМ} = 0,48$), ($r_{t-ШОЕ} = -0,42$), ($r_{ОФАК-СОЕ} = -0,36$). Отримані результати свідчать про те, що у дітей з гострою пневмонією порушення фібринолітичної функції легенів знаходять своє відображення не тільки в зміні коагуляційного потенціалу системного кровоплину, але й у відхиленні біохімічних показників. Це відображає наявність патогенетичного зв'язку між клінічним перебігом захворювання й

ступенем порушення фібринолітичної функції легенів. В III групі виявлено наявність взаємозв'язків КР за досліджуваними показниками як з показниками, що характеризують кардіореспіраторний комплекс (АТ, ЧД, ЧСС), так і з біохімічними показниками – СМ і ШОЭ ($r_{\text{Ф.ЧСС}} = -0,29$), ($r_{\text{РФМК}_{\text{ЧД}}} = -0,52$), ($r_{\text{АЧТЧ}_{\text{ЧД}}} = -0,54$), ($r_{\text{АЧТЧ}_{\text{РБ}}} = -0,50$), ($r_{\text{П}_{\text{ЧД}}} = 0,55$), ($r_{\text{П}_{\text{ЧСС}}} = 0,37$), ($r_{\text{ЗФАК}_{\text{ШОЭ}}} = -0,31$) Це свідчить про те, що у дітей даної групи відмічаються найбільш тяжкі порушення регуляторної функції легенів. Показником тяжкості є виявлений взаємозв'язок клінічних і біохімічних відхилень із порушеннями фібринолітичної функції легенів, які лежать в основі формування перебігу та виходів захворювання.

Це може використовуватися як прогностичний критерій перебігу захворювання.

Таким чином, отримані результати відображають патогенетичне значення порушень фібринолітичної функції легенів на перебіг та виходи тяжких форм гострих захворювань органів дихання у дітей.

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ДИСПАНСЕРНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА РОЗВИТКОМ ДІТЕЙ ЯК МЕХАНІЗМ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

В.С. ПРИХОДЬКО¹, А.В. ЯЛОВЧУК²

¹Харківський державний медичний університет,

²Харківська медична академія післядипломної освіти

СИСТЕМА диспансерного спостереження за станом здоров'я дітей, яка виконується в Україні протягом багатьох десятиріч, зарекомендувала себе як досить ефективний спосіб первинної профілактики і раннього виявлення захворювань в дитячій популяції. Разом з цим, зазначена система має певні недоліки, що за умови недостатнього фінансування первинної ланки медичної допомоги, переходу на засади сімейної медицини, відносно низької медичної освіченості значних прошарків населення та збільшення за останні роки чисельності дітей, які відносяться до так званих груп ризику (діти з ускладненим біологічним анамнезом, діти з несприятливих за екологією регіонів тощо), не зможе у близькому майбутньому ефективно завадити збільшенню показників дитячої захворюваності в країні.

На підставі даних літератури та результатів власних досліджень обґрунтовується доцільність розробки програми диспансерного

спостереження за розвитком дітей перших трьох років життя, народжених від матерів з ускладненим перебігом вагітності (фетоплацентарна недостатність, гестози, загроза переривання вагітності), де загальноприйняті методи клінічного обстеження доповнюються послідовними реабілітаційними заходами з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини. Спостереження за розвитком дитини відбувається за допомогою певного інформаційного буклету, який безкоштовно пропонувався батькам дитини після виписки її з пологового відділення. В буклеті коротко наводиться інформація щодо раціональних заходів з догляду за дитиною, її харчування, нормативні характеристики фізичного і психомоторного розвитку та анкета, де популярно викладено відповідно до кожного вікового періоду і систематизовані різноманітні симптоми і прояви, наявність яких у дитини батьки відмічали перед кожним плановим відвідуванням лікаря. Результати тестування за наведеною анкетною допомагали своєчасно виявити ранні порушення у стані здоров'я немовлят, призначити, за необхідністю, додаткове обстеження та адекватні заходи корекції.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ НА ФОНІ АКТИВНОГО ПЕРЕБІГУ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ

Е.І. ЮЛІШ, О.Є. ЧЕРНИШОВА, О.І. ЗИКОВА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ЗМЕТОЮ виявлення змін в органах та їх нервових елементів, що розвиваються внаслідок персистенції герпесвірусної інфекції, нами вивчено дані автопсій 36 дітей різних вікових груп (від 7 днів до 15 місяців), померлих у випадках, яким за клінічними стандартами можна було запобігти – такі, як пневмонії, стенозуючий ларингіт, обструктивні бронхіти, синдром раптової смерті, поствакцинальні ускладнення. З них, у 24 померлих дітей при морфологічному дослідженні й на підставі виявлення ДНК герпесвірусів в тканинах змінених органів виявлено як генералізовані, так і олігоорганні ураження органів цитомегаловірусами, вірусами Епштейн–Барра. Причому встановлено, що до шести місяців в органах превалюють запальні процеси, а до року-півтора домінують дистрофічні й некротичні зміни структур з наявністю в тканинах кіст, ділянок склерозу і кальцифікатів.

При дослідженні серця виявляється вогнищевий міоліз м'язових волокон, некроз міокарда. У нирках спостерігаються процеси

склерозування окремих клубочків, в печінці – жирове і гідропічне переродження гепатоцитів, некроз. У підшлунковій залозі виявляється інфільтрація стромы клітинами гістіолімфоцитарного ряду, дистрофія. У надниркових залозах має місце метаморфоз адренкортикоцитів, дистрофія і некроз. До переродження схильна також нервова тканина – гліоцити сірої та білої речовини головного мозку. Виявляється лізис нервових клітин, в деяких ділянках кори визначаються петрифікати. У мозковій речовині тимуса багато тілець Гассала, які піддаються некрозу, виражений апоптоз тимоцитів. Для тимуса і селезінки характерний неповноцінний «відбір» антигензалежних Т-лімфоцитів, що є показником придбання Т-лімфоцитами рецепторів до антигенів власних тканин і вірогідністю розвитку аутоімунних захворювань.

При нейрогістологічному дослідженні нервових структур виявлено, що дистрофічні й деструктивні процеси в досліджуваних органах поєднувалися із значущими змінами нервових елементів, характер і вираженість яких корелювалася із ступенем органного ураження і віком померлої дитини. Так, у дітей перших місяців життя зміни в нервових елементах були переважно реактивними: набряк, набухання, вакуолізація, гіпоімпрегнація та гіперімпрегнація нервових волокон. З віком і збільшенням тривалості активної персистенції інфекції реактивні зміни стають глибшими і різноманітнішими аж до деструкції і лізису органних нервових елементів.

Одержані нами дані багато в чому пояснюють причини розвитку асоційованих з герпесвірусами гепатитів, панкреатиту, цукрового діабету, кардитів, гломерулонефритів, уражень центральної нервової системи, органів кровотворення, пухлин тощо.

ПРИНЦИПИ І КРИТЕРІЇ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З РІЗНИМ ПЕРЕБІГОМ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ

О.Є. ЧЕРНИШОВА, Є.І. ЮЛІШ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ХАРАКТЕРНОЮ особливістю сучасної інфекційної патології є зростання хронічних інфекційно-запальних хвороб, які досить часто формуються, як показали наші попередні дослідження, на фоні персистуючого інфекційного процесу, що викликається герпесвірусами (вірусом простого герпесу, цитомегаловірусом, вірусом Епштейн-Барра).

Під нашим спостереженням знаходилися 199 дітей з різними герпесвірусними інфекціями: цитомегаловірусною інфекцією

(ЦМВІ) – 93 (46,7%) дитини, інфекцією, викликаною вірусом простого герпесу I типу (ВПГ) – 13 (6,5%), вірусом Епштейн-Барра (ВЕБ) – 24 (12,1%); асоціаціями ЦМВІ і ВЕБ – 39 (19,6%), ЦМВІ і ВПГ – 15 (7,5%), ВПГ і ВЕБ – 4 (2,1%), ЦМВІ, ВЕБ і ВПГ – 11 (5,5%) дітей. Гостре або загострення хронічного захворювання спостерігалось у 50% дітей.

Метою лікування герпесвірусних інфекцій у дітей є пригнічення репродукції інфекційного чинника в період гострих проявів природженої або набутої інфекції (первинного епізоду захворювання або його загострення), формування адекватної імунної відповіді, тривале її збереження для блокування реактивації інфекції у вогнищах персистенції, а також запобігання будь-якому виду передачі інфекції плоду й дитині.

Основними принципами лікування та реабілітації дітей при гострому або хронічному перебігу в період загострення герпесвірусних інфекцій є призначення специфічних імуноглобулінів, ациклічних нуклеозидів, інтерферонів, імуномодуляторів (у випадках порушення імунітету). При хронічному перебігу герпесвірусних інфекцій у стадії ремісії за наявності інтеркурентних або хронічних захворювань у стадії загострення призначаються інтерферони та імуномодулятори (у разі порушення імунітету). При хронічному перебігу в період ремісії або латентному перебігу герпесвірусних інфекцій специфічне лікування не призначається. Специфічні імуноглобуліни (антицитомегаловірусний, антигерпетичний проти вірусу герпесу I або II типів, проти вірусу Епштейн-Барра) призначаються новонародженим по 0,5 мл/кг маси тіла внутрішньом'язово 1 раз на добу кожні 48 години, курс 3 ін'єкції, дітям раннього віку – по 1,5 мл внутрішньом'язово, курс 5 днів, дітям старшого віку – по 4,5 мл внутрішньом'язово, курс 5 днів. Вальтрекс призначається дозою 500 мг двічі на добу протягом 10 днів. Рекombінантний α -інтерферон (віферон) призначається: Віферон-1 (150 000 МЕ інтерферону в одній свічці) дітям дошкільного віку і Віферон-2 (500 000 МЕ) – дітям шкільного віку по 2 свічки щоденно з 12-годинним інтервалом протягом 10 днів, потім тричі на тиждень через день по 2 свічки на добу з 12-годинним інтервалом протягом 1 місяця.

Після закінчення зазначеного лікування дітям призначається препарат рослинного походження Протефлазид у віковому дозуванні протягом 1 місяця.

На фоні лікування вдалося купірувати гострі явища інфекції у 67% дітей, перевести рецидивуючий перебіг хронічної герпесвірусної інфекції в латентний – у 64%. У всіх спостережуваних дітей в 2,5 рази зменшилися кількість і тривалість повторних респіраторних захворювань, а також частота їх ускладнень.

УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ

В.А. КЛИМЕНКО

Харківський державний медичний університет

ДІАГНОЗ atopічного дерматиту (АД) в Україні виставляється згідно з критеріями діагностики Hanifin, Rajka (1980), але усі ці критерії (за винятком одного – рівень IgE) – клінічні ознаки (досить суб'єктивні). Складність діагностики зростає при нетиповому перебігу хвороби, наявності ускладнень, самолікуванні, тривалому застосуванні фармакологічних засобів. Метою даної роботи є удосконалення діагностики atopічного дерматиту у дітей шляхом об'єктивізації критеріїв діагностики.

Завдання дослідження: 1. Модифікація методики пункційної біопсії шкіри у дітей. 2. Оцінка повноцінності мікробіоптату шкіри для проведення цитологічного та імуноморфологічного дослідження. 3. Апробація методу «шкірного вікна» для отримання мазків-відбитків зі шкіри хворого на АД. 4. Розробка імуноморфологічних критеріїв діагностики АД у дітей.

Біоптати шкіри отримували методом пункційної біопсії за допомогою голки UNICUT фірми «C.R.BARD, INK» (США) діаметром 1,6 мм та довжиною 75 мм. Мікробіоптати фіксували в 10% нейтральному формаліні, заливали в целоїдин-парафін і після спиртової проводки виготовляли зрізи товщиною 5-6 мкм. Зрізи забарвлювали гістологічними методами: гематоксиліном та еозином, пікрофуксином за Ван-Гізону, за Малорі; гістохімічними: мукополісахариди ідентифікували PAS-реакцією з контролем амілазою, плазматичне просочування виявляли реакцією Реґо, РНП визначали реакцією Браше (контроль кристалічною рибонуклеазою), а ДНП – реакцією Фельгена-Россенбека (контроль – гідроз з НСІ) [Лилли, 1969]. Імуноморфологічне дослідження проводили непрямым методом Кунса за методикою Brozman (1979). Імунні клітини диференціювали за допомогою моноклональних антитіл. Препарати вивчали в люмінесцентному мікроскопі МЛ-2 з використанням світлофільтрів: ФС-1-2, СЗС-24, БС-8-2, УФС-6-3. Імуноморфологічні дослідження мікробіоптатів проведено на кафедрі патологічної анатомії ХДМУ. «Мазки-відбитки» одержували методом «шкірного вікна» у модифікації А.І. Щуренкової. Для ідентифікації імунних клітин використовували метод імунопероксидазного забарвлення. Математичну обробку результатів проводили методами варіаційної статистики з використанням програми Microsoft Excel 7.0.

Під спостереженням було 58 хворих на АД у стадії загострення віком від 1,5 до 15 років. Виконано 38 біопсій шкіри. Одержано до

100 мазків-відбитків шкіри від 20 хворих. Встановлено наступні імуноморфологічні характеристики АД: відносна кількість основних клонів імунних клітин у лімфомакрофагальних запальних інфільтратах шкіри (у перерахуванні на 100 клітин) становила: CD4=47±5,8; CD8=17,3±3,2; CD4:CD8=2,8±0,5; CD16=5,7±0,7; HLA-DR=1,1±0,1. Кількість головних імунних клітин у мазках-відбитках з вогнищ ураження при АД: CD3=71,35±6,0%; CD4=44,4±6,1%; CD8=27,65±6,2%; CD14=10,05±3,5%; CD16=17,75±3,1%; CD20=16,65±2,4%.

Таким чином, запропоновано та апробовано малотравматичні, естетичні методики отримання матеріалу для морфологічного дослідження хворих на АД. Проведення дослідження не вимагає кваліфікації лікаря-хірурга, можливо застосування в амбулаторних умовах. Визначено оптимальний розмір голки для біопсії шкіри при АД – 1,6 мм, що дозволяє зробити адекватний (необхідний і достатній для встановлення морфологічного діагнозу) забір тканини з ураженої ділянки шкіри. Апробовано методики імуноморфологічного дослідження мікробіоптатів та мазків-відбитків шкіри. Встановлено імуноморфологічні критерії АД у дітей, що рекомендуються до включення в протоколи діагностики АД.

УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З РЕСПІРАТОРНИМ ХЛАМІДІОЗОМ

Є.І. ЮЛИШ, С.Г. ГАДЯЦЬКА, С.А. ЛЕВЧЕНКО, Т.А. ФОМЕНКО, Ю.В. КРАСИНСЬКА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ПІД НАШИМ спостереженням знаходилось 136 дітей віком від 1 до 15 років з бронхіальною астмою (БА) в періоді загострення захворювання. У 43 (31,6%) дітей, незважаючи на адекватну базисну терапію, відмічались часті й тривалі загострення захворювання. Для визначення клініко-лабораторних особливостей перебігу БА, що протікає на тлі респіраторної інфекції, викликаной *Chlamydia pneumoniae*, виявлялася ДНК збудника в слизі із зіву та мокротинні методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), серологічна діагностика сироватки крові проводилась методом імуноферментного аналізу діагностичними тест-системами «Хламібест IgG – стріп», «Хламібест IgM – стріп». За наслідками обстеження, інфікованість хламідійною інфекцією виявлено у 85 (62,5%) дітей з БА. Контрольну групу склали хворі (51) з БА з негативними результатами обстеження на наявність *Chlamydia pneumoniae*.

Тяжкість стану на момент вступу до стаціонару у дітей з поєднанням БА і респіраторного хламідіозу визначалась сукупністю бронхообструктивного та інтоксикаційного синдромів, на відміну від випадків перебігу БА у неінфікованих, де основним проявом загострення був бронхообструктивний синдром. Симптоми інтоксикації були у 41 (48,2%) пацієнта основної групи, у 27 (31,8%) з них загострення захворювання починалося з підвищення температури тіла. Збільшення периферичних лімфовузлів визначалося у 45 (52,9%) хворих з БА і респіраторним хламідіозом та у 13 (25,5%) дітей з БА, не інфікованих *Chlamydomphila pneumoniae* ($p < 0,0001$). При визначенні функції зовнішнього дихання у дітей з БА і респіраторним хламідіозом реєструвався переважно змішаний тип вентиляційної недостатності – 76,3% пацієнтів, на відміну від неінфікованих хворих з БА, у яких визначався обструктивний тип (73,4% дітей). У дітей з БА і респіраторним хламідіозом відмічено зростання ступеня підвищення рівнів IgE з віком, для неінфікованих пацієнтів подібні співвідношення не були характерні. В той же час, у дітей з БА, не інфікованих *Chlamydomphila pneumoniae*, виражена полівалентна сенсibiliзація зустрічалася в 4 рази частіше.

Після отримання результатів обстеження на наявність у хворих БА інфекції, викликаной *Chlamydomphila pneumoniae*, до терапії дітей з активним перебігом респіраторного хламідіозу було включено антибактеріальний препарат з групи макролідів – роваміцин у поєднанні з віфероном. На 3-й день від початку антибактеріальної терапії стан дітей значно поліпшився, задишки у спокої не було у жодної дитини, у 6 (9,5%) дітей з'являлася помірна експіраторна задишка при фізичному навантаженні. Симптоми інтоксикації регресувалися у всіх хворих. При фізикальному обстеженні одиничні сухі хрипи вислуховувалися лише у 3 (4,8%) пацієнтів, у решти дітей бронхообструктивний синдром було знято. Побічних дій препаратів не виявлено у жодної дитини. Протягом 6 місяців після закінчення лікування респіраторного хламідіозу у 31 (36,5%) дитини не було загострень БА, через рік відмічено зниження частоти й тривалості загострень БА в середньому в 5 разів порівняно з цими показниками до лікування.

Таким чином, включення до комплексу традиційної терапії БА у дітей з поєднанням астми й активного перебігу респіраторного хламідіозу антибактеріальних препаратів і рекомбінантного інтерферону сприяє позитивній динаміці клінічних симптомів астми, ліквідації синдрому інтоксикації та поліпшення загального стану хворих.

ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТІВ В ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З НЕФРИТИЧНИМ СИНДРОМОМ ГОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ

Т.П. БОРИСОВА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ЗАСТОСУВАННЯ антикоагулянтів при гломерулонефриті обґрунтовано роллю в його патогенезі локальної інтрагломерулярної коагуляції, наявність якої підтверджується виявленням фібрину/фібриногену в ниркових структурах і продуктів деградації фібрину в сироватці крові, сечі. Погляди щодо ефективності цього методу лікування, а також рекомендацій щодо його призначення на сьогодні залишаються суперечливими. Метою дослідження було обґрунтування застосування антикоагулянтів та оцінка ефективності різних груп цих препаратів у лікуванні дітей з нефритичним синдромом гострого гломерулонефриту (ГННС).

Обстежено 247 хворих на ГННС віком від 3 до 14 років, які лікувалися за традиційною терапією. Крім того, під спостереженням знаходилося 14 дітей, яким призначали низькомолекулярний гепарин. Пацієнтам проведено комплексне нефрологічне обстеження за загальноприйнятими методиками, а також дослідження β_2 -мікроглобуліну крові й сечі. Безпосередній результат лікування оцінювали перед випискою з клініки (4-6-й тиждень від моменту госпіталізації), найближчий та віддалений – через 1 і 2-5 років від дебюту хвороби.

Для оцінки ефективності лікування антикоагулянтами обстежених умовно розподілено на дві групи – 101 дитина з терапією стандартним гепарином і 146 дітей без такої. У дітей, які одержували цей препарат, на 3-му тижні захворювання частота азотемії зменшилася на 27,4% ($p < 0,001$), на момент виписки – на 26,2% ($p < 0,001$). У групі без гепарину зниження цього показника було менш вираженим – відповідно на 10,0% ($p < 0,04$) і 9,2% ($p < 0,003$). При гепаринотерапії спостерігалось достовірне зниження частоти гіперкреатиніємії (з $15,8 \pm 3,7$ до $4,0 \pm 2,0\%$, $p < 0,005$). Динаміка зниження рівня протеїнурії була більш вираженою: на 4-му тижні лікування середній показник зменшився на 0,74 г ($p < 0,001$), а в групі без гепарину – на 0,28 г ($p < 0,001$), на 6-му тижні – відповідно з $0,21 \pm 0,03$ до $0,12 \pm 0,04$ г ($p < 0,004$) і з $0,09 \pm 0,02$ до $0,06 \pm 0,01$ г ($p < 0,02$). Отже, гепаринотерапія мала істотний вплив на зниження частоти азотемії, гіперкреатиніємії та ступеня протеїнурії. При цьому найближчий та віддалений результати лікування не залежали від використання гепарину. Таким чином, показаннями для призначення антикоагулянтів в лікуванні дітей

з ГГНС слід вважати наявність гіперкреатиніємії, азотемії, що зберігається більше тижня, помірної та вираженої протеїнурії.

Проведено порівняння результатів лікування ГГНС у хворих, які отримували стандартний гепарин (101 дитина), та пацієнтів, котрі лікувалися низькомолекулярним гепарином за встановленими нами показаннями (14 дітей). Визначено, що низькомолекулярний гепарин порівняно зі стандартним гепарином мав більш високу безпосередню ефективність. У цих хворих на 4-6-му тижні від моменту госпіталізації в 6,8 рази рідше спостерігався виражений сечовий синдром. Крім того, низькомолекулярний гепарин більшою мірою сприяв зниженню частоти азотемії, рівня протеїнурії, сироваткового β_2 -мікроглобуліну і ЦІК крові.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ Й ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ З НЕФРИТИЧНИМ СИНДРОМОМ У ДІТЕЙ

Т.П. БОРИСОВА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

МЕТОЮ дослідження була оцінка результатів лікування гострого гломерулонефриту з нефритичним синдромом (ГГНС) у дітей, визначення факторів, що впливають на прогноз захворювання, а також побудування математичної моделі, що дозволяє передбачити хронізацію процесу в кожному певному випадку. Під спостереженням перебувало 247 хворих з ГГНС віком від 3 до 14 років. Дослідження включало комплекс клінічних, біохімічних, імунологічних, радіоімунологічних, інструментальних, морфологічних і статистичних методів.

Як традиційне лікування застосовувалася базисна терапія (режим, дієта, антибіотики, десенсибілізуючі препарати), патогенетичні (гепаринотерапія – 101 хворий) і симптоматичні (сечогінні, гіпотензивні) засоби. На 4-6-й тиждень від моменту госпіталізації (безпосередній результат лікування) ліквідацію клінічних проявів відмічено у 10,1%, мінімальну протеїнурію й помірну еритроцитурію – у 59,1%, виражену еритроцитурію з мінімальною й помірною протеїнурією – у 30,8% хворих. Через 1 рік від дебюту ГГНС (найближчий результат лікування) нормальні аналізи сечі спостерігалися у 33,0%, нестійкий сечовий синдром – у 43,5%, постійні еритроцитурія й/або протеїнурія – у 23,5% дітей. Це дозволило констатувати у цих хворих перехід у хронічний гломерулонефрит. Результат ГГНС через 2-5 років від дебюту харак-

теризувався наявністю нормального аналізу сечі у 73,2%, нестійких еритроцитурії й протеїнурії – у 19,6%, постійного сечового синдрому – у 7,2% пацієнтів.

Прогностично несприятливими клініко-морфологічними факторами перебігу ГГНС були виражені набряки, азотемія, канальцеві дисфункції, ультрасонографічні зміни паренхіми нирок, помірна й висока протеїнурія, лейкоцитурія, тривалість сечового синдрому, гіпокомплементемія, підвищення ЦІК, IgM, β_2 -мікроглобуліну крові в дебюті захворювання, виражений тубуло-інтерстиціальний компонент, наявність ексудату й білкових мас у просвіті капсули клубочка, зрощення капілярів з капсулою клубочка. Наявність декількох вогнищ хронічної інфекції перешкождала позитивній динаміці захворювання.

Безпосередній результат терапії визначав ефективність лікування надалі. Тривала антибактеріальна терапія не впливала на підвищення ефективності лікування. Гепаринотерапія ефективна тільки за умови азотемії, гіперкреатиніємії, помірної та вираженої протеїнурії. Призначення в період зворотного розвитку ГГНС делагілу й біциліну-5 достовірно не впливало на результат хвороби.

Математичну модель прогнозу хронізації захворювання побудовано з використанням процедури Байєса. Було визначено 13 провідних клінічних ознак, за якими можливо диференціювати групу «ризик» хронізації ГГНС. Прогностичне правило, що було розроблене, достатньо адекватно характеризує реальний процес, володіє високою чутливістю (75-76%) та специфічністю (73-78%).

Таким чином, результат у більшості дітей з ГГНС сприятливий. Для ліквідації патологічних змін в сечі потрібно декілька років. При розробці програми лікування хворих необхідно враховувати прогностично несприятливі клінічні симптоми ГГНС та морфологічні зміни в нирках.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ДІТЕЙ З НЕРВОВО-АРТРИТИЧНИМ ДІАТЕЗОМ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У РЕГІОНІ ЕКОЛОГІЧНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ

Л.С. ОВЧАРЕНКО, Н.В. ЖИХАРЕВА

Запорізька медична академія післядипломної освіти

НА СУЧАСНОМУ етапі розвитку суспільства рівень здоров'я населення знаходиться у прямій залежності від інтенсивності, тривалості впливу забруднення і ступеня адаптації індивіда до місця мешкання. При цьому знання патогенезу розвитку порушення

процесів адаптації набуває великої ваги у вивченні явищ «передхвороби» за умов впливу антропогенних факторів малої інтенсивності. В останні роки дуже актуальним є питання вивчення впливу наслідків аварії на ЧАЕС на здоров'я дітей, котрі народилися від опромінених батьків та нині мешкають у екологічно несприятливих промислових регіонах. Було вивчено стан деяких показників адаптаційно-захисних механізмів (процесів ПОЛ/АОЗ, гормонального та імунного статусу, вітамінної забезпеченості) у дітей віком від 3 до 6 років з клініко-фенотиповими ознаками нервово-артритичного діатезу (НАД), які були народжені від батьків, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, та на цей час проживають у великому промисловому центрі – м. Запоріжжя.

Виявлений дисбаланс показників ПОЛ/АОЗ, дефіцит вітамінів антиоксидантної спрямованості та вітамінів, що виконують роль кофакторів у процесах обміну речовин, наявність гормонального дисбалансу у вигляді диспітuitarизму, гіперінсулінізму та диспінеалізму, зміни показників природженої та набутої ланок імунітету було розцінено нами як прояв дизадаптації у дітей з аномалією конституції (НАД) в умовах ксенобіотичного навантаження, що викликало необхідність призначення реабілітаційної терапії.

З урахуванням усіх ланок патогенезу даного стану та виявлених порушень нами було призначено наступну схему реабілітації: олійні розчини вітамінів А та Е, вітамін С – тривалістю 1 місяць, вітамін В₆ – тривалістю 1,5 місяця, нео-селен – тривалістю 2 місяці, ІРС-19 – тривалістю 1 місяць. Контроль за рівнем показників здійснювали через 4 місяці після отримання терапії.

Спостерігалася позитивна динаміка у вигляді зниження активності переоксидації та активації процесів антиоксидантного захисту (достовірне зниження концентрації первинних, вторинних та третинних продуктів ПОЛ ($p < 0,05$), підвищення рівня церулоплазміну ($p < 0,05$), ретинолу ($p < 0,05$), α -токоферолу ($p < 0,05$), аскорбінової кислоти ($p < 0,05$)), нормалізація показників гормонального стану, підвищення концентрації вітаміну В₆ ($p < 0,05$), активація фагоцитарної функції імунної системи, нормалізація показників клітинної та гуморальної ланок імунітету. Клінічно впродовж 6 місяців після отримання терапії спостерігалася зменшення загострень НАД у вигляді ацетонемічних станів, зменшення кількості диспепсичних скарг та проявів шкірного синдрому.

Таким чином, даний комплексний підхід до реабілітації дітей з НАД, котрі мешкають у екологічно несприятливому регіоні, дає можливість подовжити період ремісії даного передпатологічного стану та уникнути розвитку ускладнень і може бути рекомендований до використання у дитячих медичних закладах.

ПОРУШЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО МІСТА ТА ШЛЯХИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

Ю.Г. РЕЗНІЧЕНКО, Г.І. РЕЗНІЧЕНКО

Запорізький державний медичний університет.

Запорізька медична академія післядипломної освіти

ЗМЕТОЮ визначення впливу медико-біологічних, соціально-побутових, психогенних та екологічних чинників на стан дітей, які мешкають у великому промисловому місті з розвинутою металургійною, хімічною та машинобудівними галузями, проведено аналіз їх стану здоров'я за п'ятнадцять років і визначено ступінь впливу на нього зазначених факторів.

Результати проведеного аналізу свідчать, що протягом останнього часу у м. Запоріжжі, як і загалом по Україні, спостерігається зменшення народжуваності та чисельності дітей. Одночасно зросла захворюваність новонароджених та поширеність захворювань серед дитячого населення. Захворюваність дітей в м. Запоріжжі була на 10% вищою, ніж в цілому по Україні. Нашими дослідженнями встановлено, що в м. Запоріжжі, порівняно з містом середньої величини з невисоким рівнем техногенного навантаження та антропогенного забруднення – Бердянськом, діти мають гірші показники стану здоров'я. Відсоток хворих дітей був максимальним в екологічно несприятливому районі великого промислового міста. У малюків з екологічно несприятливого району частіше відмічались на першому році життя гіпотрофії, анемії, ГРЗ і перинатальні ураження нервової системи, а також дисбактеріози кишечника та ексудативно-катаральний і лімфатико-гіпопластичний діатези, в подальшому – часті респіраторні захворювання різного генезу, а в шкільному віці – різноманітні вегетативні дисфункції.

Проведені лабораторні дослідження показали, що у мешканців великого промислового міста відмічаються неспецифічні зміни гомеостазу на клітинному та субклітинних рівнях, характерний дисбаланс систем ПОЛ-АОЗ, імунної та симпато-адреналової. Накопичення визначених змін не дозволяє організму адекватно реагувати при дії додаткових факторів і може призводити до розвитку захворювань, які частіше зустрічаються у мешканців великих промислових міст. Проведені дослідження показали, що на погіршення стану здоров'я дітей великого промислового міста впливають різноманітні економічні, соціально-побутові, психогенні, екологічні чинники, при цьому вплив антропогенного забруднення докілька в останні роки не має вирішального значення. На мешканців великого промислового міста навколишнє серед-

овище має не лише негативний вплив: вищі економічні можливості, розвинена інфраструктура дозволяють мати кращі умови для проживання, харчування, питної води, медичного забезпечення, що нівелює негативний вплив на населення.

Тому одним із шляхів вирішення проблеми порушень стану здоров'я мешканців великих промислових міст, поряд з природоохоронними заходами, повинна стати система рекреаційних заходів, формування здорового способу життя. Важливим є поліпшення економічних можливостей для створення належних соціально-побутових умов, проведення реабілітаційних заходів.

На підставі отриманих результатів нами була розроблена система профілактичних та реабілітаційних заходів для поліпшення стану здоров'я дітей різних вікових груп, яку потрібно широко застосовувати, починаючи з антенатального періоду. Впровадження патогенетично обґрунтованої малозатратної системи медичних профілактичних заходів дозволяє мінімізувати негативний вплив проживання у великому промисловому місті на стан здоров'я дітей.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИЛЯТАЦІЙНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Г.С. СЕНАТОРОВА, К.В. СЕРГІЄНКО
Харківський медичний університет

МЕТОЮ дослідження було вивчення клініки й особливостей перебігу дилатаційної кардіоміопатії (ДКМП) і фіброеластозу (ФЕ) ендокарда у дітей першого року життя.

Методи дослідження включали анамнез, клінічне спостереження, інструментальні дослідження (ЕКГ, ЕХОКГ, ДЕХОКГ).

Обстежено 15 дітей від 1,5 до 12 місяців. У 10 діагностовано ДКМП, у 5 – ФЕ ендокарда. Всі обстежені діти вступали до клініки з проявами серцевої недостатності II–III ступеня.

За даними ЕХОКГ і ДЕХОКГ у хворих із ДКМП встановлено наступні морфологічні особливості: збільшення порожнини лівого передсердя (66,6%), лівого шлуночка (ЛШ) (100%), кулясту його деформацію (100%), гіпокінезію стінок ЛШ (66,6%), асинергію скорочення (46,6%). У дітей з ФЕ ендокарда, крім зазначених ознак, відмічалось також стовщення ендокарда (100%) і гіпоплазія трабекулярного апарата (100%). Порушення функціональної діяльності серця спостерігалися у всіх обстежених дітей і проявлялися збільшенням кінцево-діастолічного й кінцево-систолического об'ємів, зниженням хвилинного й ударного об'ємів ЛШ і показ-

ників систолічної функції. Діастолічна функція була порушена у 100% хворих за першим і другим типами.

Незважаючи на проведену терапію (серцеві глікозиди, інгібітори АПФ, кардіометаболічна терапія), 4 дитини з ФЕ ендокарда померли.

Таким чином, ремоделювання лівих камер серця у дітей першого року життя з кардіоміопатіями відбувається за типом дилатації та порушення не тільки систолічної, але й діастолічної функцій.

ЦИТОПАТИЧНА ГІПОКСІЯ – МАРКЕР ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

О.В. ШЕВЧУК, Л.І. ЛАЙКО

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ГІПОКСЕМІЯ є постійним супутником інфекцій дихальних шляхів і виявляється у 88% дітей з пневмоніями та у 35% з непневмонічними інфекціями дихальних шляхів. Гіпоксія при пневмонії має різне походження – дихальна гіпоксія внаслідок пошкодження газотранспортної функції легень та тканинна гіпоксія (цитопатична гіпоксія), яка виникає внаслідок пошкодження медіаторами запалення дихального ланцюга мітохондрій.

Метою дослідження була оцінка можливості використання окремих показників цитопатичної гіпоксії в ролі маркерів тяжкості перебігу негоспітальної пневмонії у дітей раннього віку.

Дослідженням встановлено, що серед обстежених легка пневмонія була у 18 дітей, пневмонія середнього ступеня тяжкості – у 76, а тяжка пневмонія – у 64 дітей. З наростанням тяжкості пневмонії зменшувалось насичення крові киснем. Так, у здорових дітей рівень SaO_2 крові становив більше 96%, при пневмонії легкого ступеня тяжкості насичення крові киснем знижувалось до $95,5 \pm 0,61\%$, при середньому ступені тяжкості й тяжкій пневмонії – до $90,2 \pm 0,37$ та $81,1 \pm 0,90\%$, відповідно. Рівень гіпоксантину та ксантину сироватки крові у групі здорових дітей складав в середньому $5,08 \pm 0,38$ мкмоль/л, а із наростанням важкості пневмонії вміст гіпоксантину та ксантину збільшувався і при пневмонії легкого ступеня становив $9,68 \pm 0,44$ мкмоль/л, при пневмонії середнього ступеня тяжкості – $12,5 \pm 0,34$ мкмоль/л, а при тяжкій пневмонії – $16,1 \pm 0,35$ мкмоль/л. Для того, щоб встановити, чи має рівень гіпоксантину та ксантину сироватки крові незалежне від насичення крові киснем прогностичне значення, як було сказано вище, ми розподілили всіх дітей на дві групи – з насичення крові киснем більше 85% (118

дітей) та з насиченням крові киснем нижче 85% (40). В рамках цих груп виділено по дві підгрупи – з низьким та високим рівнем гіпоксантину й ксантину в крові та простежено динаміку клінічних проявів пневмонії в процесі лікування.

Нами встановлено, що незалежно від рівня насичення крові киснем клінічні симптоми пневмонії зникали швидше саме у групі дітей з меншим вихідним рівнем гіпоксантину та ксантину в крові. Так, у дітей з насиченням крові киснем більше 85% та рівнем гіпоксантину й ксантину менше 15 мкмоль/л всі симптоми пневмонії зникали з достовірно швидше, ніж у дітей з тим самим насиченням крові киснем, але рівнем гіпоксантину й ксантину в крові більше 15 мкмоль/л. Такі симптоми, як задишка, анорексія, збудливість та підвищена температура тіла тривали на третину менше, ніж в групі порівняння. В групі дітей з дихальною недостатністю II-III ступеня (насичення крові киснем нижче 85%) тривалість нормалізації симптомів пневмонії була довшою, ніж при вищому рівні кисню в крові. Однак навіть в межах цієї групи діти одужували швидше при низькому вмісті гіпоксантину та ксантину в крові. Причому такі симптоми, як задишка, анорексія, підвищена температура тіла тривали на половину менше, ніж у дітей з високим рівнем гіпоксантину й ксантину в крові при однаковій насиченості крові киснем.

Таким чином, дослідження показали, що показник цитопатичної гіпоксії, такий як вміст гіпоксантину та ксантину в крові, є маркером тяжкості пневмонії у дітей раннього віку та предиктором ефективності лікування.

ПРОБЛЕМИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХЛАМІДОФІЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Ю.В. МАРУШКО, Д.Г. ДЕСЯТНИК, В.М. СОНЬКІН

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. ДКЛ № 5 м. Києва

Chlamydophila pneumoniae спроможна викликати захворювання респіраторного тракту у людини, з ураженням верхніх і нижніх дихальних шляхів. Показана роль *Chl. pn.* в підтримці запального процесу в бронхах при бронхіальній астмі, або триггерна роль в розвитку астматичного приступу. Крім того, *Chl. pn.* також викликає, або підтримує, хронічний запальний процес в ендотелії судин. Відповідно виявлено зв'язок цієї інфекції з розвитком стенокардії та інфаркту міокарда. Відповідна інфекція, спричинена *Chl. pn.*, за рекомендаціями дослідників набула назву

«хламідофільної інфекції», за умови окремого розглядання зоонозних хламідофілозів, передусім орнітозу (пситакозу).

Клініцистам, які мають справу з лікуванням інфекцій, спричинених *Chlamydia trachomatis*, відомо, що не завжди вдається одразу досягти успіху в терапії. Це пов'язано з біологічними особливостями збудника. Хламідії мають основні ознаки бактерій: містять два типи нуклеїнових кислот (ДНК і РНК) і рибосоми. Проте хламідії відрізняються від інших бактерій тим, що мають можливість персистувати й утворювати «атипові» інфекції з одночасною присутністю на усіх стадіях свого циклу розмноження. Хламідії в процесі пристосування до внутрішньоклітинного паразитизму виробили унікальні структури і біосинтетичні механізми, що не мають аналогів в інших бактерій. У хламідій відсутній пептидоглікан – компонент клітинної стінки, відповідно проти них не активні β-лактаміні антибіотики.

В антибактеріальній терапії інфекцій, що спричинені хламідіями, застосовують три основні групи антибактеріальних препаратів: макроліди, тетрацикліни, фторхінолони. Хламідії теоретично чутливі до ансоміцинів (рифампіцин), сульфаніламідів (окрім *Chl. pn.*), кліндаміцину, хлорамфеніколу, проте препарати цих груп в практичній медицині проти хламідій не застосовують. β-лактаміні антибіотики (пеніциліни, цефалоспорини) не тільки не ефективні в лікуванні хламідійних інфекцій *in vivo*, а й спроможні провокувати внутрішньоклітинну персистенцію хламідій.

Препаратами вибору є «нові» макроліди – мідекаміцин, кларитроміцин, рокситроміцин, джозаміцин, спіраміцин. Широко використовують азалід азитроміцин.

Дослідження ефективності протихламідофільного лікування гострих респіраторних інфекцій у дітей не є численними. Margaret R. Hammerschlag наводить данні двох багатоцентрових досліджень, що при застосуванні у дітей 10-денного курсу еритроміцину, кларитроміцину, або суспензії азитроміцину, спостерігається однакова мікробіологічна ефективність в межах 79-86%. Аналогічні дані отримано нами. Застосування при гострій респіраторній інфекції нижніх дихальних шляхів у дітей 7-15 років мідекаміцину дозою 50 мг/кг на добу, терміном до 10 днів, або азитроміцину дозою 30 мг/кг на курс 5 діб, сприяло клінічному одужанню та елімінації збудника в 80% випадків.

Враховуючи наведені дані літератури та особистих спостережень, можливо зробити наступні висновки щодо особливостей антибактеріальної терапії інфекції, спричиненої *Chlamydophila pneumoniae*. Необхідно враховувати вік пацієнта, комплаєнс, можливість побічних дій протихламідійного антибактеріального

препарату. Також необхідно дотримуватися тривалості лікування, враховуючи особливості біології збудника. Визначення ефективності проведеного лікування складне і повинно спиратися на комплекс клініко-лабораторних та мікробіологічних даних. Відповідно існує потреба в подальших наукових дослідженнях з цих питань.

ТРАНСФЕР ФАКТОР В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ЧАСТО ХВОРИЮЧИХ ДІТЕЙ

Ю.В. МАРУШКО, Н.Г. БИЧКОВА, Т.В. ГИЩАК, В.М. СОНЬКІН, І.М. ГОРДІЄНКО
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. ДКЛ № 5 м. Києва

ЕКОЛОГІЧНА ситуація в Україні нині визначається загальною інтенсифікацією індустріальних процесів, певною мірою, наслідками аварії на ЧАЕС, що зумовлюють збільшення вмісту токсичних речовин у повітряному середовищі міст та в продуктах харчування. Все більш значущим є негативний вплив на стан здоров'я населення широкого застосування гербіцидів, пестицидів та мінеральних речовин, солей важких металів. Відомо, що крім прямого токсичного впливу, вказані вище фактори відіграють певну роль в імунній відповіді організму. Наслідком такої несприятливої екологічної ситуації є прояв у населення, особливо у його дитячого контингенту, «набутого імунодефіцитного стану», а також значний зріст рімних соматичних захворювань взагалі та респіраторних, зокрема.

Актуальним завданням педіатрії є профілактика та лікування частих респіраторних захворювань у дітей. В цьому плані нас зацікавила біологічно активна добавка (БАД) Трансфер фактор компанії «4 Life Research». Трансфер фактор отримано із молозива певним способом ультрафільтрації, він має в своєму складі висококонцентровані цитокіни – низькомолекулярні білки, яким властиві імуномодулюючі властивості. Цитокінові фракції ідентичні лейкоцитарним цитокінам.

У зв'язку з зазначеним, метою роботи була оцінка можливості використання Трансфер фактора в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів для часто хворіючих дітей (ЧХД).

Проведено клінічне та імунологічне обстеження 50 дітей віком від 1,5 до 14 років, які часто хворіли на гострі респіраторні інфекції (повторні гострі респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів, повторні бронхіти, загострення хронічного тонзиліту,

фарингіту, повторні синусити). БАД Трансфер фактор призначали 30 пацієнтам за розрабленою нами схемою в наступних дозах: дітям до 5 лет – по 1 капсулі 1 раз на день, дітям від 5 до 10 років – по 1 капсулі двічі на день, дітям старше 10 років – по 1 капсулі тричі на день. Призначали курсами по 5 днів з п'ятиденними перервами між прийомами (всього – 4-5 курсів). 20 дітей склали контрольну групу.

Імунологічне обстеження включало: визначення вмісту сироваткових імуноглобулінів А, G, М, кількості імунокомпетентних клітин (CD3+, CD4+, CD22+, CD8+, CD16+), вивчення функціональної активності лімфоцитів (РБТЛ) та активності неспецифічних факторів захисту (фагоцитоз).

Клінічно визначали частоту й тяжкість респіраторних інфекцій до прийому Трансфер фактора та протягом 4-6 місяців після закінчення курсу лікування. В дослідженні також враховували динаміку загального стану, симптомів інтоксикації протягом курсу лікування. Стан імунітету за вищевказаними показниками визначали до та через 5-7 днів після закінчення прийому Трансфер фактора.

Проведення реабілітаційних заходів ЧХД із застосуванням Трансфер фактора сприяло поліпшенню загальної клінічної картини, запобігало повторним респіраторним захворюванням, сприяло позитивній динаміці окремих імунологічних показників. Найбільший вплив Трансфер фактор справляв на показники фагоцитозу, кількість натуральних кілерів, рівень IgG. Побічних дій не спостерігалось.

ЗБУДНИКИ ПОЗАЛІКАРНЯНИХ ПНЕВМОНІЙ ТА ЇХ ЧУТЛИВІСТЬ ДО АНТИБІОТИКІВ У ДІТЕЙ (Дані моніторингу 2001-2006 рр.)

Є.І. ЮЛІШ, Л.С. КОРИНЕВА, І.Г. САМОЙЛЕНКО

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

МЕТОЮ нашої роботи було вивчення етіологічно значущої бактеріальної флори та її чутливості до антибіотиків при позалікарняних пневмоніях (ПП) у дітей. Дані дослідження, проведені в 2005-2006 рр. у 129 дітей віком від 7 місяців до 17 років із клініко-рентгенологічно підтвердженої ПП, порівнювалися з результатами аналогічного дослідження, проведеного в 2001 р.

Дітям при вступі до клініки проводили мікробіологічне дослідження мокротиння, методом збору індукованого мокротиння, з

визначенням чутливості до антибіотиків (АБ). Для діагностики респіраторного хламідіозу (РХ) використовували метод визначення фрагментів ДНК у мокротинні (за допомогою ПЛР) і специфічних протихламідійних IgM та IgG у сироватці крові (ІФА). Критеріями інфекційного процесу вважали виділення збудника в мокротинні в концентрації $\geq 10^6$ КУО/мл.

Бактеріальну інфекцію виявлено у 113 (87,5%) обстежених дітей. Порівнюючи результати посівів мокротиння в 2005 р. із проведеними в 2001 р., виявлено значний ріст стрептококової інфекції, де на першому місці був *Streptococcus mitis*, на частку якого припадало 31,8% випадків ПП (36 дітей), у той час як в 2001 р. лідував *Streptococcus pneumoniae* – у 61,7% дітей. В 2005 р. *Streptococcus pneumoniae*, як причину пневмонії, виявлено у 31 (27,4%) хворого. *Streptococcus pyogenis* було виділено у 17 (15,04%) дітей, що достовірно не відрізняється від даних 2001 р. (15,7%). Визначається зниження засівання *Haemophilus influenzae* – у 8 (7,07%) дітей (в 2001 р. – 32,9%). *Streptococcus agalacticae* й *Moraxella catarrhalis* визначались у 9 (7,9%) та 12 (10,6%) дітей відповідно. В 50,4% випадків (57 дітей) мала місце асоціація двох або більше збудників. Найчастішими були асоціації *Streptococcus pneumoniae* з *Streptococcus mitis* (15,04%), *Streptococcus pyogenis* з *Streptococcus mitis* (11,5%). У 41 (36,2%) дитини в асоціації з іншими збудниками виявлено гриби роду *Candida* у різних концентраціях: від 10^3 до $\geq 10^6$ КУО/мл, що вище в 2 рази, ніж в 2001 р.

Аналізуючи дані, отримані при визначенні чутливості до АБ, виявлено, що агенти, які найчастіше визначаються, високо чутливі до кларитроміцину (фроміліду), роваміцину, цефалоспоринів III й IV поколінь; в 2001 р. - найбільшою чутливістю до отриманої флори володіли захищені пеніциліни, цефалоспоринони. В обстежених дітей визначалися асоціації інфекцій не тільки позаклітинних, але й поєднання бактеріальних та внутрішньоклітинних збудників (*S. pneumoniae*). Із 72 (55,8%) дітей із ПП, обстежених методом ІФА на наявність хламідіофільної інфекції, у 34 (47,2%) виділено АТ до *S. pneumoniae*; в 2001 р. – у 17,8%. Гостру монохламідійну інфекцію, на підставі високих титрів IgM та G, діагностовано у 14 (19,4%) хворих. Дані ПЛР-дослідження підтвердили наявність гострої фази хламідіофільної інфекції у 12 (35,2%) дітей, причому 3 (25,0%) з них – діти першого року життя. Тобото, практично кожна друга дитина із обстежених хворих із ПП була інфікована *Chlamydomphila pneumoniae*, з них у кожного третього хворого мав місце активний перебіг респіраторного хламідіозу. У вигляді моноінфекції *S. pneumoniae* виявлено у 9 (12,5%) дітей та

у поєднанні з бактеріальними агентами – у 25 (34,7%), причому в більшості хворих з підтвердженою хламідіофільною інфекцією спостерігалось її поєднання зі стрептококами. Інфікованість *Candida* у дітей із РХ була вищою, ніж при бактеріальній етіології ПП і досягала 63,8%.

Таким чином, при ПП у дітей в 2005-2006 рр. спостерігається висока частота мікробних асоціацій з високою інфікованістю *Chlamydomphila pneumoniae*, у два рази вищою, ніж в 2001 р. Поряд із цим, за 4 роки вдвічі зріс рівень інфікованості грибами роду *Candida*, які досить часто входять до асоціації збудників ПП, особливо у випадках її поєднання із РХ. Висока чутливість більшості виділених в 2005-2006 рр. бактерій до АБ групи макролідів, а саме: фроміліду й роваміцину, а також їхня висока ефективність при лікуванні хламідіофільної інфекції, дозволило нам використати ці препарати в стартовій терапії ПП у дітей.

ПАТОЛОГІЯ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Т.К. МАВРОПУЛО, Н.В. ДУПЛЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія

ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНІ ураження є одним із найчастіших патологічних станів періоду новонародженості. Анте- та інтранатальна гіпоксія є лише частиною тих пошкоджуючих механізмів, що призводять до формування тяжких деструктивних уражень ЦНС. Найбільше значення для тяжкості ураження має каскад постнатальних змін з розвитком поліорганної недостатності. Однією з ланок такого процесу виступають зміни функціонального стану гепатобіліарної системи. Особливістю дисфункції гепатобіліарної системи у новонароджених є висока частота структурних та метаболічних порушень під час гострого періоду та вплив функціональної недостатності у ранньому неонатальному періоді на подальший розвиток дитини.

У генезі гіпоксичного ураження органів і систем велику роль відіграє порушення органної перфузії. Тому актуальним є вивчення проблем гемодинамічних механізмів формування структурно-функціональних змін гепатобіліарної системи.

Під нашим спостереженням знаходились 26 доношених новонароджених дітей з деструктивними гіпоксично-ішемічними ураженнями ЦНС. Було діагностовано ознаки дифузного ішемічного

ураження мозку у 11,5% обстежених дітей, парасагітального ішемічного ураження мозку – у 7,7%, субкортикальної лейкомаляції – у 15,4%, ішемічного ураження базальних гангліїв – у 37,6%, ознаки ішемічно-геморагічних уражень – у 26,9% дітей. Неонатальний період характеризувався наявністю шоку та поліорганної недостатності, апное, коматозного, судомного синдромів, церебрального пригнічення, бульбарних, псевдобульбарних порушень, змін м'язового тону з формуванням патологічних поз. Ознаки порушення функціонального стану гепатобіліарної системи було діагностовано у 86,7% новонароджених у вигляді: збільшення розмірів печінки (у 50,0% новонароджених), ознак патологічної жовтяниці (у 53,8%), здуття живота (у 86,7%), геморагічних проявів (у 30,8%), лабораторних ознак цитолізу (у 20,1%), синдрому холестазу (у 23,1%), змін ехоструктури тканини печінки (у 57,8%). Поглиблене клініко-інструментальне та лабораторне обстеження не виявило ознак захворювань, що свідчили б про первинне ураження гепатобіліарної системи. Слід зазначити, що у всіх спостережуваних немовлят виявлялись доплерографічні ознаки змін показників артеріального та венозного кровоплину судин печінки. Можна було виділити два типи гемодинамічних порушень: порушення кровоплину ішемічного характеру та порушення кровоплину як можливу ознаку портальної гіпертензії. Динамічне спостереження вказувало на наявність фазного характеру змін доплерографічних показників.

Таким чином, на теперішній час актуальним є вивчення біохімічної значущості порушень кровоплину судин печінки, визначення критеріїв розмежування фазних змін черевного кровоплину на тлі гіпоксично-ішемічних уражень та маркерів портальної гіпертензії.

АКТУАЛЬНІСТЬ ДОСЛІДЖЕНЬ ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ НЕМОВЛЯТ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ПОРУШЕНЬ ПОВЕДІНКИ ТА ПІДБОРУ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ У ДІТЕЙ З ГІПОКСИЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦНС

В.А. ТИЩЕНКО, Т.К. МАВРОПУЛО, Ю.П. ТЯГЛО
Дніпропетровська державна медична академія

ЧАСТОТА перинатальних уражень ЦНС залишається високою. Це супроводжується стійкою тенденцією до зростання числа соціально дизадаптованих дітей і дитячої інвалідності.

Перинатальні ураження ЦНС змінюють хід постнатального розви-

тку, зумовлюють функціональні порушення з боку багатьох систем організму, стають основою девіантної поведінки. Проблемою є, як правило, запізнена діагностика порушень поведінки. Тому для розробки критеріїв раннього прогнозування та діагностики порушень поведінки, критеріїв оптимізації догляду, виходжування, годування дітей з перинатальними ураженнями ЦНС актуальним є вивчення особливостей їх поведінкових реакцій на першому році життя.

Нами проведено динамічне клініко-неврологічне, інструментальне (електроенцефалографічне, доплерографічне) обстеження 99 доношених дітей віком до 6 місяців з клінічними ознаками перинатальних гіпоксичних уражень ЦНС з подальшим катамнестичним спостереженням до 1 року життя. Клінічні форми перинатальних гіпоксичних уражень відповідали варіантам «переважно функціональних порушень ЦНС» при гіпоксично-ішемічних ураженнях та внутрішньошлуночкових крововиливах I ст. згідно з «Класифікацією уражень нервової системи у дітей та підлітків» від 2001 р. Окрім стандартного клініко-неврологічного обстеження, проводилась оцінка поведінкових реакцій та темпераменту за допомогою збірників запитань Early Infancy Temperament Questionnaire (для малюків 1-4 місяців життя) та Infant Temperament Questionnaire (для малюків 4-8 місяців). Обстежувались немовлята з повних сімей з нормальними соціально-побутовими умовами, за відсутності соматичних захворювань малюків, за умови однакової оцінки темпераменту як з точки зору шкали, так і з точки зору матері, яка доглядає за дитиною.

Результати наших досліджень показали, що у дітей з функціональними порушеннями внаслідок перинатального гіпоксичного ураження центральної нервової системи частота порушень поведінки переважає над частотою відставання психомоторного розвитку (21,7 і 39,3% відповідно).

Особливості порушень поведінки у дітей з перинатальними гіпоксичними ураженнями центральної нервової системи визначаються віком, клінічними особливостями, видом та ступенем нейросонографічних змін.

Помірне розширення зовнішніх лікворних просторів супроводжується компенсаторними змінами поведінкових реакцій у вигляді посилення адаптивності, інтенсивності реакцій на подразники та наполегливості, зниження рівня сприймання. Виражене розширення зовнішніх лікворних просторів призводить до зрушення компенсації поведінкових реакцій у вигляді зменшення показника адаптивності на тлі високих показників сприймання, низької інтенсивності реакцій та наполегливості. Збереження ознак розширення лікворних просторів після шестимісячного віку супроводжується зменшенням інтенсивності реакцій на подразники.

Розширення внутрішніх лікворних просторів супроводжується зрушенням компенсаторних реакцій у вигляді зменшення адаптивності, зниження ритмічності функцій та активності.

Високі показники адаптивності у здорових і хворих дітей, у хлопчиків і дівчаток досягались різними шляхами, за рахунок різної комбінації компонентів поведінкових реакцій. Висока адаптивність у хворих дітей тримісячного віку досягалась за рахунок вищих показників інтенсивності реакцій, нижчих значень наполегливості та ритмічності реакцій.

Серед порушень поведінкової адаптації у дітей раннього віку переважають проблеми, пов'язані з забезпеченням щоденних потреб (порушень сну – у 50,6%, труднощі прийняття їжі – у 33,3% обстежених).

У дітей з порушеннями сну спостерігаються два типи порушень поведінкових реакцій: перший – з високими показниками активності, сприймання, адаптивності, інтенсивності, настрою, відволікання, другий – з низькими показниками відповідних величин.

У дітей з функціональними порушеннями шлунково-кишкового тракту при перинатальних гіпоксичних ураженнях ЦНС спостерігаються наступні типи змін поведінкових реакцій: при ознаках колик немовлят – висока активність, ритмічність, наполегливість, мінімальний поріг сприймання, при ознаках синдрому зригування – висока активність, висока ритмічність реакцій, висока наполегливість.

Таким чином, в результаті досліджень одержано нові дані про роль структурно-функціональних особливостей перинатальних гіпоксично-ішемічних уражень ЦНС в формуванні різних варіантів функціональних і поведінкових порушень у дітей раннього віку. Розроблено математичну модель прогнозування та діагностики поведінкових порушень. Розроблено рекомендації щодо особливостей організації режиму дня, вигодовування і виходжування немовлят залежно від стереотипу поведінки і темпераменту.

ДО ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИРОДЖЕНИХ І НАБУТИХ ЗМІН В ЛЕГЕНЯХ У ДІТЕЙ

С.О. МОКІЯ-СЕРБІНА, Д.І. ШУЛЬГА*

Дніпропетровська медична академія післядипломної освіти. *8-ма міська клінічна лікарня, м. Кривий Ріг

НАЙПОШИРЕНІШОЮ вадою розвитку легенів є гіпоплазія (ГЛ), частота якої досягає 66% серед усіх природжених вад розвитку легенів (ПВРЛ). Одним із найважливіших питань є

рання діагностика та своєчасно проведене оперативне лікування цієї патології, оскільки у дорослих хворих, які відмовилися від операції, летальність у терміни до 5 років досягає 18%. За останні 12 років у дитячому торако-пульмонологічному центрі м. Кривого Рогу знаходилося на лікуванні 153 хворих з діагнозом ГЛ, що складають 95% від усіх хворих із ПВРЛ. Серед хворих з гіпоплазією кістозна ГЛ складала 22%, проста – 78%. До обсягу дослідження включали: дані анамнезу, об'єктивного дослідження, загальноклінічних лабораторних показників, дані біохімічного дослідження крові, мікроскопічного та бактеріологічного дослідження мокротиння, змивів з бронхіального дерева, імунобіохімічних досліджень крові, спірографії, пневмотахометрії, бронхоскопії, рентгено-, бронхо- і томографії грудної порожнини. У нашій клініці ми вперше застосували новий метод діагностики – комп'ютерну реографію, що включала проведення 6-канальної реопульмонографії з розміщенням електродів за Фринерманом (оцінка регіонарної вентиляції та кровообігу), поліреокардіографію з реокардіографією за Кубічком (центральна гемодинаміка), а також реографію аорти і легеневої артерії (оцінка функції правої і лівої шлуночків). На підставі досліджень виділено три форми простої гіпоплазії легень: рецидивуючу пневмонічну (65%), бронхітичну (20%) і бронхоспастичну (15%) (свідectво про пріоритет на винахід № 2002065100 від 20.06.2002 р.).

Основне запитання, що задає собі лікар при виборі шляху лікування хворих з гіпоплазією легень, – які зміни вентиляції і кровообігу присутні у легенях, природжені чи набуті. Стандартні методи дослідження до операції не можуть відповісти на це запитання. Не можуть остаточно вирішити цієї проблеми навіть контрастні методи обстеження бронхів і судин легень, тому що при цьому не вивчається зворотність змін вентиляції та кровообігу.

Нами було розроблено метод диференціальної діагностики природжених незворотних і набутих змін легень у дітей. При проведенні комп'ютерної реопульмонографії серед інших показників визначали величину реографічного індексу (PI) у передбачуваній зоні ураження до (PI0) та після (PI1) фармакологічної проби (еуфілін дозою 5 мг/кг) і визначали індекс зворотності (Iзвр), що дорівнює відношенню: $I_{звр} = (PI1 - PI0) : PI0$.

Показник індексу зворотності нижче 0,2 вказує на природжений незворотний характер змін у легеневій тканині. Показник індексу зворотності, що перевищує 0,2, вказує на зворотність кровообігу в ураженій зоні легенів та заперечує наявність природженого характеру змін. Для обчислення цього показника було обстежено 25 хворих з гіпоплазією легень (основна група) та 30 хворих на бронхіальну

астму (контрольна група). У пацієнтів з ГЛ інтенсивність кровонаповнення у недорозвиненій зоні була знижена на 35% і більше, а вентиляція – на 26% і більше порівняно з віковими показниками. Практично ідентичними виявилися показники кровонаповнення та вентиляції у хворих на бронхіальну астму. Однак після введення еуфіліну у хворих на бронхіальну астму встановлено значне збільшення показників кровонаповнення в уражених легенях (Ізвр = 1,12±0,2), а у дітей з гіпоплазією легень інтенсивність кровонаповнення залишилася практично на тому ж рівні, при цьому індекс зворотності не перевищував 0,2 ум. од.

Таким чином, запропонований спосіб диференціальної діагностики, заснований на визначенні показника індексу зворотності, простий і зручний у застосуванні, може бути використаний у практичній медицині для ранньої діагностики характеру змін у легенях, що сприятиме своєчасному проведенню оперативного лікування і, тим самим, дозволить поліпшити якість життя пацієнтів.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ПРИ НАЯВНОСТІ ПЕРСИСТУЮЧИХ ЗБУДНИКІВ

С.О. МОКІЯ-СЕРБІНА, Т.В. ЛИТВИНОВА

Дніпропетровська медична академія післядипломної освіти

ЯКІСТЬ життя (ЯЖ) – це концепція, що може бути корисна для визначення ступеня хворобливості, викликаного астмою. Вивчення впливу різноманітних лікувальних схем на якість життя хворих на БА складає один з пріоритетних напрямів сучасної педіатрії. Метою дослідження було вивчення впливу ехінацеї композитум та ІРС-19, ехінацеї композитум та рибомунілу на показники якості життя у дітей з середньотяжкою бронхіальною астмою, які одержують превентивну базисну терапію, при наявності персистенції вірусно-бактеріальних збудників.

Роботу виконано на базі дитячого пульмонологічного центру м. Кривого Рогу. Відношення дітей до своєї хвороби оцінювали за допомогою опитувальника якості життя (стандартизованих тестів «Childhood Asthma Questionnaires» (CAQ) D.J. French, M.J. Christie, A. Wes, адаптована версія: В.І. Петров, І.В. Смоленов). Форми опитувальника містять види активності й життєві ситуації, найбільш типові для кожної вікової групи. Дітям проводили опитування у періоді до початку базисної терапії, через 3 та 6

місяців від початку лікування. Під спостереженням перебували діти (41), хворі на БА, в яких в фазі ремісії було виявлено персистенцію вірусів та бактерій (основна група). Контрольну групу склали 30 здорових дітей. Всіх дітей згідно з призначеною терапією було розподілено на 3 підгрупи: підгрупа дітей, які одержували тільки базисну терапію (контрольна група), та дві підгрупи дітей, які одержували фармакологічну імунокорекцію (основна група). Підгрупа А – це діти, які одержували препарати ехінацею композитум та ІРС – 19, підгрупа В – ехінацею композитум та рибомуніл.

Проведений аналіз за шкалами тесту CAQ дозволив установити порушення якості життя у дітей віком 7-11 років (форма В), які страждають на середньотяжку БА при наявності персистенції вірусно-бактеріальної флори. Виявлено зниження показників якості активного життя (21,6±2,4 при нормі 33,4±3,2), збільшення показників «тяжкості» та «дистресу» (відповідно 18,5±1,5 та 26,3±2,6 бала). Показник «дистресу», який характеризує самопочуття дитини при різних симптомах та соціальних проблемах, пов'язаних із захворюванням, знижувався в перші 3 місяці лікування, але суттєво не відрізнявся у дітей А і В підгруп основної групи (відповідно 22,4±2,1 та 20,1±2,6 бала) та контрольної групи (22,3±2,2 бала). Через 6 місяців показник «дистресу» продовжував знижуватися в групі дітей, які одержували ехінацею композитум і рибомуніл (17,7±1,6 бала, $p<0,05$), але залишався без змін в групі дітей, які одержували ехінацею композитум і ІРС-19 (23,7±1,7 бала), та контрольної групи (23,6±1,6 бала). Проведений аналіз за шкалами тесту CAQ дозволив установити порушення якості життя у групі підлітків (форма С), які страждають на середньотяжку БА при наявності персистенції вірусно-бактеріальної флори. Виявлено зниження показників якості підліткового життя (16,4±3,1 при нормі 19,3±3,1 бала), якості активного життя (21,6±2,4 при нормі 33,4±3,2 бала), збільшення показників «тяжкості», «дистресу», та «реактивності» (відповідно 18,4±2,5, 49,3±2,7, 19,3±3,2 бала). Показник «дистресу», який характеризує самопочуття дитини при різних симптомах та соціальних проблемах, пов'язаних із захворюванням, знижувався в перші 3 місяці лікування, яке суттєво не відрізнявся у дітей А і В підгруп основної групи (відповідно 47,4±3,1 та 47,1±3,6 бала) та показника контрольної групи (47,3±3,0 бала, $p<0,05$). Через 6 місяців показники дистресу продовжували достовірно знижуватися в групі В (43,7±3,2 бала, $p<0,05$), залишалися без змін в групі А (47,7±2,2 бала) та контрольній групі (47,3±2,1 бала). Показник реактивності вказує на відношення підлітків до факторів

зовнішнього середовища, які провокують у нього симптоми астми, про необхідність постійне прийняття лікарських засобів. Через 3 місяці цей показник достовірно не відрізнявся у групі дітей, які одержували ехінацею композитум і рибомуніл (17,5±1,4 бала) порівняно з підлітками підгрупи А (18,1±2,3 бала) та контрольною групою (18,3±2,4 бала). Через 6 місяців цей показник продовжував достовірно знижуватися в підгрупі В (15,0±1,2 бала), але залишався незмінним в підгрупі А (18,4±2,2 бала) та контрольній групі (18,3±2,1 бала). Такий показник, як реактивність, у підлітків свідчить про уникнення тригерних факторів, які можуть сприяти загостренню БА. Так, у дітей всіх груп спостереження, крім підгрупи В, цей показник залишався без зміни. Можливо, це пов'язано не тільки з проявою симптомів захворювання, а з об'єктивними та суб'єктивними обмеженнями, характерними для захворювання.

Таким чином, проведений аналіз за шкалами тесту САQ дозволив установити, що призначення ехінацеї композитум та ІРС-19 впливає на показники якості життя дітей різних вікових груп тільки в перші 3 місяці лікування, про що свідчать як показники, які характеризують можливість вести активний спосіб життя, порівняно зі здоровими однолітками, так і суб'єктивне сприйняття ними хвороби. Включення до базисної терапії дітей, хворих на БА, у яких виявлено персистенцію мікст-інфекції, імунокоректорів ехінацеї композитум і рибомунілу сприятливо впливає на показники ЯАЖ, підліткового життя, «дистресу», «тяжкості» та «реактивності». Ефект дії цих препаратів відмічається уже на 3-му місяці лікування. Через 6 місяців настає повний контроль над показниками якості життя.

ДОСВІД ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ХВОРИХ З МУКОВІСЦИДОЗОМ У ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

О.Л. ЦИМБАЛІСТА, Н.М. ФОМЕНКО, С.В. ПАСІКА
Івано-Франківський державний медичний університет

МУКОВІСЦИДОЗ (МВ) – одне із поширених моногенних (автосомно-рецесивних) захворювань з надзвичайно серйозним прогнозом для здоров'я та життя. В популяції Прикарпаття МВ реєструється з частотою 1:1940–1:2000, тобто дещо перевищує показник в Україні. Це ми пов'язуємо з особливостями Прикарпатської популяції (висока частота близькодистанційних та інбредних шлюбів в гірській місцевості). Диспансеризація хворих з

МВ на рівні обласного медико-генетичного центру (МГК) обласної дитячої клінічної лікарні за період з 1992 року по даний час дозволяє дійти висновку, що відмічається зменшення летальності від МВ, особливо у віці 1 року – з 10 випадків у 1992-1997 рр. до 1-3 випадків в останні роки.

На даний час в обласному МГК на обліку знаходиться 14 дітей з МВ віком від 2 до 15 років. Згідно з сучасною класифікацією у всіх дітей діагностовано муковісцидоз з порушенням зовнішньосекреторної функції підшлункової залози. У 8 (57,0%) дітей МВ маніфестував до 3 місяців, у 4 (28,5%) – у віці від 3 місяців до 1 року і тільки у 2 дітей – у віці старше 2 років.

У 7 (50,0%) дітей захворювання маніфестувало у вигляді тяжкого бронхолегеневого синдрому; у 3 (21,0%) – у вигляді кишкових порушень, в тому числі в однієї дитини діагностовано меконіальний ілеус; у 4 (28,5%) – зміни з боку бронхолегеневої системи одразу поєднувались з кишковими розладами. Діагностичний алгоритм МВ включає комплекс анамнестичних та клініко-параклінічних даних і обов'язково визначення рівня хлоридів поту не менше 2-х разів за методикою Кука. Крім того, в більшості випадків проводилась молекулярна діагностика МВ (ідентифікувалося 7 найбільш поширених мутацій гена ТРБМ). З 9 обстежених дітей (64,2%) у 2 виявлено гомозиготний стан за мутацією del F-508, у 2 – компаунд del F-508 з не ідентифікованою мутацією, у 2 – компаунд del F-508/G542X; в одному випадку – компаунд G542X з не ідентифікованою мутацією. В решти двох випадках не виявлено жодної із семи мутацій, що визначались. За нашими даними чіткої кореляції між видами мутації та тяжкістю перебігу МВ не відмічалось.

На фоні комплексного патогенетично обґрунтованого лікування у більшості дітей вдалось досягнути поліпшення загального стану та якості життя хворих. Як позитивний момент необхідно відмітити вирішення питання безкоштовного забезпечення дітей, хворих на МВ, найбільш ефективними формами панкреатичних ферментів (креон панцитрат) на рівні держави.

Отже, вчасна діагностика МВ за допомогою чіткого алгоритму та якісна диспансеризація хворих на рівні ОДКЛ сприяє поліпшенню прогнозу захворювання та продовження життя хворих на МВ, і при цьому існує необхідність подальшого удосконалення програми медичного та соціального забезпечення дітей з МВ на рівні держави.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПРОГРЕСУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ – ШЛЯХ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ

М.М. КАЛАДЗЕ, А.В. ЮР'ЄВА, О.М. СОБОЛЕВА, С.В. ТРИШИНА, М.Л. БАБАК,
Л.І. МУРАДОСІЛОВА, К.М. АБУГАЗЛЕХ

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

ЗМЕТОЮ дослідження недостатньо вивчених патогенетичних механізмів прогресування бронхіальної астми (БА) та оптимізації базисної терапії було обстежено 788 дітей шкільного віку, хворих на БА з персистуючим та інтермітуючим перебігом в періоді загострення і ремісії, а також 78 здорових дітей того ж віку та статі. Окрім загальноприйнятих клінічних, функціональних показників та імунологічних тестів I та II рівнів, досліджували фактори апоптозу, рівень антитіл, специфічних до ліпополісахариду (ЛПС, ендотоксину), кишкової палички, стан стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої систем, кальцій-залежні репаративні процеси, стан кісткової тканини.

Встановлено, що ініціації періоду загострення БА сприяла ендотоксинемія, підтверджена достовірно високим рівнем анти-ЛПС-IgM і анти-ЛПС-IgA при зниженому рівні анти-ЛПС-IgG. В періоді загострення БА виявлено зміни показників основних гормонів адаптації (АКТГ, кортизол), ритму секреції мелатоніну, психологічного статусу і вегетативного гомеостазу, що свідчило про нейроендокринну дезинтеграцію, підвищення стрес-реактивності. Встановлено зв'язок порушень кількісної продукції та циркадіанного ритму секреції мелатоніну зі ступенем тяжкості захворювання.

При етіологічному дослідженні виявлено високу частоту еквівалентів агресивної та автоагресивної поведінки, депресивного стану, поведінки захисту та підпорядкування. Достовірне зниження рівнів АКТГ, кортизолу та значне зниження β-ендорфіну свідчили про слабку реакцію нейроендокринової системи на стресову ситуацію. В періоді клінічного благополуччя виявлено достовірне зниження резервів нейтралізації ЛПС, що сприяло реалізації флогогенної дії ЛПС та його участі в формуванні порушень основних ланок загального імунітету. Наявність прямих кореляційних зв'язків дефіциту антиендотоксिनних антитіл зі зниженням пула регуляторних CD4+ підтверджувала участь ендотоксинемії в патогенезі основних імунологічних порушень при БА у дітей. З імунними порушеннями корелювали зниження активності парасимпатичного відділу ВНС і низький денний рівень мелатоніну.

Встановлено зниження рівня протиапоптотичного фактора

лімфоцитів (МНС-I) й підвищення фактора антигенного презентування (МНС-II), порушення (незавершеність) кальцій-залежних репаративних процесів, 35% дітей з БА мали зниження мінеральної щільності кісткової тканини, що відповідало остеопенії різної глибини. На тлі базисної терапії оптимізації рівня антиендотоксिनних антитіл сприяло застосування Мукози композитум. Застосування препаратів Три-Ві плюс і гліцирам сприяло зниженню активності стрес-реалізуючої системи. Поліпшенню кальцій-залежних репаративних процесів сприяло застосування оротату калію, кордонату.

На етапі санаторно-курортного лікування (СКЛ) відновленню гуморальних антиендотоксिनних чинників, усуненню ендогенної інтоксикації сприяло застосування ентеросорбенту в комплексі з СКЛ. При включенні сеансів біорезонансної вібростимуляції до комплексу СКЛ відмічено позитивний вплив на систему апоптозу (підвищення рівня МНС-I та зниження МНС-II, СД95), тенденцію до нормалізації ритму секреції мелатоніну, збільшення ерготропного потенціалу ВНС. Позитивний вплив на потенціалзалежні кальцієві канали мало застосування електромагнітного поля низької частоти.

Велика кількість досліджень дає підстави вважати, що базисна терапія БА та стандартне СКЛ не мали суттєвого впливу на стан досліджуваних показників. Гетерогенність етіологічних факторів і багатогранність патогенетичних механізмів прогресування БА вимагали додаткового обстеження цих дітей, або визначення та урахування клінічних маркерів з метою диференційованої корекції домінуючих ланок патогенезу, індивідуального підходу в лікуванні, що сприяло підвищенню ефективності базисної проти-запальної терапії, подовженню стану ремісії.

ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

І.В. СЕРГЕТА, Н.В. МАЛАЧКОВА, Н.Ю. БЕЗРУКОВА, О.Ю. БРАТКОВА,
О.Є. АЛЕКСАНДРОВА

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ПРОВЕДЕННЯ комплексної оцінки стану здоров'я дітей і підлітків на сучасному етапі розвитку медичної науки вимагає використання системного підходу і тому має урахувати та розв'язувати такі положення проблемного характеру, як проблеми категорійно-понятійного змісту, якісної та кількісної оцінки

стану здоров'я, нормування провідних показників стану здоров'я, визначення та оцінки змін у стані здоров'я, які відбуваються, прогнозування та формування здоров'я тощо.

Проблема категорійно-понятійного змісту пов'язана, передусім, з визначенням здоров'я людини як медичної категорії, що є характеристикою багатовимірною динамічного процесу її пристосування до умов довкілля у певний конкретний момент.

Проблема якісної оцінки стану здоров'я дітей і підлітків передбачає необхідність чіткого визначення комплексу його найбільш інформативних критеріальних показників, до числа яких необхідно віднести не лише показники гострої і хронічної захворюваності, але й дані щодо ступеня гармонійності фізичного розвитку, фізичної підготовленості, фізичної працездатності, характеристики індивідуальних особливостей реагування організму, а також віддалені результати соціальної та професійної адаптації учнів.

Проблема кількісної оцінки стану здоров'я передбачає розгляд трьох його основних компонентів: адаптаційного, адаптаційно-енергетичного та психофізіологічного. Адаптаційний підхід виходить із загальноприйнятих положень теорії адаптації про те, що рівень здоров'я індивідуума оцінюється ступенем його адаптованості до умов навколишнього середовища, і, отже, хвороба може бути визначена як наслідок поломки адаптаційних механізмів. Адаптаційно-енергетичний підхід декларує необхідність використання як кількісного критерію здоров'я рівня фізичної працездатності, що являє собою готовність організму здійснювати протягом тривалого часу максимальну м'язову діяльність. Реалізація психофізіологічного підходу зумовлює потребу у пошуку та застосуванні інтегральних критеріїв визначення особливостей перебігу процесів формування провідних психофізіологічних функцій організму, що визначають рівень функціональної готовності до успішного виконання повсякденної діяльності.

Проблема нормування провідних показників стану здоров'я передбачає необхідність урахування провідних характеристик функціонального стану організму за умов дії різних за ступенем інтенсивності впливів, їх непостійності та диференційованого характеру, який ураховує основні вікові етапи розвитку організму, наявність статевих відмінностей та особливостей фізіологічного стану організму, що передбачає потребу в розмежуванні показників залежно від стану здоров'я.

Проблема визначення та оцінки основних тенденцій змін здоров'я на сучасному етапі повинна передбачати розгляд і аналіз загально-біологічних, індивідуально-типологічних та психофізіологічних показників.

Проблема прогнозування здоров'я пов'язана з необхідністю визначення перспектив розвитку організму, який росте, на майбутнє, основних закономірностей формування його функціональних систем та процесів соціального і професійного становлення загалом.

Проблема формування здоров'я виходить з того, що серед чинників, які формують здоров'я, слід чітко відрізнити та виділяти сприятливі (або оздоровчі фактори) та несприятливі (або фактори ризику) чинники, визначення яких надає можливість розробити, науково обґрунтувати й запровадити різноманітні підходи щодо управління станом здоров'я дитячих та підліткових колективів.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЗМУ ОКСИДУ АЗОТУ ПРИ ПІЕЛОНЕФРИТАХ У ДІТЕЙ

Ю.В. ОДИНЕЦЬ, Ю.І. ШАРКОВСЬКА

Харківський державний медичний університет

АКТУАЛЬНОЮ проблемою дитячої нефрології на сьогоднішній день продовжує залишатись піелонефрит, що зумовлено підвищенням його поширеності та високим ризиком хронізації захворювання.

В останні роки особливий інтерес дослідників викликає роль оксиду азоту в регуляції ряду фізіологічних та патологічних процесів в організмі. У даному дослідженні зроблено спробу визначення можливої ролі оксиду азоту в регуляції центрального і ниркового кровообігу та його взаємодії з іншими медіаторами запалення при піелонефритах у дітей.

Нами обстежено 133 дитини віком від 1 до 18 років з верифікованим діагнозом піелонефриту. Хворих було розподілено на 3 групи. Першу (n = 63) групу складала діти з активними проявами гострого піелонефриту. До другої групи (n = 48) увійшли діти з хронічним піелонефритом у фазі загострення. Третя група (n = 22) була представлена дітьми з хронічним піелонефритом у фазі клініко-лабораторної ремісії. Контрольна група включала 19 практично здорових дітей відповідного віку. Усім дітям спектрофотометричним методом визначали біосинтез оксиду азоту в сироватці крові за його стабільними метаболітами (NO_2^- та NO_3^-). Проводили ЕхоКГ, УЗД нирок та доплер судин нирок, визначення рівня кортизолу, активності ангіотензину I та ангіотензину II сироватки крові.

Основними порушеннями кровоплину при піелонефриті були: зниження ударного об'єму, збільшення загального периферичного опору судин, індексу резистентності та пульсативності. Концен-

трація стабільних метаболітів оксиду азоту при пієлонефриті у дітей була достовірно зниженою порівняно з групою контролю, що може свідчити про розвиток ендотеліальної дисфункції. У той же час звертало увагу підвищення рівня кортизолу в крові, більш виражене у дітей з гострим пієлонефритом, та підвищення активності ангіотензину I і ангіотензину II, що може свідчити про активацію ренін-ангіотензин-альдостеронової та симпатoadrenalovoi систем. Установлено тісні кореляційні зв'язки між NO_2^- , загальним периферичним опором судин, хвилинним об'ємом та індексом резистентності ($r=-0,75$, $r= 0,78$, $p<0,007$ та $r = -0,66$, $p<0,03$), що може вказувати на вплив оксиду азоту на центральну і ниркову гемодинаміку при пієлонефритах у дітей.

ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ ЗМІНИ У ЮНАКІВ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ТА ПОРУШЕННЯМ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

Л.К. ПАРХОМЕНКО, Т.М. БОРТНА, І.П. ГУСЕЙНОВ
Харківська медична академія післядипломної освіти

ПРОЛАПС мітрального клапана (ПМК) залишається актуальною проблемою кардіології, насамперед, через свою поширеність та можливі ускладнення: кардіальні дизритмії, інфекційний ендокардит, мітральну регургітацію, раптову смерть, гострі порушення мозкового кровообігу, серцеву недостатність. Відомо, що відношення лікарів до пацієнтів з ПМК неоднозначне. Частина з них вважає, що в більшості випадків перебіг і прогноз ПМК благополучний. Однак накопичений клініцистами досвід роботи свідчить, що таке уявлення хибне. Тому лікарі повинні знати про можливі ускладнення, вміти своєчасно їх діагностувати та, за можливості, проводити профілактичні заходи з метою запобігання їх виникненню.

Метою нашого дослідження було визначення можливостей застосування ехокардіографії для діагностики й прогнозування розвитку дизритмій у юнаків призовного віку з ідіопатичним ПМК. Завданням дослідження було зіставлення клінічних даних, електрокардіографії (ЕКГ), добового моніторування ЕКГ та ехокардіографії у цієї групи пацієнтів.

Обстежено 100 юнаків з ПМК, порівнюваних за віком. В рамках загальноклінічного обстеження усім юнакам проводили реєстрацію ЕКГ синхронно в 12 стандартних відведеннях, холтерівське моніторування ЕКГ, ехокардіографічне та доплерокардіографічне дослідження проводили на апараті Ultima Pro 30 АТ НДІРД

«Радмір» за загальноприйнятою методикою. При ультразвуковому дослідженні серця виявляли ступінь та характер пролабування стулок мітрального клапана, наявність аномальних хорд, міксоматозної дегенерації стулок та мітральної регургітації, а також визначали діастолічну функцію серця.

При аналізі ЕКГ та добового моніторування ЕКГ пацієнтів було розподілено на 3 групи: I група – 56% хворих без порушення ритму серця, II група – 30% осіб з клінічно не значущими дизритміями, III група – 14% з клінічно значущими порушеннями ритму серця, до якої ввійшли часті шлуночкові та передсердні екстрасистоли, пароксизмальна надшлуночкова тахікардія, пароксизмальна фібриляція передсердь, синдром слабкості синусового вузла. За нашими даними при УЗД серця у 96% пацієнтів виявлено пролабування мітрального клапана I ступеня, у 4% – ПМК II ступеня 4%, у 12% – наявність міксоматозної дегенерації стулок мітрального клапана. Частіше пролабувала передня стулка (93%), в 4% випадків зареєстровано пролабування двох стулок. У 76% хворих при УЗД ПМК поєднувався з наявністю аномальних трабекул в порожнині лівого шлуночка. Наявність клінічно значущих порушень ритму серця у пацієнтів з ПМК не залежала від ступеня пролабування стулок мітрального клапана, але достовірно частіше супроводжувалась міксоматозною дегенерацією їх, наявністю аномально розташованих трабекул та зниженням діастолічної функції серця.

Наші дослідження показали, що наявність клінічно значущих порушень ритму серця у юнаків з ПМК не залежить від ступеня пролабування стулок мітрального клапана. Можливими факторами появи дизритмій у таких пацієнтів є міксоматозна дегенерація стулок мітрального клапана та аномально розташовані трабекули в порожнині шлуночків. В зв'язку зі зниженням діастолічної функції серця, таких пацієнтів можливо віднести до групи ризику розвитку серцевої недостатності в молодому віці.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ ТА ХРОНІЧНОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

З.М. ТРЕТЬЯКЕВИЧ, Г.О. ЗУБОВА, І.В. ГРАБАР, В.В. СКУБЧЕНКО
Луганський державний медичний університет

ВОСТАННІ роки з'явився новий психологічний підхід до вивчення цілої низки соматичних захворювань. За даними В.А. Скуміна, психосоматична єдність організму чітко проявляється при соматичних захворюваннях.

Тому метою нашого дослідження було вивчення психологічних особливостей дітей з гострою та хронічною соматичною патологією. Для досягнення мети роботи поряд із загальноклінічними (ретельний збір анамнезу захворювання й анамнезу життя з вивченням спадкової обтяженості та соціально-гігієнічних умов родини, об'єктивне обстеження органів та систем дитини) досліджували клініко-психологічні особливості дитини за допомогою тесту «малюнок неіснуючої тварини».

Під нашим спостереженням перебувало 48 дітей віком від 8 до 16 років (хлопчиків 28 – 58,3%, дівчаток 20 – 41,7%). 27 (56,3%) з них мали патологію дихальної системи: у 16 (59,2%) дітей була бронхіальна астма, у 11 (40,7%) – гостра пневмонія. 11 (22,9%) пацієнтів страждали на вегето-судинну дистонію, у 10 (20,8%) дітей був хронічний гастродуоденіт. При розподілі дітей на групи за діагнозами користувалися класифікацією найбільш поширених захворювань дитячого віку згідно з рекомендованою ВООЗ Міжнародною Статистичною класифікацією хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

На думку А.В. Фролькіса, серед спадкових факторів у розвитку соматичних захворювань велике значення має наявність психосоматичної патології як у самої дитини, так і її родини. У зв'язку з цим проведений нами клініко-генеалогічний аналіз було сковано на визначення наявності психосоматичної патології в родинях дітей, які страждали на захворювання легенів, серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту.

Результати роботи показали, що у дітей, які страждали на гостру патологію бронхолегеневої та серцево-судинної систем, спадкові фактори не мали суттєвого судинного значення. Адже у пацієнтів з хронічною патологією як дихальної, так і серцево-судинної системи спадкова обтяженість по лінії матері зустрічалася найчастіше.

У дітей з хронічними соматичними захворюваннями поряд із наявністю спадкової обтяженості спостерігалися певні порушення соціально-гігієнічних умов життя. Погані життєво-побутові умови мали місце у 39,5% сімей. Конфліктні ситуації у сім'ї, включаючи розлучення батьків, часті сварки тощо складали високий відсоток у дітей із захворюваннями шлункового тракту (40%) та вегето-судинною дистонією (36,3%). Майже 12,5% дітей з БА перенесли тяжку втрату: смерть одного з батьків або близької людини. У 18,2% випадків діти з вегето-судинною дистонією мали батьків-алкоголиків, при хронічному гастродуоденіті таких сімей було 30%. Утруднений контакт з однолітками та вчителями мали 50% пацієнтів із хронічним гастродуоденітом та 18,7% із бронхіальною астмою.

При поглибленому аналізі психоемоційного стану дітей, котрі перебували під спостереженням, за даними тесту «малюнок неіснуючої тварини» було отримано такі результати. Прояви три-

можності виявлялися у дітей з гострою патологією різних систем майже в 100% випадків, у дітей з хронічною патологією переважали ознаки агресивності та астеничності. Найбільш яскраво це було помітно у дітей молодшого віку (8-10 років).

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ НЕОНАТАЛЬНИХ ЖОВТЯНИЦЬ

А.В. ЧУРИЛІНА, О.О. ГЛУХОВСЬКА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

НА СУЧАСНОМУ етапі простежується тенденція до значного зростання неонатальних жовтяниць в структурі захворювань періоду новонародженості. Особливе місце серед них займають кон'югаційні жовтяниці, які характеризуються виникненням у віці більше 24 годин, підвищенням рівня непрямого білірубіну в сироватці крові, відсутністю ознак гемолізу, нормальними розмірами печінки й селезінки, звичним кольором сечі й калу. Даний патологічний стан зумовлений: порушенням процесів введення вільного білірубіну в гепатоцит; процесів кон'югації білірубіну усередині гепатоциту; процесів виходу білірубіну через біліарні мембрани гепатоцитів у жовчні капіляри.

Проаналізовано 52 історії хвороби новонароджених з кон'югаційними жовтяницями, які перебували на лікуванні в МДКЛ № 1 м. Донецька. Найбільш характерними скаргами батьків були наявність жовтяниці (100%), занепокоєння (27%), метеоризм (13%). Усі діти при госпіталізації мали загальний стан середнього ступеня тяжкості. Для клініки цих дітей була характерна наявність жовтяничного забарвлення шкірних покривів в 100% випадків. Іктеричність склер відмічалася у 28% дітей. Мармуровий рисунок шкіри та ціаноз носо-губного трикутника відповідно зустрічалися у 17 й 58% дітей. В 100% випадків було виявлено патологічну неврологічну симптоматику: спонтанний рефлекс Моро, тремор підборіддя й кінцівок при крику, голова в положенні на боці з тенденцією до закидання, ходьба з перехрестом гомілок. У 13% дітей виявлено ознаки морфофункціональної незрілості. Паратрофія I-II ступеня відмічалася у 18% дітей. 13% дітей мали крововиливи у склери. В 10% випадків вислуховувався непостійний систолічний шум в I та V точках. Здуття живота відмічалася у 67%, стілець із патологічними домішками – у 58% дітей. При інструментально-лабораторних дослідженнях ознаки гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС, а саме: перивентрикулярна інфільтрація в області потиличних рогів,

кісти судинних сплетінь бічних шлуночків, локальне розширення потиличних рогів, морфофункціональна незрілість головного мозку виявлялися у 45% обстежуваних дітей. У 27% визначалася гіперплазія вилочкової залози, у 12% – деформація жовчного міхура. У 100% дітей відмічено підвищення рівня непрямого білірубину, середнє значення цього показника складало 119 мкмоль/л, а максимумальне – відповідно 248,4 мкмоль/л. В 8% випадків виявлено зниження рівня глюкози, а в 38% – загального білка крові. В 100% випадків невропатологом діагностовано перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС. При дослідженні калу на дисбактеріоз у 58% дітей відмічався дисбіоз кишечника.

Таким чином, паралельно з жовтяничним синдромом діти мали прояви перинатального гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС, дисбактеріозу кишечника, які певним чином впливають на активність ферментних систем, зокрема на глюкуронілтрансферазу. Виявлені особливості клінічної картини, даних обстеження дозволять скоротити час нормалізації рівня біохімічних констант та оптимізувати лікування новонароджених.

ПРИНЦИПИ ПІДХОДУ ДО ДІАГНОСТИКИ ЛАКТАЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

О.К. КАБЛУКОВА, Н.І. СІНЧУК, ВАЕЛЬ АБУ НАМУС, Т.В. САВИЦЬКА*
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.
*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

НА СЬОГОДНІШНІЙ день, серед лікарів-педіатрів немає іншої думки, що основним і абсолютно необхідним продуктом харчування дітей першого року життя є грудне молоко. Але, на жаль, бувають ситуації, коли дитина не може отримувати грудне молоко і не переносить продукти-замінники грудного молока на основі коров'ячого. Тоді йдеться про синдром мальабсорбції. Поліморфізм клінічних проявів синдрому мальабсорбції, наявність загальних ознак при різних формах захворювань утруднює діагностику. Для уточнення форми синдрому мальабсорбції хворі потребують спеціального обстеження (лактозотолерантний тест, ендоскопічне обстеження тонкого кишечника та ін.), що не завжди фінансово і технічно можливо. І тоді для скринінг-діагностики лактазної недостатності використовується емпірична елімінаційна дієта.

Метою роботи було доведення значення емпіричної елімінаційної дієти в діагностиці лактазної недостатності, а також визначення структури лактазної недостатності серед дітей з синдромом

мальабсорбції; визначення методів діагностики; оцінка значення дієтичної корекції.

Обстежено дітей від 1 місяця до 3 років, які знаходились на лікуванні у відділенні для дітей раннього віку ВОДКЛ з синдромом мальабсорбції. Оцінювали фізичний розвиток дітей та його динаміку, добовий об'єм випорожнень та його характер, копрограму, кал на дисбактеріоз, проводили біохімічні дослідження, складали родовід.

Серед обстежених 34 дітей з синдромом мальабсорбції виявлено дітей з лактазною недостатністю (34%), яку було підтверджено клінічною картиною і нормалізацією стула після призначення безлактазної дієти. Порушення харчування виявлено у всіх дітей. Лікування дітей в подальшому безлактазною або лактазною дієтами сприяло нормалізації загального стану та фізичного розвитку.

Отже, в структурі синдрому мальабсорбції серед дітей раннього віку значну питому вагу займають діти з лактазною недостатністю. В діагностиці та лікуванні лактазної недостатності емпірична елімінаційна дієта залишається однією з першочергових і може бути використана як скринінг.

ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ТОНЗИЛОГЕННОЮ ІНТОКСИКАЦІЄЮ

А.П. ЧУПРИКОВ, С.М. МАКАРЕНКО

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

АНАЛІЗ даних клініко-діагностичних досліджень доводить достовірний зв'язок хронічного тонзиліту з ураженням серця, нирок, дихальних шляхів, синдромом хронічного стомлення. Однак неврологічні та психічні порушення, пов'язані з хронічною тонзилогенною інтоксикацією (ХТІ) у дітей, описано в поодиноких працях. Разом з тим багаторічний досвід роботи кафедри дитячої психіатрії НМАПО показав тенденцію до зростання психічних порушень у дітей з ХТІ.

Під спостереженням знаходилося 113 дітей та підлітків віком від 4 до 18 років з комбінованою патологією (психіки та ХТІ). З них у 62 (54,9%) дітей діагностовано церебростенічний стан, у 27 (23,9%) – порушення поведінки, у 9 (8%) – легкий когнітивний розлад, у 8 (7%) – тривожно-депресивний розлад, у 7 (6,2%) – симптоматичний психоз. Виявлення певних клініко-діагностичних критеріїв у досліджуваних групах хворих, незважаючи на неоднорідність клінічних симптомів, дозволяє думати про можливість існування певного внеску інфекційно-токсичного впливу у виникненні цілої низки психічних порушень у дітей.

Всім дітям з психічною патологією, за наявності у них ХТІ, необхідно проводити додаткові інструментальні (ЕЕГ, нейрокартування), імунологічні та мікробіологічні дослідження.

При підтвердженні впливу ХТІ на розвиток психічної патології до загальновідомої терапії необхідно включати препарати антибактеріальної, десенсибілізуючої та імуномодулюючої дії.

Антибактеріальна терапія призначається з урахуванням чутливості висіяного інфект-агента з носа та зіву. Здебільшого, це препарати – дурацеф, цефалексин у вікових дозах, протягом 5-7 діб. Ефективність терапії проводять шляхом призначення контрольного бактеріального висівання. У якості десенсибілізаторів призначали діазолін, кларитин відповідно до вікових доз протягом 5-7 діб. У 57% хворих висіяно комбіновану патологічну мікрофлору, що мало пряму кореляцію з тяжкістю психічних порушень та ступенем тонзилогенної інтоксикації.

При комбінованій патології у дітей виявлено порушення в загальному і специфічному імунитеті. Порушення в загальному імунитеті різноспрямовані та поширюються на кількісні й функціональні показники імунної системи. Виявляється зниження рівня СВ-4, CD-16, CD-19 лімфоцитів крові, а також посилення цитотоксичної активності лімфоцитів та збільшення рівня Т-супресорів у крові. У якості імуномодулятора використовувався імудон віковими дозами.

Описаний комплекс терапії є етіопатогенетично обґрунтованим у дітей з психічною патологією та ХТІ та призначається з метою поліпшення ефективності загальновідомої схеми психотропної терапії.

АПОПТОЗ ЛІМФОЦИТІВ ТА РЕГУЛЯЦІЯ ЙОГО ТРАНСФОРМУЮЧИМ ФАКТОРОМ РОСТУ β У ДІТЕЙ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ПЕРІОД ЗАГОСТРЕННЯ

М.М. КАЛАДЗЕ, З.З. АМЕТШАЄВА, М.Л. БАБАК

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгіївського

ОСНОВНИМ принципом функціонування фізіологічних систем є підтримання біологічної цілісності організму. На клітинному рівні даний процес реалізується за рахунок регуляторного впливу еферентних сигналів, що підтримують складний стан рівноваги між інтегративними фізіологічними процесами: проліферацією, диференціюванням та клітинною загибеллю (апоптозом). За останні роки багатьма дослідженнями доведено, що порушення процесів апоптозу може відігравати важливу роль в розвитку за-

палення дихальних шляхів при бронхіальній астмі (БА). Трансформуючий фактор росту β (TGF- β), що регулює проліферацію і диференціацію клітин різного походження, зокрема знижує проліферацію Т- і В-лімфоцитів.

Обстежено 85 дітей віком від 7 до 15 років. З них 20 дітей були практично здоровими й складали контрольну групу. 65 дітей страждали на БА різного ступеня тяжкості, в період загострення. Досліджували рівні CD3, CD4, CD8, CD16, CD22, CD25, CD95, TGF- β в сироватці, імуноглобуліну Е (IgE), рівень фосфотидилсерину (PS) вивчали за допомогою анексину V (Vas- α).

У дітей, хворих на БА, до курсу терапії достовірно були вищими показники CD4, CD22, CD25, CD95, PS і IgE ($p < 0,05$). Рівні CD8 і TGF- β були достовірно нижчими. Аналіз кореляційних зв'язків показав, що посилення апоптозу зв'язано зі зниженням активності й загибеллю супресорного пула клітин, що, можливо, зв'язано зі зниженням рівня TGF- β в сироватці крові та, відповідно, зі зниженням його стимулюючої дії на супресорні лімфоцити. У дітей з БА імунна відповідь на подразники протікає неадекватно бурхливо внаслідок зниження утримуючої здатності CD8. Це підтверджується збільшенням кількості й активності CD4, CD22 і посиленням синтезу IgE останніми.

Після курсу стандартної терапії достовірно підвищився рівень CD8, рівень TGF- β зріс в 1,54 раза, але не досяг рівня контрольної групи. Достовірно знизився показник CD4, В-лімфоцитів, активності й апоптозу імунокомпетентних клітин ($p < 0,05$). Аналіз імунокомпетентних клітин на етапі активації й наступних процесів надмірного та недостатнього апоптозу є важливим як для зрозуміння імунопатогенезу багатьох захворювань, так і для пошуку нових засобів імунореабілітації. Імунологічні механізми беруть участь в розвитку практично будь-якого патологічного стану, будучи або причиною, або наслідком, і призводять до хронізації основного захворювання та його ускладнення.

ПОШУК ОПТИМАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ДІАРЕЙНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Н.П. СКОРОДУМОВА, Л.О. ГОНЧАРОВА, Т.І. КОВАЛЕНКО, К.П. БЕЗНОС

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ЛІКУВАННЯ кишкових розладів, особливо інфекційного походження, у дітей першого року життя завжди буде найважливішою проблемою завдяки високій чутливості всієї системи до патогенних факторів. Мається на увазі дія екзогенних факторів

(екологічні негаразди, характер харчування, побутові та кліматичні умови), безліч ендогенних факторів, серед яких провідне місце посідають інфекційні захворювання, імунодефіцитні стани, антибіотикотерапія. Перед педіатром-інфекціоністом постає багато запитань і, перш за все, це визначення характеру діареї – інфекційна (бактеріальна чи вірусна), функціональні розлади тощо. Тож комплекс терапії, перш за все, включає призначення пробіотиків.

Серед безлічі різноманітних пробіотиків ми звернули увагу на Лацидофіл, до складу якого, окрім *Lactobacillus acidophilus*, входять і *Lactobacillus rhamnosus*. Серед переліку властивостей цього пробіотика нас, педіатрів-інфекціоністів, більш за все влаштовує здатність його інгібувати зростання патогенів і стимулювати імунну систему кишечника. Тому метою даного дослідження є оцінка позитивної дії лацидофілу при лікуванні кишкових розладів інфекційного походження та впливу його на деякі показники імунітету.

Під нашим спостереженням знаходилось 17 дітей віком від одного місяця до 5 років (переважали діти першого року життя – 13 і дівчатка – 11), які хворіли на кишкові розлади. Діагноз кишкової інфекції було підтверджено висіванням *pr. mirabilis* (8), *klebsiella pneumoniae* (6), *enterobacter aerogenes* (2), *st. aureus* (7), шестеро дітей виділяли по два збудники. Копроцитограма у всіх дітей відповідала ентероколітичному характеру стільця. Окрім того, всім дітям проводилось дослідження фагоцитозу, IgA, IgM, IgG, Т-лімфоцитів, В-лімфоцитів, лізоциму, циркулюючих імунних комплексів, клінічний аналіз крові, сечі. Всі діти звертались до лікарні у разі гіпертермії, симптомів інтоксикації, диспепсичних розладів (ентероколітичний стілець, блювання), інфекційного токсикозу. Преморбідний фон у всіх дітей був скомпрометований – переважали часті ГРВІ, які часто лікувались антибіотиками, тимомегалія, алергічні прояви, перинатальна енцефалопатія, перенесена пневмонія.

Тяжкість симптомів інтоксикації, ентероколітичний характер стільця, бактеріальний характер крові, висівання патогенної флори в випорожненнях на фоні гіпертермії вимагали призначення антибіотиків всім хворим. Паралельно з першої доби ми призначали всім дітям Лацидофіл (віковою дозою) протягом 20 днів (деякі діти продовжували прийом препарату вдома).

Оскільки обстеження дітей триває, тому що проводиться у динаміці (до лікування і через 7-10 днів поспіль), ми маємо лише попередні висновки. Дослідження показало позитивну дію пробіотика Лацидофіл при лікуванні діареї бактеріального походження:

тривалість ненормальної консистенції випорожнень не перевищувала $4 \pm 3,04$ дня, діти з тяжкими формами бактеріальної діареї виписувались з лікарні в середньому на $10,3 \pm 2,1$ дня, при повторному бактеріологічному дослідженні випорожнень патогенної флори не виявлено.

Отже, наше попереднє дослідження демонструє позитивну дію штамів *Lactobacillus* на діарею бактеріального походження у дітей при одночасному призначенні пробіотика Лацидофіл з антибактеріальною терапією.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ КАТАМНЕЗУ ДІТЕЙ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНІ ФОРМИ МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ

Н.П. СКОРОДУМОВА, Т.І. КОВАЛЕНКО, А.О. ГОНЧАРОВА, А.Р. КОВАЛЕНКО
Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ВОСТАННІ роки відмічається зростання тяжких і комбінованих форм менінгокової інфекції з подальшим розвитком постінфекційних ускладнень. Провідні вчені зв'язують це з частішанням випадків імунодефіцитних станів у дітей.

Порушення слуху належить до числа нерідкісних наслідків і виникає доволі рано. Але у гострому періоді захворювання тяжкість стану хворих, виражена інтоксикація з циркуляторними порушеннями, набряком-набуханням мозку не дозволяють достовірно і повною мірою документувати характер і ступінь ураження слуху.

Враховуючи, що характер ураження органа слуху різноманітний, основне місце посідає нейросенсорна туговухість.

Вивчено катамнез 85 дітей віком від 3 до 14 років, які перенесли генералізовані форми менінгокової інфекції (менінгоковий менінгіт і менінгоенцефаліт – 60 дітей, менінгіт у поєднанні з менінгококцемією – 25 дітей). Практично в усіх дітей був несприятливий преморбідний фон: різні варіанти ексудативно-катаральної аномалії конституції, тимомегалія, паратрофія, полівалентна (у тому числі медикаментозна) алергія, перенесені раніше тяжкі форми вірусних і бактеріальних інфекцій, профілактичні щеплення, перинатальний неврологічний дефіцит.

Захворювання у всіх дітей було у тяжкій формі, і половина з них потрапила до стаціонару запізно – наприкінці тижня від початку хвороби, що мало провідне значення у формуванні ускладнень.

У 70% хворих у періоді ранньої реконвалесценції відмічались: синдром церебрастенії (40%), відхилення на електроенцефалограмі за епілептичним типом (8%), зміни на очному дні (розширення

та покрученість вен, спазм артерій, нечіткість дисків зорових нервів) – 10%, гіпертензійно-гідроцефальний синдром (12%).

При спостереженні за цими хворими у динаміці протягом 2 років (перед випискою, через 1 місяць та 2 роки) з боку слуху при аудіометрії та клінічно виявлено суттєві зміни.

У гострому періоді у 17 (20,0%) дітей відмічалася туговухість, у 5 (5,9%) – глухота. Перед виписом – відповідно у 8 (9,3%) туговухість, у 2 (2,5%) – глухота. Через 1 місяць після виписки – у 6 (7,0%) дітей була туговухість, у 2 (2,5%) – глухота.

Через 2 роки після виписки зі стаціонару туговухість зберігалася у 5 (5,9%) дітей, а у 2 (2,5%) була виявлена глухота.

У зв'язку з відсутністю ефекту від медикаментозної терапії цих хворих було направлено до спеціалізованих хірургічних стаціонарів для проведення слухополіпшуючих операцій.

Таким чином, несприятливий преморбідний фон, пізня госпіталізація, недовершеність факторів неспецифічного захисту, лабільність обмінних процесів, тяжкість перебігу нейроінфекцій бактеріальної природи, раннє виникнення ураження органа слуху, можливість впливу різноспрямованої терапії на звукосприймальний апарат (мегадози антибіотиків, діуретичні, ваготонічні препарати) диктують необхідність збалансованого лікування з урахуванням раннього виявлення ускладнень.

ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ГРИПОЗНОЇ ТА МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

Т.І. КОВАЛЕНКО, Н.П. СКОРОДУМОВА, Л.О. ГОНЧАРОВА, А.Р. КОВАЛЕНКО,
Ю.П. ТИТАРЕНКО

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ПОЄДНАНИЙ перебіг грипозної та менінгококової інфекцій завжди викликав занепокоєння у інфекціоністів у зв'язку з тяжкістю перебігу і частим летальним виходом захворювання. У поєднанні вірусів з бактеріями непросто вирішити питання щодо провідних чи вторинних факторів процесу, до того ж, клініка мікст-інфекції в багатьох випадках залежить від часу нашарування грипу до фази активних проявів менінгококової інфекції.

Ми спостерігали 119 хворих віком від 1,5 до 7 років. У 48 дітей поєднання інфекцій виявлено з першого дня хвороби (I група); у 34 дітей, нашарування грипу діагностовано на 5-7-й день (II група) і у 37 дітей – на 7-9-й день хвороби (III група).

У 30% хворих виділено вірус грипу А-2, у 36% – менінгокок з

носоглотки, у 88% – із ліквору та крові. У 95 із 119 дітей діагноз підтверджено постановкою реакції аглютинації з менінгококовим еритроцитарним діагностиком групи А.

У більшості дітей I групи (у 42 із 48) прогресуюче розвивалась картина токсико-бактеріального шоку, з судомами, гіпертермією, яка змінювалася гіпотермією, значними розладами периферичного кровообігу, повторним блюванням при відносно нерізких менінгеальних симптомах. Майже одночасно з'являється величезна кількість геморагічних та геморагічно-некротичних висипок на шкірі.

Незважаючи на інтенсивну комплексну терапію, стан дітей тривалий час (до 8-10 днів) залишався тяжким. В цій групі вмерло 10 дітей при явищах гострої надниркової недостатності. Під час розтину виявлено зміни, типові як для менінгококової інфекції, так і для грипу. Безперечно гіперергічний характер процесу є результатом поєднаної дії обох патогенних агентів, з можливою співучастю власної флори організму та попередньою сенсibiliзацією.

У 15 із 34 дітей II групи поряд зі поєднаним перебігом менінгіту і менінгококцемії приєднання грипу супроводжувалося значним порушенням стану. Поруч з ознаками гострої вірусної інфекції спостерігалось швидкий розвиток загальноомозкових симптомів у вигляді психомоторного збудження, короточасних судом на фоні пропасниці (у 15 із 34 дітей), або симптоми високої судомної готовності. У 10 дітей відмічався розвиток вторинного геморагічного васкуліту у вигляді дрібної геморагічної висипки, розташованої симетрично навколо великих суглобів.

Клінічне одужання дітей цієї групи тривало довго (до 4-6 тижнів). Вищевказане дало можливість розглядати неврологічні симптоми як енцефалічну реакцію, зумовлену приєднанням вірусної інфекції. Серед дітей III групи, склад якої за формами й тяжкістю менінгококової інфекції подібний з попередньою, розвиток грипу супроводжувався не дуже значними порушеннями стану хворих у вигляді психомоторного збудження й судомної готовності (у 20 хворих). Звертало на себе увагу порівняно часте (18 із 37 дітей) виникнення блювоти й інтенсивного головного болю. Нетривалість відмічених ліквородинамічних порушень за відсутності ознак загострення менінгіту у хворих з незначною інтоксикацією виправдовує висновок на користь транзиторного їх генезу. З іншого боку, з'ясування характеру ліквородинамічних розладів (гіпо- або гіпертензивний синдром) – необхідна умова для проведення цілеспрямованої патогенетичної терапії.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ЛЕЙНЕРА

Е.В. ГОЛОСНИЙ, Л.О. ГОНЧАРОВА, Н.П. ШОВКУН, І.В. ЛІННІК, К.П. БЕЗНОС
Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ДЕСКВАМАТИВНА еритродермія Лейнера-Муссу, або синдром Лейнера, в педіатричній практиці дуже рідко зустрічається і дотепер не виділена в самостійну хворобу. У розвитку захворювання різні автори велику роль виділяють піококам, в основному, стафілококовій інфекції. Маються повідомлення, що розвиток цього синдрому зумовлений генетично. Дотепер кожен випадок цього захворювання становить інтерес.

До клініки дитячих інфекційних хвороб вступила дитина 1,5 місяців у вкрай тяжкому стані. Занедужала 3 дні тому, коли підвищилася температура тіла, з'явилися рідкі випорожнення, млявість. Батьки 3 дні лікували самостійно, але стан дитини погіршувався. При огляді в клініці у дитини шкірні покриви різко бліді, вкриті висипом, що пластинчасто лупиться, по всій поверхні, на передпліччях і нижніх кінцівках із тріщинами і мокнуттям, у пахово-мошонковій області епідермоліз; гіпотермія; виражені симптоми інтоксикації, ексикоз; здуття живота, прискорені рідкі випорожнення зеленого кольору.

Аналіз крові при вступі: Е – 2,7 Т/л, гематокрит – 25% Нв – 78 Г/л, кол. пок. – 0,88, ШОЕ – 5 мм/год, Л – 49,4 Г/л, е – 1%, міел. – 3, метаміел. – 3, п – 20, с – 24, л – 43, м – 6, нормобласти – 2:100, токсична зернистість – ++, анізоцитоз – ++, поїкілоцитоз – ++; загальний білок – 45 г/л. При бактеріологічних дослідженнях неодноразово було виділено клебсієлу, серологічні та бактеріологічні дослідження відносно стафілококової інфекції в динаміці негативні.

Незважаючи на проведену інтенсивну терапію (дезінтоксикаційну, протишокову, стимулюючу, антибіотикотерапію, вітамінотерапію, переливання препаратів крові), поліпшення стану практично не було. Це клінічно свідчить про значно знижену імунологічну реактивність хворого. Висип, що пластинчасто лупиться, зберігався по всій поверхні, на передпліччях і нижніх кінцівках із тріщинами і мокнуттям. При ознаках ДВЗ-синдрому та серцево-судинної недостатності вихід хвороби був несприятливим.

Особливостями даного випадку синдрому Лейнера у хворого є те, що основним етіологічним фактором була клебсієльозна інфекція (неодноразово підтверджено бактеріологічними дослідженнями), що викликала катарально-десквамативний ентероколіт; перебіг захворювання був на фоні природженої патології кровотворних органів (тяжкий комбінований імунodefіцит, швейцарський тип,

природжена гемічна дисплазія, гіпоплазія лімфоїдної тканини) та шлунково-кишкового тракту (поліпоз товстої кишки), гіпотрофії. На вихід захворювання подіяло поєднання бактеріальної та вірусної інфекцій – генералізованої цитомегаловірусної інфекції (серозний інтерстиціальний міокардит, сіалоаденіт, інтерстиціальний серозний нефрит).

Таким чином, даний випадок вказує на те, що розвиток синдрому Лейнера не обов'язково зв'язаний зі стафілококовою інфекцією, може бути інша УПФ, наприклад, клебсієльозна інфекція, перебігає з природженою патологією ШКТ та кровотворних органів.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ДИТЯЧОЇ ІНФЕКТОЛОГІЇ

Н.П. СКОРОДУМОВА, Т.І. КОВАЛЕНКО, Л.О. ГОНЧАРОВА, Е.В. ГОЛОСНИЙ
Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

XXI століття почалося глобальними проблемами перед всім світом і головна з них – ціна людського життя у прямому і переносному сенсі. Тож медицині у вирішенні цієї проблеми належить провідна роль, особливо коли йдеться про педіатрів – найгуманніших людей на землі.

Важлива роль у «лікуванні» людського духу належить соціо-гуманітарній освіті, яка сьогодні повинна рішуче відмовитись від прямолінійних постулатів, що довго нівечили суспільну свідомість. Складнощі соціально-економічного та політичного розвитку України, всепоглинаюча корупційність, розкрадання державних і народних коштів і, як наслідок, – поява фантастично багатих олігархів, розквіт кримінальних структур та на їх фоні демографічна криза в Україні, лікарняні злидні, народження великої кількості дітей з природженими вадами, катастрофічне зростання числа хворих на СНІД, туберкульоз, наркоманія – все це реальність нашого життя, і ми, і наші діти тому свідки. І як педіатру-жебракуну пояснити, що клятва Гіппократа не дає йому права думати про себе, він повинен дбати про дітей і в першу чергу про тих, кого покинули батьки, суспільство. Перш ніж удосконалювати систему освіти, треба виявити фактори, які заважають процесу оптимального навчання.

Тож ми вирішили провести дослідження основних проблем, з якими зустрічаються лікарі-педіатри під час навчання у вузі та які, без сумніву, впливають на їх світогляд, формують їх як людину, лікаря, гуманіста. Ми провели анкетування 95 лікарів-інтернів

педіатричного профілю і 32 студенти педіатричного факультету за створеною нами анкетною, яка налічувала 12 запитань щодо вибору спеціальності, успішності навчання у вузі, побутових труднощів тощо. Серед респондентів було 90 жінок і 37 чоловіків, 52 були у шлюбі, 34 опитуваних мали одну дитину, 7 – двох дітей.

На перше запитання «Чому Ви вирішили стати лікарем?» – 86,7% відповіли, що мріяли про це з дитинства, 6,3% – рекомендували батьки, 7% – стали педіатрами, тому що було легше поступити, 91% запевнили, що люблять дітей. Але насторожує той факт, що 36% випускників жалкують, що закінчують педіатричний факультет із-за низької зарплати, бідності, низької культури, духовного і матеріального рівня населення та повної відсутності перспектив. Всі респонденти відмітили недостатній рівень технічного оснащення деяких клінічних кафедр, неможливість вільного користування інтернетом. Приємно вражає, що 92% випускників цінують у викладачів професіоналізм, 45% – культуру спілкування, 65% – доброту і тільки 25% – принциповість. І що особливо вразило – 77,2% бажають, щоб з ними спілкувався педагог-куратор. Це свідчить про те, що у студентів великий дефіцит спілкування, і вчитель, а тим паче лікар-вчитель, повинен бути ще й психологом.

90% респондентів заважають натхненно вчитись погані умови проживання у гуртожитку. А майже 50% опитаних основною причиною, яка заважає вчитися, відмітили дефіцит фінансів без перспектив що-небудь змінити найближчим часом. Особливо це лякає подружжя. Все це пригнічує волю і бажання до удосконалення.

Проведене анкетування вирішило коло питань, які вимагають миттєвого вирішення і свідчить про духовну кризу молоді, яка чекає допомоги від нас – вчителів, батьків, службовців, друзів і просто добрих людей!

БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ДІАГНОСТИКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Т.В. ФРОЛОВА, Л.Я. БАРСЬКА, О.В. ОХАПКИНА
Харківський державний медичний університет

ПРОБЛЕМА остеопенічних порушень в дитячому віці в останні роки набуває все більшої актуальності в зв'язку з широкою розповсюдженістю хронічної патології. Деякі хронічні захворювання, зокрема хронічні захворювання шлунково-кишкового

тракту (ХЗШКТ), негативно впливають на метаболізм кісткової тканини (КТ). З метою верифікації порушень структурно-функціонального стану (СФС) КТ використовують, крім денситометрії, визначення біохімічних маркерів резорбції та кісткоутворення (БМРК), що дозволяє визначити варіант порушення кісткового метаболізму.

Метою дослідження було вивчення СФС КТ у дітей із ХЗШКТ. Обстежено 52 дитини з ХЗЖКТ (хронічний гастродуоденіт (ХГД), холецистохолангіт (ХХХ), дискінезія жовчовивідних шляхів (ДЖВП), хронічний коліт (ХК)) віком від 9 до 17 років, з них 18 (34,6%) хлопчиків, 34 (65,4%) дівчаток. Контрольну групу склали 30 здорових дітей того ж віку.

Комплекс обстеження СФС КТ включав ультразвукову денситометрію на апараті «SONOST 2000» і дослідження БМРК в крові та добовій сечі. Визначали рівень кальцію сироватки, фосфору, лужної фосфатази, рівень кислої фосфатази, кісткового ізоферменту кислої фосфатази, глікозаміногліканів (як загальних, так і окремих фракцій), екскреції кальцію з сечею методом електрохемілюмінесценції на апараті «Elecsis 2010».

У процесі дослідження хворих було розподілено на дві групи. Першу групу хворих склали 24 пацієнти із ХГД, ХХХ, ДЖВП; другу групу – 28 дітей із ХГД, що супроводжується ХК.

В ході проведених досліджень ОП різного ступеня було виявлено у 23 дітей, що склало 44,2% від загального числа обстежених. Остеопенію виявлено у 11 (19,2%) пацієнтів першої групи та у 12 (23,0%) хворих другої групи.

В першій групі пацієнтів у 86,5% дітей, у яких була остеопенія, визначалося зниження рівня кальцію сироватки крові, рівень фосфору залишався в межах норми, підвищення активності лужної фосфатази, кислої фосфатази, а також мало місце підвищення екскреції кальцію із сечею, тобто відбувалося гальмування мінералізації КТ, а також стимуляція процесу кісткоутворення. В другій групі пацієнтів у 76,9% дітей з виявленою остеопенією рівень кальцію сироватки залишався в межах норми чи на її нижній границі, при цьому відмічалось достовірне підвищення рівня кислої фосфатази, кісткового ізоферменту кислої фосфатази, крім того, підвищення вмісту глікозаміноглікансульфатів (як загальних, так і окремих фракцій), що свідчить про порушення дозрівання колагенового матриксу на тлі стимуляції процесу резорбції КТ.

Таким чином, перебіг ХЗ ЖКТ супроводжується СФ порушеннями КТ у вигляді ОП. Наявність ХК у дітей є фактором ризику наявності остеопенії. Достовірно встановлено, що при ураженні

шлунка та гепатобіліарної системи порушення СФС КТ характеризується порушенням мінералізації КТ та компенсаторною стимуляцією кісткоутворення, однак при ураженні кишечника відбувається порушення дозрівання колагенового матриксу на тлі підвищеної резорбції КТ.

ДІАГНОСТИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Т.В. ФРОЛОВА, Л.Я. БАРСЬКА, О.В. ОХАПКИНА
Харківський державний медичний університет

ВПРОДОВЖ останніх років проблема остеопорозу набула значної актуальності. Але залишаються невивченими особливості формування кісткової тканини (КТ) в дитячому віці, вплив хронічної патології на формування піку кісткової маси. Як відомо, деякі захворювання негативно впливають на метаболізм КТ. Хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту (ХЗШКТ) призводять до мальабсорбції фосфору і кальцію, порушують метаболізм вітаміну D₃, а також можуть підсилювати резорбцію кістки. Таким чином розвиваються різного ступеня порушення структурно-функціонального стану (СФС) КТ, що проявляється у дітей остеопенією (ОП) або остеопорозом.

Метою дослідження було вивчення СФС КТ у дітей із ХЗШКТ. Обстежено 52 дитини з ХЗ ЖКТ віком від 9 до 17 років, з них 18 (34,6%) хлопчиків та 34 (65,4%) дівчинки. Контрольну групу склали 30 здорових дітей того ж віку. В обстеження включалися пацієнти з хронічним гастродуоденітом, холецистохолангітом, дискінезією жовчовивідних шляхів, хронічним колітом чи синдромом подразненого кишечника.

Комплекс обстеження СФС КТ включав ультразвукову денситометрію на апараті «SONOST 2000» та дослідження біохімічних маркерів резорбції й утворення КТ в крові та добовій сечі. В ході проведених досліджень ОП різного ступеня було виявлено у 23 дітей, що склало 44,2% від загального числа обстежених, серед яких ОП I ступеня виявлено у 14% дітей, ОП II ступеня – у 64% і ОП III ступеня – у 22% пацієнтів. Серед пацієнтів із тривалістю захворювання до 5 років ОП II ступеня виявлено у 35% пацієнтів, ОП III ступеня – у 8,1%. У пацієнтів із тривалістю захворювання понад 5 років ОП I ступеня спостерігалася у 14,2%, II ступеня – у 28,5% і III ступеня – у 14,2% обстежених.

У 82,4% пацієнтів з виявленою ОП при дослідженні рівня маркерів утворення й резорбції КТ виявлено порушення різного ступеня вираженості залежно від нозологічної форми й тривалості захворювання. Дані порушення проявляються у вигляді зниження мінералізації КТ, дозрівання колагенового матриксу, а також прискорення резорбції кістки.

Перебіг ХЗ ЖКТ супроводжується структурно-функціональними порушеннями КТ у вигляді ОП різного ступеня вираженості. Достовірно встановлено, що наявність ОП за даними ультразвукової денситометрії практично у всіх хворих супроводжується зміною рівня маркерів утворення й резорбції КТ. Встановлено пряму кореляцію між ступенем вираженості ОП і тривалістю захворювання, що необхідно враховувати в системі диспансерного спостереження за дітьми з ХЗШКТ. Ультразвукова денситометрія може бути використана як метод діагностики порушень СФС КТ у даного контингенту хворих.

ЕРОЗИВНІ ГАСТРОДУОДЕНІТИ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ КАРТИНИ У ДІТЕЙ

А.Б. ВОЛОСЯНКО, О.О. ЦИЦЮРА
Івано-Франківський державний медичний університет

ЕРОЗИВНІ гастродуоденіти займають чільне місце серед гастродуоденальної патології у дітей і підлітків. Гастродуоденальні ерозії – це поверхневі дефекти слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки, що не поширюються за межі власної м'язової оболонки вглибину і загоюються без утворення сполучнотканинного рубця. На сьогодні, на жаль, відмічається тенденція до поширеності цього захворювання серед дітей і підлітків, внаслідок низки причин: тривалого застосування нестероїдних протизапальних препаратів, гормонів; наявності шкідливих звичок: вживання алкоголю, тютюнокуріння.

Існує проблема правильної та своєчасної верифікації захворювання, що пов'язано з недостатнім рівнем знань практичних лікарів про це захворювання, тому в структурі загальної захворюваності діагноз ерозивного гастродуоденіту поки ще не набув значної поширеності. Пусковим механізмом для розвитку ерозивного гастродуоденіту є зниження опірності слизової оболонки шлунка, продукції простагландинів, мукоглікопротеїдів, наявність супутньої патології гастродуоденальної зони та печінки. Однак дані останніх років свідчать про суттєву роль інфікування *Helicobacter pylori* у виникненні та перебігу ерозивного гастродуоденіту.

Наші дані ґрунтуються на результатах обстеження 110 хворих на ерозивний гастродуоденіт. Всім дітям проводилася фіброезофагогастродуоденоскопія, яка дозволила точно верифікувати діагноз та визначати характер уражень слизової оболонки (ерозій). В клінічній картині у 101 дитини було виявлено превалювання больового абдомінального, а у 94 – диспепсичного синдромів. Біль був пов'язаний з характером ерозивних уражень шлунка. Так, повні ерозії маніфестували інтенсивним больовим синдромом, частіше виявлялися у шлунку за відсутності у дванадцятипалій кишці. Натомість, в останній виявляли неповні ерозії. За даними ендоскопії, ерозивний процес у 76 дітей виник на фоні зміненої слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки, що свідчить про тривалий перебіг гастродуоденіту, не верифікованого ендоскопічно. Морфологічне дослідження шляхом гістологічного дослідження біоптату слизової оболонки в педіатричній практиці має обмежене застосування, з огляду на біоетичні питання, і було проведено нами у 16 хворих на ерозивний гастродуоденіт. При цьому, крім запальних змін, виявлено інфільтрацію слизової оболонки нейтрофілами, лімфоцитами та моноцитами. Атрофічних змін слизової оболонки шлунка не було виявлено нами у жодної хворої дитини.

Отже, встановлені суттєві зміни клініки та ендоскопічних даних при ерозивному гастродуоденіті вимагають подальшого вивчення, рекомендаційних пропозицій щодо комплексного лікування з метою запобігання переходу у виразкову хворобу шлунка чи дванадцятипалої кишки.

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТИСЕКРЕТОРНОЇ ТЕРАПІЇ ЕРОЗИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНІТІВ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

О.О. ЦИЦЮРА

Івано-Франківський державний медичний університет

ЧІЛЬНЕ місце серед гастроентерологічних захворювань займають ерозивні гастродуоденіти. Актуальність останніх полягає в поширеності даної патології, зниженні працездатності учнів в школі, порушенні способу життя. Крім того, мають значення недостатня обізнаність практичних лікарів з цією патологією, відсутність ефективної діагностики та терапії.

Метою нашого дослідження було вивчення порівняльної антисекреторної терапії ерозивного гастродуоденіту у дітей шкільного віку. Нами було обстежено 110 дітей віком від 7 до 18 років.

Лікування ерозивного гастродуоденіту ми вирішили проводити методом порівняння двох груп антисекреторних препаратів: інгібітора протонової помпи – лансопразолу та H_2 -гістаміноблокатора – ранітидину гідрохлориду. Діти основної групи (61 хворий) отримували лансопразол, діти групи порівняння (49 хворих) – ранітидину гідрохлорид у вікових дозах. Слід підкреслити роль низки антацидних препаратів, зокрема, інгібіторів протонової помпи у комплексному лікуванні кислотозалежних гастроентерологічних захворювань саме через ефективне патогенетичне зниження кислотності шляхом кінцевого блокування переносу іонів водню в просвіт залози.

Оцінку ефективності лікування здійснювали на підставі позитивної динаміки клінічних синдромів захворювання – больового абдомінального, диспепсичного та синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації, рН-моніторингу протягом 3 годин із фармакотестом. Досвід застосування H_2 -гістаміноблокаторів є більш значущим, однак, як показує практичний досвід, протягом останніх років дана група препаратів в лікуванні ерозивного гастродуоденіту, зокрема, не завжди діє ефективно. Тому слід враховувати індивідуальний підхід до кожного пацієнта, з врахуванням рівня кислотності. Аналіз отриманих даних показав, що прояви больового абдомінального та диспепсичного синдромів у дітей основної групи зникали протягом 5-7 днів від початку лікування, синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації – через 14 днів. У дітей із групи порівняння прояви цих синдромів зникали через 10-14 днів, а синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації – через 15-20 днів. На підставі рН-моніторингу було виявлено, що терміни зниження кислотності в обох групах дітей були різними. Так, при застосуванні лансопразолу рН-грама нормалізувалася через 1,8 години, а ранітидину гідрохлориду – через 2,5 години після 3-годинного моніторингу. Ми продовжували запропоновану антисекреторну терапію протягом 2 тижнів, після чого проводили повторну експрес-рН-метрію з визначенням кислотності шлунка. Отримані дані вказують на те, що у дітей основної групи (67,2%) нормалізувався рівень кислотності, а у 32,8% констатовано помірну гіперакцидність. Натомість, в групі порівняння у більшості дітей (25,5%) виявлено помірну гіперакцидність шлунка.

Отже, на підставі отриманих даних можна зробити висновок, що застосування лансопразолу при лікуванні ерозивних гастродуоденітів у дітей шкільного віку сприяє більш ранній клінічній ремісії та нормалізації кислотоутворюючої функції шлунка.

РІВЕНЬ HB_s-АНТИГЕНА В СИРОВАТЦІ КРОВІ ТА ТРИВАЛІСТЬ HB_s-АНТИГЕНЕМІЇ ПРИ ВІРУСНОМУ ГЕПАТИТІ У ДІТЕЙ

А.Б. ВОЛОСЯНКО

Івано-Франківський державний медичний університет

НЕЗВАЖАЮЧИ на суттєвий прогрес дитячої гепатології протягом останніх десятиліть, залишаються нез'ясованими ще дуже багато принципових питань діагностики та лікування хронічних уражень печінки вірусного походження. Одним із завдань педіатрії на сучасному етапі є профілактика виникнення, рецидивів або ж хронізації різних соматичних захворювань, з врахуванням динаміки параклінічних показників на різних етапах лікування. Суттєву роль відіграє також впровадження новітніх, а саме серологічних методів діагностики, які мають, на сьогодні, не завжди правильне трактування і викликають труднощі не лише з верифікацією активності процесу, але й із обранням лікувальної тактики при різних формах хронічних вірусних гепатитів.

Враховуючи наведене, нами було створено алгоритм прогнозування трансформації гострого гепатиту В у хронічний та проведено розробку заходів вторинної профілактики на підставі пролонгованих досліджень клінічної картини та параклінічних показників на етапах реабілітації. Важливим для лікаря є з'ясування рівня HBsAg й тривалості HBs-антигенемії при різних формах хронічних вірусних гепатитів і, зокрема, хронічного гепатиту В. Нами комплексно вивчалися особливості клінічної картини, рівень HBsAg та тривалість HBs-антигенемії у 107 хворих з тяжкою формою гепатиту В. Аналізуючи дані, ми відмітили широкий діапазон коливання цього показника – від 0 до 264300 нг/мл. Отримані дані вказали на те, що як при низькому, так і при високому рівнях HBsAg з однаковою вірогідністю можуть мати місце як летальний наслідок, так і одужання. За нашими даними, рівень HBs-антигенемії не дає можливості прогнозувати перебіг гепатиту. Причини таких коливань при тяжкому перебігу захворювання у дітей не з'ясовані до кінця. Можливо це можна пояснити індивідуальними особливостями імунологічної відповіді дитячого організму, різними шляхами інфікування, швидкою елімінацією або, навпаки, затримкою імунних комплексів. Вивчення рівня HBsAg та тривалості HBs-антигенемії при тяжких формах гепатитів нами було проведено у двох групах пацієнтів. Першу групу склали 85 пацієнтів, у яких тривалість HBs-антигенемії не перевищувала двох місяців, другу – 22 хворих, у яких тривалість HBs-антигенемії зберігалася більше двох місяців. У всіх дітей з нетривалою

HBs-антигенемією були менше виражені порушення показників клітинного та гуморального імунітету порівняно з тривалою HBs-антигенемією.

Отже, отримані дані свідчать на користь паралелізму між тривалістю HBs-антигенемії та вираженістю змін в імунній системі. З клінічної точки зору саме встановлення порушень імунної системи є важливим для прогнозування перебігу хронічного вірусного гепатиту В та застосування імунокоригуючої терапії.

УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

І.С. ЛЕМБРИК

Івано-Франківський державний медичний університет

ФУНКЦІОНАЛЬНІ розлади верхніх відділів травного тракту, серед яких чільне місце займає синдром функціональної диспепсії, сприяють зниженню працездатності та якості життя школярів, є причиною частого звертання до лікарів. На даний час існує проблема диференційованих підходів до лікування синдрому функціональної диспепсії, оскільки поліпрагмазія або, навпаки, недостатнє застосування медикаментозних і немедикаментозних засобів, в даному випадку, сприяють погіршенню стану, рецидивам больового та диспепсичного синдромів, можливості розвитку хронічної патології шлунка.

Метою нашого дослідження було удосконалення лікування синдрому функціональної диспепсії у дітей шкільного віку залежно від функціонального стану шлунка, порушень компенсаторно-адаптаційних механізмів та психологічного статусу.

Для реалізації мети нами було обстежено 77 дітей, хворих на синдром функціональної диспепсії, віком від 10 до 17 років, які лікувалися в обласній дитячій клінічній лікарні м. Івано-Франківська. Для корекції сповільненої моторно-евакуаторної функції шлунка та вираженої гіперацидності шлунка запропоновано застосування мотиліуму курсом на 14 днів та лансопрозолу (хеліколу) курсом на 7-10 днів у вікових дозах. За умови прискореної моторно-евакуаторної функції та помірної гіперацидності шлунка запропоновано застосування дицителу та фамотидину курсом на 14 днів у вікових дозах.

При симпатикотонії, яка спостерігалася у більшості хворих з синдромом функціональної диспепсії, призначалася Д'арсонвалізація – 10 сеансів, масаж, гальванізація на ділянку шлунка

– курсом на 10 днів, підводний душ-масаж курсом на 10 днів. Лікування психоемоційних змін ми здійснювали у співпраці з психіатрами та психологами. Зокрема, медикаментозна корекція стану тривожності проводилася за допомогою седативних препаратів рослинного походження, які призначалися за строгими показами курсом на 14 днів. Корекція песимістичності здійснювалася шляхом призначення антидепресанту рослинного походження Деприм віковою дозою курсом на 14 днів. Сеанси музикотерапії передбачали прослуховування фрагментів творів Дебюссі, Шуберта, Моцарта, Ліста, Шумана, Чайковського – по 0,5-1 годині 2-3 рази на тиждень, курсом на 10 днів. Застосовували також авто-тренінг – 2-3 рази на тиждень протягом 2-4 тижнів, раціональна індивідуальна та групова психотерапія – 2-3 рази на тиждень протягом 2-4 тижнів. Лікування синдрому функціональної диспепсії у дітей шкільного віку має бути комплексним, з врахуванням індивідуальних підходів до кожної дитини, залежатиме від особливостей реакції організму дитини на застосування тієї чи іншої лікувальної тактики, індивідуальної переносимості ліків, функціонального стану шлунка та психологічного статусу.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ РОТАВІРУСНОЇ МІКСТ-ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

С.В. КУЗНЄЦОВ, Т.О. КІРСАНОВА, В.М. ІГНАТОВА
Харківський державний медичний університет.

Регіональний дитячий центр клінічної імунології обласної клінічної лікарні № 1,
м. Харків

ЗА ОСТАННІ роки найбільшу увагу вчених привертає ротавірусна інфекція (РВІ), частка якої в загальній структурі захворюваності КІ складає 35-75% і має постійну тенденцію до зростання. Відомо, що в 60-70% випадків РВІ зустрічається як мікст-патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ), що найчастіше зумовлена поєднанням ротавірусів з умовно-патогенними бактеріями.

Було проаналізовано клініко-лабораторну характеристику РВІ у 32 дітей віком від 1 місяця до 3 років, з них в 29 (90,0%) випадках було зареєстровано ротавірусну мікст-інфекцію (РМІ), при цьому у 22 (68,0%) дітей вона була зумовлена поєднанням з умовно-патогенними бактеріями та у 7 (22,0%) – з патогенною флорою. Клінічна картина як РВІ, так і РМІ не відрізнялася одна від одної та характеризувалася симптомами інтоксикації, наявністю катарального та діарейного синдромів, ексикозу. Підвищен-

ня температури тіла було зареєстровано у 24 (75,0%) хворих, при цьому в 21 (67,0%) випадку лихоманка була у межах 38-38,5 градусів та тривала 2-4 доби. У 25 (78,0%) дітей спостерігалися зміни з боку верхніх дихальних шляхів. Гіперемія зіву відмічалася у 29 (92,0%) дітей, катаральні явища – у 23 (72,0%), малопродуктивний кашель – у 20 (64,0%), жорстке дихання над легеньми – у 26 (80,0%). Діарея спостерігалася у 31 (96,0%) хворого та характеризувалася багаторазовим, водянистим стільцем з домішками слизу у 32 (100%) дітей та грудочками неперетравленої їжі у 6 (20,0%). Блювота відмічалася у 19 (60,0%) дітей, у 7 (57,0%) з них вона мала багаторазовий характер.

Істотні відмінності РМІ від РВІ було виявлено при аналізі лабораторних даних. Так, у клінічному аналізі крові при РМІ було виявлено наступні зміни: лейкоцитоз – у 8 (25,0%), нейтрофіліоз – у 22 (69,0%), прискорення ШОЕ – у 10 (31,0%); тоді як при РВІ було зареєстровано лімфоцитоз у 29 (100%) хворих. У хворих на РВІ зміни копрограми були зумовлені лише порушеннями травлення у тонкій кишці, а при РМІ ще й запальними явищами. При аналізі імунологічних показників було виявлено, що у хворих на РВІ та РМІ відмічалася зниження рівня субпопуляції Т-лімфоцитів CD3, CD4 та CD8 на тлі нормального рівня CD14 та CD19 порівняно з показниками у здорових дітей. Зниження вмісту Т-лімфоцитів відображає глибину дефіциту імунної системи, а збільшення субпопуляції CD14 та CD19 пояснюється тим, що саме ці лімфоцити відповідають за активацію клітин макрофагально-моноцитарного ряду. Але більш значне зниження рівня CD3, CD4 та CD8 відмічалася у хворих на РМІ у поєднанні з умовно-патогенними бактеріями (50,7±1,3; 30,2±1,9; 19,0±1,7 відповідно), ніж при РМІ з патогенною флорою (52,3±1,5; 30,7±1,8; 22,8±1,1). Рівень імуноглобулінів А, М та G був однаковим у всіх трьох групах хворих та істотно не відрізнявся від показників у здорових дітей.

Таким чином, найчастіше РВІ зустрічається як мікст-інфекція у поєднанні з умовно-патогенною флорою; клінічна картина РВІ та РМІ не відрізняється одна від одної та проявляється гострим початком, лихоманкою, змінами з боку верхніх дихальних шляхів, багаторазовою блювотою та діареєю; відмінності РМІ від РВІ виявляються лише при проведенні лабораторного дослідження та характеризуються лейкоцитозом, нейтрофіліозом та прискоренням ШОЕ у клінічному аналізі крові й порушенням травлення у тонкій кишці та запальними явищами у товстій за даними копрограми; при імунологічному дослідженні відмічається більш значне зниження рівня субпопуляцій Т-лімфоцитів CD3, CD4, CD8 на тлі нормального рівня CD14, CD19 та імуноглобулінів А, М, G.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Н.В. ПАВЛЕНКО

Харківська медична академія післядипломної освіти

ВИРАЗКОВА хвороба (ВХ) дванадцятипалої кишки (ДПК) і шлунка є найтяжчою і неоднозначною патологією гастроудоденальної зони у дітей. За офіційними даними вона є проблемою більш ніж 2% дитячого населення в Україні. Саме ця нозологічна форма призводить до значних стійких порушень не тільки функції, але й структури гастроудоденальної зони, втягує до патологічного процесу інші органи і системи дитячого організму, супроводжується ускладненнями, які часто вимагають оперативного втручання. Крім того, характер морфогенезу і перебігу ВХ призводить до порушень як фізичного розвитку дитини, так і позначається на її психоемоційному стані, порушує соціальну адаптацію, обмежує можливість навчання, профорієнтацію.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) трактує інвалідність як глибоке і стійке порушення стану здоров'я. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, підставами для встановлення інвалідності є: а) порушення певних фізіологічних функцій чи морфогенетичних порушень; б) обмеження життєдіяльності, життєвої активності дитини; в) соціальна недостатність і соціальна дизадаптація. Інвалідність може встановлюватися від 6 місяців до 2-х років, від 2 до 5 років і до досягнення 18-річного віку. Згідно з цими рекомендаціями ВХ ДПК і шлунка у дітей повністю підпадає під ці критерії та її наслідки можуть бути обґрунтованою підставою для надання інвалідності дитині чи підлітку. Але незважаючи на це, нині існуючий Наказ МОЗ України, Міністерства праці та соціальної політики, Міністерства фінансів за № 454/471/516 від 08.11.2001 (м. Київ) «Про затвердження Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років» не містить ВХ. У зв'язку з цим, діти в Україні з таким тяжким захворюванням не мають офіційної підстави на отримання медичних і соціальних пільг.

Ми проаналізували стан цієї проблеми в м. Харкові, де ВХ в 2003-2005 рр. реєструвалась у 4,8-5,2% дітей до 18 років. Щорічно через міське дитяче гастроентерологічне відділення ДКЛ № 19, що є клінічною базою кафедри педіатричної гастроентерології та нутриціології ХМАПО, проходить в середньому 120 дітей, що страждають на ВХ ДПК та шлунка. Серед них у 18-23% дітей визначається тяжкий перебіг ВХ. Ускладнення мали 18% пацієнтів, серед яких основна частка (до 88%) – кровотечі, 7% – перфорація

з хірургічною корекцією, 3% – стеноз, поодинокі випадки пенетрації та перивісцериту. У 25-28% дітей ВХ мала несприятливий перебіг (безперервно- чи часторецидивуючі форми, відсутність повноцінної репарації виразки, формування вираженої набряково-рубцевої деформації передворотаря та цибулини ДПК, позацибулинна локалізація, численні роз'ятрення). Такі діти перебували в стаціонарі більше 2-х разів на рік, потребували тривалої комплексної терапії, що за неефективністю стандартних підходів вимагала посилення та індивідуалізації. Пацієнти з тяжким перебігом ВХ не мали змоги повноцінно навчатися, розвиватися фізично, потребували психотерапевтичної корекції.

Виходячи з вищенаведеного, ми вважаємо за необхідне переглянути існуючий Наказ МОЗ України з інвалідності в дитячому віці з внесенням ВХ ДПК та шлунка з тяжким і несприятливим перебігом до переліку медичних показань, що дають право на одержання соціальної допомоги дітям-інвалідам і розробки реабілітаційних заходів і системи соціальної адаптації.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОУДОДЕНІТУ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАЛЕЖНО ВІД КОНТАМІНАЦІЇ *HELICOBACTER PYLORI*

К.В. САВИЦЬКА

Харківська медична академія післядипломної освіти

ВОСТАННІ роки хронічна патологія органів гастроудоденальної зони все частіше діагностується клініцистами у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Хронічний гастроудоденіт (ХГД) є поліетіологічним захворюванням, тому різноманітні форми цієї патології об'єднуються в одну нозологічну одиницю. У всьому світі пріоритетним етіологічним чинником у розвитку ХГД визнається *Helicobacter pylori* (*Hp*), від наявності якого залежить перебіг ХГД.

Під нашим спостереженням знаходилося 73 дитини віком від 5 до 10 років з ХГД, які обстежувались в 19 ДКЛ м. Харкова. Діагноз верифіковано за допомогою клініко-анамнестичних та додаткових заходів досліджень (контактна рідиннокристалева термографія як скринінг-метод, ФЕГДС з морфологічним дослідженням біоптату антрального відділу шлунка та уреазний ХЕЛПІЛ-тест; інтрагастральна рН-метрія; уреазний дихальний ХЕЛІК-тест). Залежно від контамінації *Hp* усі хворі розподілялись на дві групи. І групу складала 48 (66±6%) дітей, у яких ХГД було асоційовано

з *Нр*, II групу – 25 (34±6%) дітей з ХГД, де результат наявності етіологічного збудника був негативним. В I групі дітей загальні скарги були більш емоційними та численними, болючий синдром – яскравішим, локалізація болю при пальпації живота була міцнішою в епігастрії та пілородуоденальній зоні. Частіше відмічалась супутня патологія (панкреатопатії, ДЖВП гіпокінетичного типу, констипація). Диспептичний синдром, неприємний запах із ротової порожнини, обкладеність язика зустрічались однаково часто в обох групах.

Таким чином, *Нр* обтяжує та посилює перебіг ХГД у дітей молодшого віку, можливо, це пов'язано з багатьма чинниками, що вимагають подальшого вивчення.

ОСОБЛИВОСТІ ВИГОДОВУВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Ю.В. МАРУШКО, О.Д. МОСКОВЕНКО, Н.В. БОЙКО
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

ЗАГАЛЬНОВІДОМО, що оптимальним способом вигодовування дитини на першому році життя є грудне молоко з додаванням з 4-6 місяців життя корективних добавок та прикормів. Але в останні роки в багатьох високорозвинених країнах, в т. ч. в Україні, склалася складна ситуація, пов'язана з ранньою відмовою від грудного вигодовування. Згідно з національною програмою щодо підтримки грудного вигодовування, яка впроваджується в країні в останні роки, оптимальним способом вигодовування дітей на першому році життя є виключно грудне молоко, а також змінено терміни введення прикормів і корективних добавок. Однак на сьогодні певна частина населення використовує попередні рекомендації. Тому актуальним є питання оптимальних термінів введення корективних добавок та прикормів.

Метою наших досліджень було вивчення реального стану вигодовування дітей першого року життя, виявлення причин ранньої відмови від грудного вигодовування у дітей на першому році життя, строки введення корективних добавок та прикормів. Для цього нами було розроблено «Анкету для батьків», яка містила 48 запитань. Для оцінки природного вигодовування в анкеті відмічали терміни першого прикладання до груді, вік, до якого дитина отримувала грудне молоко, терміни введення корективних добавок та прикормів. Детально фіксувалися причини переходу на штучне вигодовування, вказувалася причина вибору тієї чи

іншої штучної молочної суміші. Було проведено анкетування 500 матерів м. Києва, які мали дітей віком від 10 до 12 місяців.

Результати досліджень свідчать про те, що у дітей на першому півріччі життя превалює грудне вигодовування. Згідно з анкетуванням на грудному вигодовуванні на першому місяці життя знаходилося 89,6% дітей, в 3 місяці – 62,2%, в 5 місяців – 37,8% дітей. Терміни введення корективних добавок та прикормів серед дітей першого року життя певною мірою відрізняються від рекомендованих. Так, згідно з даними анкетування у дітей, які знаходилися на природному вигодовуванні, першою корективною добавкою був яблучний сік. Фруктове пюре (переважно яблучне, бананове) в повному об'ємі діти отримували з 4-х місяців життя (65%). Сир починали вводити до раціону дітей, які знаходилися на природному вигодовуванні з 6-ти місяців життя (37,9%). Жовток вводили до раціону в основному з 6-ти місяців життя. З 7-ми місяців життя більше половини дітей незалежно від виду вигодовування отримували жовток як корективну добавку. Кефір як корективну добавку діти, які знаходилися на грудному вигодовуванні, починали отримувати з 6-ти місяців, але їх кількість не складала більше 25%. Під час анкетування виявилось, що перший прикорм у третини дітей вводили з 5-ти місяців життя, з 6-ти місяців життя – 80% дітей отримували овочевий прикорм. Введення другого прикорму (здебільшого це була молочна каша) спостерігалось через місяць після введення першого прикорму. Введення до раціону харчування дітей першого року життя з природним видом вигодовування риби та печінки, в основному, відбувалося після 10-го місяця життя.

Основною з причин відмови від грудного вигодовування на перших місяцях життя є гіпогалактія – в 65,5% випадків, рідше лактостаз, мастит та інші хвороби матері, відмова дитини від груді.

ПСИХОСОМАТИЧНІ МЕТОДИ В КОМПЛЕКСНІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ

Т.О. КРЮЧКО, І.В. ІВАНІНА, Т.В. ШПЕХТ
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

ЗМЕНШЕННЯ частки здорових дітей у популяції останнім часом викликає занепокоєння науковців та практичних лікарів. На особливу увагу, на наш погляд, заслуговує поширеність гастроентерологічних хвороб серед дітей, яка в останні роки в Україні має тенденцію до зростання. Зважаючи на схильність даної категорії захворювань до поєднання патології та рецидивування, проблема

ефективної профілактики патології шлунково-кишкового тракту у дітей нині має велике медико-соціальне значення. Характерною рисою гастроентерологічної патології є її соціально-біологічна, психосоматична зумовленість. Ігнорування психосоматичних аспектів призводить до неефективності традиційних лікувальних та реабілітаційних заходів у хворих.

Метою даної роботи була розробка комплексу заходів профілактики хвороб органів травлення у дітей молодшого шкільного віку на підставі вивчення значущих факторів ризику та використання психосоматично спрямованих методів лікування.

Для вирішення поставлених завдань було проведено клініко-анамнестичні, антропометричні, психодіагностичні, інструментальні, морфологічні, біохімічні дослідження у 230 дітей з хронічним гастритом, гастродуоденітом, виразковою хворобою, функціональними розладами травлення віком від 8 до 15 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні, та 250 дітей – учнів молодших класів загальноосвітньої школи № 17 м. Полтави.

Для оцінки внеску кожного виявленого фактора в розвиток хвороб органів травлення, нами було створено прогностичну таблицю. На підставі проведених досліджень встановлено, що кожна п'ята дитина належить до групи підвищеного ризику розвитку гастроентерологічних захворювань. Серед основних факторів ризику необхідно виділити вплив перинатальних факторів, штучне вигодовування дитини на першому році життя, нераціональне харчування дитини з підвищенням вмісту висококалорійної їжі та низьким вмістом фруктово-овочевих та кисломолочних продуктів; тютюнопаління членів родини, підвищене навчальне навантаження, внутрішньосімейні конфлікти та відхилення у вихованні дитини, фізична дизадаптованість, порушення вегетативного гомеостазу, дисгармонійний фізичний розвиток, високий нейротизм, алекситимія, висока тривожність, стримані агресивні та автоагресивні реакції. Критичним періодом щодо формування хвороб органів травлення виявився вік 8-9 років, що зумовлює необхідність проведення профілактичних заходів дітям групи підвищеного ризику розвитку саме в цьому періоді. 54 практично здоровим дітям групи підвищеного ризику розвитку хвороб органів травлення було запропоновано профілактичну програму, яка складалася з психокорекційних занять, психологічного консультування батьків, за показаннями – фармакотерапії, а також рекомендацій щодо підвищення фізичної адаптації, нормалізації режиму і характеру харчування.

Запропонована програма профілактичних заходів виявилася досить ефективною, про що свідчать дані катамнестичного спостереження.

МЕДИКАМЕНТОЗНА АЛЕРГІЯ У ДІТЕЙ

Т.О. КРЮЧКО, О.Я. ТКАЧЕНКО, Ю.М. КІНАШ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

ЗКОЖНИМ роком розширюється перелік ліків, рекомендованих для застосування в педіатрії. Водночас накопичуються дані, які свідчать про особливості реакції дитячого організму та, особливо, дітей раннього віку на фармакологічні агенти, що пов'язані з незрілістю та становленням багатьох морфологічних, фізіологічних і біохімічних структур дитячого організму. Згідно з даними ВООЗ за 2004 рік частота виникнення побічних явищ лікарських препаратів у світі складала від 1,5 до 33,0% випадків, приблизно у 3-5% вона зареєстрована як основна причина госпіталізації, а у 0,32% хворих медикаментозна алергія закінчилась летально.

За нашими спостереженнями найчастіше негативні побічні дії виникають на тлі застосування антибактеріальних (27%), кардіотропних препаратів (22%) та засобів, які впливають на центральну нервову систему (9%). Серед антибіотиків алергічні реакції найчастіше проявляються у дітей, які отримують пеніциліни (29%), цефалоспорины (24%), хіноліни (20%), макроліди (13%). Отримані дані збігаються з результатами Держфармнагляду України. Така позиція пояснюється зрозумілим бажанням лікаря отримати якомога швидший лікувальний ефект й уникнути розвитку ускладнень. Однак, на жаль, при цьому часто не враховуються особливості дії того чи іншого препарату залежно від дії інших ліків. І тому спроба вплинути на весь комплекс патологічних змін великою кількістю препаратів не тільки не дає бажаного ефекту, але у 12% випадків супроводжується тяжкими ускладненнями.

В результаті проведеного аналізу ми з'ясували, що серед негативних побічних явищ фармакотерапії провідне місце займають алергічні реакції (45%), а саме: набряк Квінке (4%), анафілактичний шок (2,5%), синдром Стівенса-Джонсона (0,2%), синдром Лайела (0,1%); у 15% дітей виникають гастроентерологічні прояви, у 14% – ускладнення з боку серцево-судинної системи, у 8,5% – з боку центральної нервової та дихальної систем.

Широке розповсюдження отримала практика комбінованої антибіотикотерапії, коли одночасно призначають 2, а інколи й 3 антибіотики. Перехід на режим дескалаційної терапії, коли від самого початку використовують найефективніші препарати, дає можливість застосовувати монотерапію. Важливо зауважити, що з кожним роком росте не тільки частота, але й тяжкість перебігу алергічних реакцій, які, перш за все, пов'язані з безконтрольним

призначенням лікарських засобів, самолікуванням та наявністю великої кількості безрецептурних препаратів. Якщо 30 років тому синдром Стівенса-Джонсона та синдром Лайела описували як одиничні випадки медикаментозної алергії, то сьогодні це група бульозних алергодерматозів, які супроводжуються генералізованим ураженням шкіри та слизових оболонок.

Таким чином, поліпрагмазія в педіатрії сьогодні є реальністю, яку можна подолати шляхом вивчення ефективності лікарських засобів з позицій доказової медицини, розробки стандартів та протоколів лікування, постійного контролю за ефективністю і безпекою фармакотерапії.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У ДІТЕЙ

Т.О. КРЮЧКО, І.М. НЕСІНА, С.М. ГОЛЄВА

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

УСТРУКТУРІ захворювань печінки, які серед усіх причин смерті знаходяться на десятому місці, великий відсоток належить хронічним вірусним гепатитам (ХВГ). Хронічні гепатити вірусної етіології залишаються однією з найактуальніших проблем дитячої гастроентерології на сучасному етапі. Накопичені епідемічні та клінічні дані демонструють значну поширеність даної патології не тільки серед дорослих, а й в дитячому середовищі. Персистування хронічних гепатитів В та С має найсерйозніші наслідки для здоров'я в зв'язку з розвитком ускладнень – цирозу та гепатокарциноми. Ймовірність персистенції гепатиту В (ГВ) становить 90% при перинатальному зараженні дитини від HBeAg-позитивної матері, 30-40% – в дошкільному віці, 5-10% – серед дорослих. Розвиток хронічних форм тісно пов'язаний зі сповільненою елімінацією із організму вірусів гепатитів, що згідно з думкою більшості дослідників, зумовлено порушенням в діяльності імунної системи, зниженою її здатністю адекватно реагувати на антигени збудника.

Метою нашої роботи було вивчення клініко-імунологічних особливостей перебігу хронічного вірусного гепатиту В у дітей залежно від фази патологічного процесу.

Аналізуючи клінічну симптоматику залежно від фази патологічного процесу, ми виявили, що у хворих з ХГВ незалежно від реплікації вірусу переважали скарги диспептичного синдрому (76,5%). Прояви абдомінального синдрому складали 61,8%.

Скарги астеновегетативного та геморагічного синдромів мали тенденцію до збільшення у хворих дітей в інтегративній фазі (61,54 та 38,5% відповідно). Аналізуючи ці дані, можна зробити висновок, що наявність симптомів астеновегетативного синдрому залежала від тривалості захворювання. Виявилось, що кількість дітей в інтегративній фазі з тривалістю захворювання більше 5 років становила 53,9% хворих, а в реплікативній цей показник був у 2,6 раза нижчим (20,6%). Жовтяничний синдром, об'єктивною ознакою якого була субіктеричність склер, переважав у дітей у реплікативній фазі (55,9% проти 23,1%, $p < 0,05$). Ступінь збільшення печінки був незначним – до 2 см у 14 (41,2%) дітей при реплікативному типі та у 4 (30,8%) – при інтегративному. Більш ніж на 2 см розміри печінки були збільшеними у 9 (26,47%) хворих при активній реплікації вірусу та у 2 (15,4%) дітей у фазі інтеграції.

Аналіз вмісту ІФН залежно від фази патологічного процесу показав зв'язок цих показників з активністю захворювання: діти в реплікативній та інтегративній фазах патологічного процесу характеризувались підвищенням рівня цитокінів ($p < 0,001$). ІФН- α в фазі реплікації підвищувався майже в 5 разів порівняно з контрольною групою, а вміст ІФН- γ зростав хоча і менш значуще, але в обох фазах ХГВ порівняно з групою здорових дітей. Таким чином, підвищення ІФН- α у дітей з хронічними вірусними гепатитами, який є цитокіном першої фази протівірусної імунної відповіді й індукує запальну реакцію, збільшує цитотоксичність макрофагів, Т-лімфоцитів та природних кілерів, що беруть участь у механізмах природного захисту від вірусних інфекцій, може свідчити про реплікацію вірусів у організмі хворого.

ЗНАЧЕННЯ ОКИСНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ У РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ДІТЕЙ

Г.О. ЛЕЖЕНКО, О.І. ПОДЛІАНОВА, О.Н. ЧАКМАЗОВА, І.В. РУДНЕВА

Запорізький державний медичний університет

МЕТОЮ нашої роботи було вивчення ступеня окисної модифікації білків (ОМБ) сироватки крові у дітей, хворих на цукровий діабет (ЦД) із урахуванням особливостей ниркового кровообігу та виду інсулінотерапії.

Обстежено 72 дитини 11-15 років, хворих на ЦД 1 типу, 34 з них мали стаж захворювання до 1 року, 38 – більше 5 років, з яких у 9 пацієнтів діагностовано діабетичну нефропатію. До контрольної групи

було включено 20 здорових дітей того ж віку. Ступінь ОМБ сироватки крові оцінювали згідно з методикою, запропонованою В. Halliwell, М.С. Yutteridge (1999). Всім хворим проводили доплерографію нирок з вивченням показників ниркового кровоплину.

Аналіз отриманих даних показав значну варіабельність ступеня ОМБ. У хворих у дебюті захворювання вміст початкових і кінцевих продуктів ОМБ відповідав аналогічним показникам контрольної групи. До кінця першого року захворювання відмічено наростання рівня стимульованих КГ ($354 \pm 6,3$ ум. од./г білка проти $312 \pm 4,8$ ум. од./г білка в контролі, $p < 0,05$), а у дітей зі стажем захворювання 5 і більше років активацію окисної деструкції білка реєстрували як у спонтанній (АФА – $286 \pm 5,3$ проти $184 \pm 4,9$ ум. од./г білка в контролі; КГ – $374 \pm 8,3$ проти $355 \pm 3,5$ ум. од./г білка в контролі, $p < 0,05$) так й у стимульованій реакціях (АФА – $168 \pm 5,3$ проти $101 \pm 4,9$ ум. од./г білка в контролі; КГ – $381 \pm 7,1$ проти $312 \pm 4,8$ ум. од./г білка в контролі, $p < 0,05$), що свідчить про значне зниження резерву антиокисних можливостей.

Оцінка стану ниркового кровоплину у дітей з ЦД показала зниження його активності на $19,0 \pm 2,5\%$ у дітей, хворих на ЦД 5 і більше років. Зіставлення отриманих даних з результатами дослідження ступеня ОМБ дозволило виявити наступні закономірності. Так, підвищення рівня стимульованого КГ при нормальному спонтанному КГ супроводжувалося зменшенням ниркового кровоплину на $15,5 \pm 1,4\%$. Поєднане підвищення як спонтанного, так і стимульованого КГ відповідало зниженню показників ниркового кровоплину на $25,4 \pm 2,6\%$ і супроводжувалося мікроальбумінурією. Отримані дані, як предиктор доклінічної діагностики діабетичних нефропатій, дозволяють вважати підвищення рівня КГ у поєднанні зі зниженням показників ниркового кровоплину на 15% і більше. Установлено, що діти, які одержували стандартну базисно-болісну терапію з використанням НПХ інсулінів, мали достовірно збільшення рівня стимульованого КГ, у той час як динаміка показників спонтанного й стимульованого утворення АФА й КГ у хворих, які одержували аналог людського інсуліну Лантус, до кінця першого року хвороби не відрізнялася від даних контрольної групи. Відмічено, що у дітей, які одержували протягом 2-х років Лантус, показники ниркового кровоплину перебували в межах вікових норм, у той час як при терапії НПХ інсулінами вони були достовірно знижені на $11,9 \pm 1,6\%$.

Таким чином, перебіг ЦД у дітей і підлітків супроводжується активацією окисної модифікації білків та прогресивним погіршенням ниркового кровоплину. Визначення ступеня ОМБ сироватки крові у хворих на ЦД у поєднанні з дослідженням ниркового кро-

воплину дозволяє діагностувати розвиток діабетичної нефропатії в доклінічній стадії. Використання в терапії ЦД у дітей та підлітків безпикового аналога людського інсуліну Лантус позитивно впливає на динаміку ОМБ і сприяє збереженню ниркового кровоплину у вікових межах, тобто виступає протектором розвитку діабетичної нефропатії.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕНАЛАПРИЛУ В ТЕРАПІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНІВ

Г.О. ЛЕЖЕНКО, О.Е. ПАШКОВА, О.М. ГИРЯ, А.В. КАМЕНЩИК, Т.І. ОКУЛ
Запорізький державний медичний університет.
Запорізька обласна дитяча лікарня

ПІД НАШИМ спостереженням знаходилося 64 дитини з хронічними захворюваннями легенів віком від 3 до 16 років, серед яких у 48 хворих діагностовано муковісцидоз, у 6 – альвеоліт (ідіопатичний фіброзуючий – у 4, екзогенний алергічний – у 2), та 9 дітей – це пацієнти після проведення оперативного втручання на легенях. При цьому у 47 (73,4%) з них за даними доплерівського дослідження нами виявлено підвищення тиску в легеневій артерії (ЛА), у тому числі I ступінь легеневої гіпертензії (тиск в ЛА 30-50 мм рт. ст.) діагностовано у 40 (62,5%) хворих, II ступінь (тиск в ЛА 50-80 мм рт. ст.) – у 7 (10,2%).

Враховуючи важливу роль ренін-ангіотензин-альдостеронової системи та ендотелію легеневих капілярів у формуванні легеневої гіпертензії, до терапії 30 хворих (основна група) було включено препарат еналаприл (енап). Решта 34 дитини, які одержували тільки базисну терапію, складали групу порівняння. Показанням до призначення еналаприлу було підвищення тиску в ЛА більше 30 мм рт. ст. Препарат призначався 1 раз на добу вранці дозою 1,25 мг дітям до 6 років та 2,5-5,0 мг – більш старшим. Тривалість застосування складала не менше 3 місяців.

Препарат усіма дітьми переносився добре. Побічної дії еналаприлу при лікуванні хворих не спостерігалось. Клінічне поліпшення у більшості пацієнтів основної групи відмічалось вже до кінця 2-го тижня від початку лікування. Нами встановлено достовірно зменшення кашлю, підвищення толерантності до фізичного навантаження, поліпшення сну у цих хворих. Дослідження, проведені через 3 місяці від початку безперервного застосування еналаприлу, свідчили про зниження тиску в ЛА у всіх

спостережуваних. При цьому у більшості пацієнтів з легеневою гіпертензією I ступеня тиск в ЛА визначався в межах норми, тоді як в групі порівняння відмічалася тенденція до подальшого його збільшення. Дослідження величини правого шлуночка серця виявило зниження його кінцево-діастолічного об'єму, а також тенденції до зменшення товщини передньої стінки правого шлуночка в групі дітей, які одержували еналаприл, тоді як в групі порівняння ці показники не змінювалися або спостерігалася тенденція до їх збільшення. Отримані дані свідчили також про позитивний вплив еналаприлу на міокард лівого шлуночка, що проявлялося збільшенням фракції викиду з 58-62% до початку терапії до 65-68% через 3 місяці лікування. В той же час в групі порівняння скоротлива здатність міокарда не змінювалася.

Таким чином, тривале безперервне застосування еналаприлу в комплексній терапії легеневої гіпертензії у дітей з хронічними захворюваннями легенів сприяє зниженню тиску в легеневій артерії, виявляє ремодуючу дію на міокард правого шлуночка, а також зменшує прояви дисфункції лівого шлуночка серця.

ХРОНІЧНИЙ НЕСПЕЦИФІЧНИЙ НЕВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ – НАЙЧАСТІШЕ ЗАПАЛЬНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ

Ю.В. БЕЛОУСОВ, О.Ю. БЕЛОУСОВА

Харківська медична академія післядипломної освіти

Діагноз хронічного неспецифічного невиразкового коліту (ХННК) у дітей в останні роки встановлюється нечасто. Значною мірою це пов'язано з захопленням діагнозом синдрому подразненого кишечника (СРК), особливо після того, як почали припускати можливість наявності при СРК початкових, катаральних, зворотних змін слизової оболонки товстої кишки. Але, по-перше, більшість випадків ХННК у дітей, як свідчать наші дослідження, мають атрофічний характер, по-друге – навіть катаральні та мінущі зміни токсичного чи алергічного походження все ж таки являють собою відображення морфологічного субстрату запалення.

Наші дослідження, що проведені у 113 дітей 5-17 років у дитячому гастроентерологічному відділенні м. Харкова, підтвердили частість ХННК у дитячому віці та дозволили розцінити його морфологічну сутність.

Ретельний аналіз клінічної картини захворювання свідчить про те, що у всіх дітей основним клінічним синдромом були порушен-

ня випорожнень у вигляді запору чи зміни запору проносом. Розлади випорожнення звичайно супроводжувались болючими відчуттями, які у частини хворих міцнішали під час акту дефекації та зменшувались чи зникали після відходження калу та газів. При пальпації живота відмічалася стійка больова чутливість товстої кишки; у деяких хворих пальпувалася щільна та спазмована сигмоподібна кишка. З диспептичних явищ відмічались порушення апетиту, нудота, відрижка їжею чи повітрям. У всіх дітей мали місце різного ступеня ознаки хронічної інтоксикації у вигляді головного болю, підвищеної стомлюваності, дратівливості.

Серед етіологічних чинників, що сприяли розвитку ХННК, слід відмітити аліментарний: 25% дітей на першому році життя знаходились на штучному вигодовуванні (часто з періоду народженості), раннє змішане годування мало місце у 33% дітей. Серед старших дітей, крім того, в 70% випадків мало місце нераціональне вигодовування.

Суттєве місце в етіології захворювання мали також перенесені кишкові інфекції (27%) чи паразитарні захворювання та глистяні інвазії (12%). Підтвердженням ролі мікробної флори є також дисбактеріоз кишечника, що був виявлений у всіх без винятку хворих.

Діагноз ХННК встановлювався ректороманоскопічно та верифікувався гістологічним дослідженням фрагментів слизової оболонки товстої кишки.

Ендоскопічно у всіх хворих виявлено явища катарального чи катарально-фолікулярного проктосигмоїдиту. Гістологічне дослідження слизової оболонки виявило різні форми хронічного коліту: поверхневий неатрофічний коліт діагностовано лише у 13 (11,0%) хворих, початковий атрофічний – у 27 (24,0%), помірний атрофічний – у 44 (40,0%), виражений атрофічний – у 29 (25,0%). У 69 (61,0%) дітей морфологічно визначався різний ступінь активного процесу, що свідчило про морфологічне загострення захворювання.

Проведені дослідження свідчать про достатньо високу частоту ХННК у дітей. Навіть якщо припустити, що випадки неатрофічного запалення (11%) можна віднести за рахунок СРК, перевага атрофічного запалення, тобто ХННК, очевидна та статистично вагома.

ДО ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТОКСОПЛАЗМЕННОГО ІНФІКУВАННЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

І.І. РЕДЬКО, Л.С. ОВЧАРЕНКО, В.П. МЕДВЕДЄВ, Л.Є. ЖЕЛЄПОВА

Запорізька медична академія післядипломної освіти.

Запорізька клінічна дитяча лікарня № 1

ВОСТАННІ роки в Запорізькому регіоні спостерігається значний ріст частоти як природженого токсоплазмозу, так і токсоплазменого інфікування у новонароджених, що пов'язано зі зростанням інфікування жінок фертильного віку та розповсюдженням лабораторної діагностики. Перебіг природженого токсоплазмозу характеризується широким спектром клінічних форм – від тяжких, які закінчуються летально або загрожують життю, до легких, субклінічних та безсимптомних. Важливим є не тільки рання діагностика природженого токсоплазмозу, але й своєчасне констатування токсоплазменого інфікування у новонароджених, яке може маніфестувати в інфекційний процес через місяці та роки після народження дитини.

Метою даного дослідження було обґрунтування профілактичного лікування новонароджених з токсоплазменним інфікуванням.

Під спостереження знаходилось 25 дітей, які у періоді новонародженості мали клінічні прояви внутрішньоутробного інфікування та були народжені від матерів з групи ризику розвитку внутрішньоутробної інфекції, серед яких 6 жінок мали хронічний токсоплазмоз. Всім дітям в періоді новонародженості та паралельно їх матерям проводили імуноферментний метод обстеження для виявлення специфічних антитіл класу IgG та IgM до токсоплазмозу. Проводили також динамічне обстеження для оцінки зростання специфічних антитіл.

У всіх дітей в періоді новонародженості та їх матерів виявлено підвищені титри специфічних IgG за відсутності IgM, але у дітей титри IgG були на рівні материнських чи перевищували їх в 1,5-2 рази. Враховуючи, що діти мали клінічні та параклінічні прояви інфекційного процесу з ураженням гепатобіліарної системи, серця, ЦНС, сечовивідних шляхів, всі діти отримували антибактеріальну терапію широкого спектру дії. Діти (19 обстежуваних – 76%), у яких специфічні титри перевищували материнські, отримували профілактичне лікування ровамідіном протягом 2-3 тижнів. Враховуючи, що всі діти, які знаходились під спостереженням, були з групи ризику з токсоплазменого інфікування, було рекомендовано в динаміці визначити специфічні антитіла до токсоплазмозу.

Катамнез спостереження показав, що у 6 (24,0%) дітей, які не отримували профілактичного лікування ровамідіном та яким не

проводилося контрольне обстеження на специфічні антитіла до токсоплазмозу, протягом першого року життя інфікування реалізувалося в інфекційний процес у вигляді очного токсоплазмозу – 2 дитини, з переважним ураженням ЦНС (гідроцефалія, судомний синдром) – 3 дитини, та у 1 дитини спостерігалися поєднані ураження гепатобіліарної системи, серця, ЦНС, що було підтверджено імуноферментним методом діагностики (зростання титру специфічних антитіл в динаміці).

Таким чином, всі новонароджені з внутрішньоутробним токсоплазменним інфікуванням потребують профілактичного лікування ровамідіном протягом 2-3 тижнів з наступним контрольним обстеженням (імуноферментним) на специфічні антитіла до токсоплазмозу.

ЗНАЧЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ОБСТЕЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГРУПИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ

І.І. РЕДЬКО, Л.С. ОВЧАРЕНКО, Л.Є. ЖЕЛЄПОВА, Л.В. ВАСИЛЕНКО

Запорізька медична академія післядипломної освіти.

Запорізька клінічна дитяча лікарня № 1

ВСТРУКТУРІ малюкової смертності та захворюваності чільне місце належить станам перинатального періоду, серед яких провідними є природжені вади розвитку та інфекційна патологія з ураженням багатьох органів та систем. Значна питома вага при цьому припадає на патологію серцево-судинної системи. Несвоєчасна діагностика серцево-судинної патології у новонароджених призводить до пізньої госпіталізації їх до відділення патології новонароджених або до відділення грудного віку вже з серйозними порушеннями у стані здоров'я.

Метою дослідження було обґрунтування комплексного обстеження серцево-судинної системи у новонароджених групи перинатального ризику для ранньої діагностики природжених вад та інфекційного ураження серця.

Протягом 2005 року під спостереженням знаходилися 816 новонароджених групи перинатального ризику, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні патології новонароджених. Основними діагнозами при вступі до стаціонару були: неонатальна жовтяниця – 45%, внутрішньоутробна інфекція – 32%, перинатальне ураження ЦНС – 23%. Стан новонароджених оцінювали комплексно на підставі анамнестичних даних, клінічних та па-

раклінічних методів обстеження. Серед функціональних методів обстеження серцево-судинної системи застосовували: електрокардіографію, ультразвукове обстеження серця, доплерехокардіографію. Встановлено, що всі новонароджені мали зміни на електрокардіограмі, але у 45% (367) випадків мали місце значні порушення процесів метаболізму міокарда дистрофічного характеру в поєднанні з тахікардією або з пароксизмальною тахікардією (10%), що вимагало проведення ультразвукового обстеження або доплерехокардіографії. При функціональному обстеженні діагностовано наступну патологію: у 184 (50,0%) – природжені кардити, у 33 (9,0%) – природжені вади серця. Усі природжені кардити були проявами внутрішньоутробної інфекції та пов'язані з інфекцією у матері під час вагітності. За 2005 рік по відділенню патології новонароджених спостерігалось зростання природжених вад серця на 40%. Серед природжених вад серця – 2 (6%) гіпоплазії лівих відділів серця, комбінована вада (стеноз легеневої артерії, аномальний дренаж легеневи вен, великий дефект міжпередсердної перетинки) – 1 (3%), 49% – дефект міжпередсердної перетинки, 29% – дефект міжшлуночкової перетинки, поєднання дефекту міжпередсердної перетинки та дефекту міжшлуночкової перетинки – 20%. Усі вади та кардити вперше діагностовано на етапі відділення патології новонароджених, що свідчить про неповну та несвоєчасну клінічну оцінку з додатковими методами діагностики.

Таким чином, всі новонароджені потребують проведення електрокардіографії, а новонароджені з клінікою перинатальної патології – ультразвукового обстеження серця або доплерехокардіографії для ранньої діагностики природжених вад серця та природжених кардитів.

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

О.А. ЦОДІКОВА, С.С. БРИНЦОВА, Н.І. БІЛОЗОРОВА, О.О. РОЖНОВ, Н.М. ГРІДНЄВА
Харківська медична академія післядипломної освіти

ПРОБЛЕМИ педіатрії залишаються найважливішими в діяльності кожного лікаря. Тому навчання та удосконалення знань дитячих лікарів з педіатрії на етапах післядипломної освіти залишається актуальним завданням. Сучасне ж реформування медицини на сімейний напрямок ще більше підвищує значущість використання нових дидактичних методів викладання педіатрії,

тому що доводиться за короткий проміжок часу (196 учбових годин за програмою) перенавчати лікарів інших спеціальностей, які, як правило, не мають, на відміну від педіатрів, належної мотивації до навчання в силу вже сформованої у них системи медичного і соціального мислення, поглядів, рівня відповідальності тощо. Таким чином, основним фактором якісного навчання залишається мотивація до процесу засвоєння знань.

Навчальні програми та практичні навички з педіатрії, що зараз використовуються на етапі післядипломної освіти, особливо, для циклів спеціалізації сімейних лікарів, як показує практика, вимагають перебудови та удосконалення в напрямку їх відповідності до об'єму та основних видів самостійної роботи сімейного лікаря з питань педіатрії.

Цикли тематичного удосконалення з загальних питань педіатрії повинні носити характер проблемних, що скеровують лікаря для подальшого самостійного навчання. Для цього треба розробити і впровадити в учбовий процес методичні рекомендації, стандарти (алгоритми) діагностичних і лікувальних дій лікаря з усіх проблем патологічних станів у педіатрії. Треба звернути особливу увагу на питання невідкладної догоспітальної допомоги, а також на профілактичні й реабілітаційні заходи з спостереження за здоровою дитиною.

Якість засвоєння отриманого матеріалу в процесі навчання необхідно контролювати системою безперервного тестування, для чого розробити та впровадити тестові контролюючі програми різного рівня з усіх розділів педіатрії.

Поряд з цим необхідно впроваджувати в практику підвищення кваліфікації лікарів короткі монотематичні цикли (до 2-х тижнів), які у світі Болонської системи навчання зараховуватимуться в якості кредитів для наступної атестації та сертифікації педіатрів кожні п'ять років їх роботи.

Основним принципом Болонської конвенції є безперервне, цільове, закріплене навчання і тому необхідно стандартизувати методику моніторингу підвищення кваліфікації лікарів, які займаються педіатрією – цикли тематичного удосконалення, декадни з вибраних проблем дитячої патології, науково-практичні конференції, очно-заочні цикли навчання (дистанційні) та ін.

Все вищесказане дасть змогу підвищити якість післядипломної підготовки педіатрів в світлі сучасних вимог.

ЕФЕКТИВНІСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ГЕМОБЛАСТОЗАМИ ЗА ДАНИМИ КАТАМНЕЗУ

Н.В. ЛАГУНОВА, М.М. КАЛАДЗЕ, О.М. МЄЛЬЦЕВА

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

УДАНИЙ час значно розширилися показання для санаторно-курортної реабілітації дітей з онко-гематологічними захворюваннями. Санаторно-курортна реабілітація даної категорії дітей припускає зменшення поліорганичних порушень, що виникли у них в ході хвороби та внаслідок використання цитостатичної терапії, а також відновлення функції регуляторних систем. Вивчено катамнез у 69 дітей, які одержали санаторно-курортну реабілітацію із застосуванням природних чинників Євпаторійського курорту після програмної терапії з приводу гемобластозів через 1-3 роки, та 14 дітей, які три роки поспіль одержували санаторно-курортну реабілітацію після програмної терапії гемобластозів.

У катамнезі після курсу санаторно-курортної реабілітації виявлено зниження у дітей з гемобластомами в ремісії скарг астено-вегетативного характеру приблизно в 1,5-2 рази та відмічено, що діти після оздоровлення в санаторії стали менше хворіти на простудні захворювання. Так, в групі дітей з гемобластомами з одноразовою реабілітацією на курорті на ОРЗ хворіли 43 (62,3%) дитини, причому двічі перенесли ОРЗ 17 (24,6%) дітей, а тричі не хворів жоден пацієнт. Приблизно така ж картина спостерігалася і у дітей, котрі одержували реабілітацію щорічно впродовж трьох років: у них спостерігалася тенденція до зниження перенесених ОРЗ: всього ОРЗ хворіло 8 (57,1%) дітей, з них двічі за рік – 3 (21,4%). До санаторно-курортної реабілітації більше 3-х разів на рік простудними захворюваннями хворіли 67,4% дітей ($p < 0,05$). Окрім цього, ми не спостерігали погіршення в показниках периферичної крові у цих дітей. Всі величини не виходили за рамки фізіологічної норми.

Поліпшення з боку клінічної картини корелювало з адаптаційними показниками. Це підтверджувалося переважанням дітей з гармонійними реакціями: 56,5% – діти з гемобластомами після одного курсу реабілітації та 64,3% – після 3-х курсів реабілітації на курорті, а також збереженням в катамнезі тенденції до збільшення кількості дітей з оптимальною зоною адаптації серцево-судинної системи (39,1% – діти з гемобластомами з одноразовим курсом санаторно-курортної реабілітації і 50,0% – з трьома курсами санаторно-курортної реабілітації) та зменшенням кількості дітей із зоною виснаження серцево-судинної системи (24,6 і 14,3% відповідно), а також зниженням рівня адаптаційного потенціалу

(у дітей з щорічною реабілітацією впродовж трьох років цей показник статистично не відрізнявся від групи контролю, $p > 0,05$).

Окрім цього, в катамнезі у цієї категорії дітей ми спостерігали поліпшення з боку імунної системи: виявлялося достовірне підвищення абсолютних значень клітин типу CD3+, CD4+, CD8+ і CD16+, рівнів імуноглобуліну G ($p < 0,05$) та зниження спочатку високих рівнів цитокінів ФНП- α , ІФ- α і ІФ- γ ($p < 0,05$), особливо у дітей з триразовою реабілітацією на курорті.

Таким чином, вивчені катамнестичні дані дозволяють підтвердити відсутність ускладнень і рецидивів після курсу санаторно-курортної реабілітації у дітей з гемобластомами в ремісії й констатувати поліпшення показників з боку ряду функціональних систем організму цієї категорії дітей.

ДІАГНОСТИКА ХОЛЕСТАТИЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ

Н.В. ЛАГУНОВА, О.Д. ЛЕБЕДЄВА

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

УЗВ'ЯЗКУ з високою поширеністю і економічним збитком, що завдається як окремим особам, особливо, дітям, так і суспільству в цілому, хронічні вірусні гепатити (ХВГ) є серйозною проблемою для охорони здоров'я населення всього світу й України. Хронічні захворювання печінки характеризуються наявністю тривалого латентного періоду з мінімальною неспецифічною клінічною симптоматикою, що значно утруднює діагностику та призводить до повсюдного збільшення частоти даної патології, спричиняючи високий ступінь інвалідизації працездатного населення.

За захворювання печінки (зокрема, ХВГ) зумовлюють формування внутрішньопечінкового холестазу з порушенням синтезу компонентів ліпідного комплексу жовчі. При тривалому холестазі створюються умови для утворення каменів в жовчній системі й життєдіяльності бактерій, що підвищують літогенні властивості жовчі. Таким чином, холелітіаз може бути не тільки причиною, але й наслідком холестазу.

На сьогоднішній день актуально постає питання ранньої діагностики, корекції та профілактики холестатичних порушень в групі хворих дітей з дифузними захворюваннями печінки, особливо вірусної етіології. Нами було обстежено 57 дітей з ХВГ різної етіології. Діагноз встановлювався на підставі клініко-епі-

деміологічних, лабораторних даних, імунологічного обстеження (ІФА – маркери крові хронічних вірусних гепатитів В, С, Д, проведення полімеразної ланцюгової реакції (ПЦР), показників імунного статусу з фенотипуванням лімфоцитів), УЗД гепатобіліарної системи з проведенням доплерографії судин печінки і селезінки, гепатосцинтиграфії. Фаза інтеграції/реплікації підтверджувалася ПЦР до вірусу гепатиту В. Для діагностики холестатичного синдрому проводилася мікроскопія жовчі порцій В і С в прямому і поляризованому світлі в тимчасовому показнику. Ультразвукове дослідження також дозволяє одержати непряму характеристику фізичних властивостей жовчі за допомогою реєстрації порушення її гомогенності, наявність «жовчного осаду». Жовч для дослідження одержували методом прямого дуоденального зондування. Встановлено, що у 45 (78,94%) хворих дітей верифіковано холестатичний синдром, який було діагностовано на субклінічній стадії розвитку і мікроскопічно представлено порушенням процесів кристалізації жовчі (наявність в препараті аномальних кристалів моногідрату холестерину, зростання ліпідних кристалів). В ході обстеження було відмічено, що варіант вірусу хронічного вірусного захворювання печінки у дітей не впливає на тип патологічної кристалізації жовчі.

Таким чином, всім хворим в групі хронічного вірусного гепатиту з явищами холестази до складу базисної терапії для поліпшення процесів жовчовиділення й поліпшення складу жовчі необхідно включати жовчогінні засоби з обов'язковим проведенням контролю під час курсу терапії та після закінчення його: УЗ-діагностика вмісту жовчного міхура та, за можливістю й необхідністю, мікроскопія жовчі порцій В і С в поляризованому світлі, що дозволяє реєструвати зміну типу кристалізації жовчі, характеризує нормалізацію процесів жовчовиділення й поліпшує прогноз основного захворювання.

БІОПРОФІЛАКТИКА ФОРМУВАННЯ ЕКОЗАЛЕЖНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

К.Д. ДУКА, С.І. ІЛЬЧЕНКО, С.Г. ІВАНУСЬ, Ю.В. КАРАСИК
Дніпропетровська державна медична академія

НЕЗВАЖАЮЧИ на зменшення впливу промислових підприємств на стан навколишнього середовища, залишається значним зростання фонового вмісту таких пріоритетних забруднювачів повітря, як важкі метали (ВМ). Цей факт підвищує віро-

гідність впливу на дитячий організм токсичних їх концентрацій через воду, повітря, продукти харчування та може бути причиною формування низки екозалежних захворювань.

Базуючись на даних про стан забруднення Придніпровського регіону ВМ в екологічно напружених районах та в районі порівняння, проведено біомоніторинг надходження ВМ до організму дошкільнят в умовах ДДЗ.

Біомоніторинг ВМ в організмі дітей проведено в індикаторних біосубстратах – крові, сечі, волоссі, як найбільш інформативних біосередовищах для оцінки вмісту в них свинцю, кадмію, нікелю та марганцю – провідних забруднювачів довкілля промислових населених міст. Для порівняння визначали рівень облігатних (есенціальних) мікроелементів цинку, міді та заліза.

Отримані результати свідчать про те, що кров обстежених дітей містить такі метали, як Pb, Cd, Zn, Cu, Ni, Mn та Fe. Їх середні концентрації досить суттєво відрізняються одна від одної та коливаються від $0,11 \pm 0,02$ мкг/мл для Cd до $4,6 \pm 0,47$ мкг/мл для Fe. Але вміст Pb за середнім значенням становить $0,156 \pm 0,04$ мкг/мл, що на $0,56$ мкг/мл вище від біологічної норми для дітей. Це перевищення встановлено у 70% обстежених дітей і знаходиться на рівні, який викликає порушення інтелектуального розвитку дітей.

Нами розроблено й впроваджено алгоритми ефективного застосування індивідуальної біопрфілактики пектиновмісними препаратами з комплексом есенціальних мікроелементів (Zn, Se, Cu, Fe). Це сприяло запобіганню первинному всмоктуванню токсичних металів, прискоренню їх елімінації з організму та нормалізації мікроелементного складу крові та інших біосубстратів.

Слід зазначити, що тенденція до зниження концентрації свинцю в крові, посилення його елімінації через нирки відбувалась на тлі напруження порфіринового обміну, біохімічним маркером якого є активність δ -АЛК (амінолевулінової кислоти). Посилення ренальної міграції ВМ може бути, з одного боку, ефективним їх виведенням, а з іншого – недоліком цих ентерособентів, так званого «швидкого реагування», якими є пектини.

Таким чином, біопрфілактика пектиновмісними препаратами з комплексом есенціальних мікроелементів є сучасним і ефективним заходом запобігання екозалежним захворюванням, підвищення адаптивних можливостей у дітей дошкільного віку та їх реабілітації. Це зменшує можливість накопичення ВМ в організмі й запобігає їх негативному впливу на життєво важливі органи та системи. В подальшому має сенс вивчення психофізіологічних можливостей та інтелекту у дітей як екозалежних станів.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ ТА ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ У ДІТЕЙ З ХАРЧОВОЮ АЛЕРГІЄЮ

Л.С. ОВЧАРЕНКО, І.В. САМОХІН, А.О. ВЕРТЕГЕЛ, Т.Г. АНДРІЄНКО,
М.М. МІРОШНИЧЕНКО

Запорізька медична академія післядипломної освіти

МЕТОЮ дослідження було встановлення характерних для харчової алергії клініко-морфологічних особливостей перебігу патології шлунково-кишкового тракту (ШКТ) залежно від стану нейровегетативної регуляції.

Обстежено 215 дітей віком 7-12 років. З них I групу склали 65 дітей з наявністю функціональної диспепсії (ФД), II групу – 40 дітей з хронічним гастритом (ХГ) на фоні ХА, III групу – 45 дітей з ФД і IV групу – 65 дітей з ХГ без ознак харчової алергії.

В результаті дослідження встановлено, що у дітей з харчовою алергією домінуючим є функціональний характер диспепсії із втягненням до процесу дуоденогастральної «клапанної системи», на відміну від дітей без харчової алергії, у яких переважає гастроєзофагеальний рефлюкс.

При ХГ на фоні харчової алергії ендоскопічна картина слизової оболонки верхніх відділів ШКТ характеризується поверхневими змінами у вигляді еритематозного й гіпертрофічного зернистого (лімфоїдного) гастриту як результат тривалого антигенного подразнення епітеліального шару та лімфоїдної тканини шлунка з поверхні мукозального шару.

При ХГ без супутньої харчової алергії ендоскопічна картина слизової оболонки шлунка характеризується ерозійним гастритом внаслідок ушкоджувальної дії патогенних штамів *Helicobacter pylori*, колонізація якими локалізована в нижній третині шлунка.

Регенераторна здатність слизових ШКТ у дітей з харчовою алергією значною мірою залежить від вегетативної складової адаптаційних механізмів, зокрема від її здатності до формування вагоінсулярних реакцій, що забезпечують повноцінну ремісію.

Виявлені морфологічні особливості шлунка і стан вегетативного статусу у дітей з харчовою алергією визначають необхідність особливого підходу до формування профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів при функціональній диспепсії та хронічному гастриті в цій групі диспансерного спостереження.

ПРИРОДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ ЯК ПРОФІЛАКТИКА РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ

Л.С. ОВЧАРЕНКО, Т.Г. АНДРІЄНКО, А.О. ВЕРТЕГЕЛ
Запорізька медична академія післядипломної освіти

ВИВЧЕНО вплив терміну початку штучного вигодовування (ШВ) на маніфестацію харчової алергії (ХА) у дітей.

Проаналізовано дані про вигодовування 382 дітей, які народилися в період з 01.10.2002 по 01.10.2003 роки, за картками розвитку і результатами опитування матерів (анкетування). Діагноз «харчової алергії» встановлювали за наявності харчової сенсibiliзації з проявами шкірного синдрому та підтверджували шляхом визначення причиннозначущих харчових алергенів й позитивними результатами їх елімінації.

Випадки ХА зареєстровано у 64 (16,8%) дітей. При аналізі даних анкетування виявлено один випадок переведення дитини на ШВ внаслідок недотримання матір'ю гіпоалергенної дієти. Серед 64 дітей з харчовою алергією переведено на штучне вигодовування до 1 місяця 12 (18,8%) дітей, від 1 до 4 міс – 30 (46,9%), з 4 міс – 22 (34,3%); серед 318 дітей без харчової алергії переведено на штучне вигодовування до 1 міс 36 (11,4%) дітей, від 1 до 4 міс – 92 (28,7%) та з 4 міс – 190 (59,9%) дітей.

Отримані результати свідчать про зростання ризику маніфестації ХА залежно від виду вигодовування. Так, 65,7% дітей з ХА було переведено на ШВ до 4-місячного віку. В той же час, лише 40,1% дітей без ХА не отримували природного вигодовування в ці строки.

Таким чином, переведення на ШВ достовірно впливає на маніфестацію ХА у дітей на першому році життя. Істотним для запобігання (відстрокування) прояву ХА є збереження грудного вигодовування до 4-х місяців життя.

СТАН ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ

Г.С. РОМАНОВА, В.А. КЛИМЕНКО, Д.Т. ДРЕВАЛЬ, О.І. РОМАНОВА
Харківський державний медичний університет

МЕТОЮ роботи було вивчення стану імунітету у дітей віком від 1 міс до 3 років, які страждають на atopічний дерматит.

Обстежено 23 дитини в період загострення захворювання. За ступенем тяжкості atopічний дерматит у 14 пацієнтів мав легкий

перебіг, у 6 – середньої тяжкості, у 3 – тяжкий. Рівень IgE в периферичній крові у середньому в групі складав $119,9 \pm 67,3$ МО/мл, у 18 дітей був підвищеним ($p < 0,05$), що свідчить про atopічну природу захворювання, в інших пацієнтів він був у межах норми, що свідчить про псевдоалергічні реакції, або про алергічні реакції II-V типу. Рівні імуноглобулінів класів A, M, G в периферичній крові у цілому були в межах вікової норми ($p < 0,05$), однак у 2 дітей мав місце транзиторний дефіцит IgA. У більшості дітей відмічалось достовірне зниження числа CD4-лімфоцитів ($p < 0,05$) та CD8-лімфоцитів ($p < 0,05$), підвищення рівня природних кілерів (CD16-лімфоцитів, $p < 0,05$), зниження індексу CD4/CD8 ($p < 0,05$), достовірні зміни кількості В-лімфоцитів у периферичній крові були відсутні. Визначення вмісту цитокинів – IL-4 і TNF- α – було проведено у 11 пацієнтів. Середній рівень вмісту TNF- α , що продукується Т-хелперами 1 типу, не відрізнявся від показників норми, однак отримані дані не були достовірними ($p > 0,05$), водночас рівень IL-4, що продукується Т-хелперами 2 типу, був достовірно підвищеним ($p < 0,05$).

Таким чином, у обстежених дітей молодшого віку виявлено ознаки імунодефіциту, переважання реакцій Th2 типу імунної відповіді, що свідчить про домінування atopічних реакцій в патогенезі захворювання.

СТАН СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ З ЗОН ЕКОЛОГІЧНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

М.М. КАЛАДЗЕ, К.М. АБУГАЗЛЕХ, І.С. БОГАТИРЬОВА

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгіївського

БРОНХІАЛЬНА астма (БА) є однією з серйозних проблем у педіатрії, займає провідне місце у структурі алергічних захворювань дихальної системи у дітей. Це багато в чому пов'язано з екологічною кризою в багатьох регіонах України, погіршенням якості живлення, питної води, дефіцитом вітамінів, шкідливими умовами праці, широким застосуванням різних лікарських засобів, психоемоційним перевантаженням. Остеопороз – захворювання скелета, що характеризується зниженням кісткової маси та мікроструктурними ураженнями кісткової тканини, які призводять до підвищеної ламкості кістки та внаслідок цього до підвищення ризику переломів.

Проблема остеопорозу, безперечно, є актуальною для педіатрії, оскільки саме в дитячому віці відбуваються основні процеси синтезу та моделювання кісткової тканини, активне накопичення кісткової маси в період дозрівання, так зване досягнення піку кісткової маси.

Останнім часом за рубежем значного поширення набула гіпотеза, згідно з якою остеопенічний синдром у дітей і підлітків є однією з причин зростання захворюваності на остеопороз у дорослих. Вік 10-15 років учені вважають критичним для формування кісткової тканини. Порушення мінерального обміну у дітей виникають у періоди інтенсивного зростання та формування скелета: у перші роки життя, під час першого (5-7 років) та другого (11-15 років) періодів інтенсивного зростання, у період статевого дозрівання. Створення оптимальних умов для розвитку та формування кісткової тканини в дитячому віці сприяє зниженню травматичних ушкоджень кісток і є основним напрямом у профілактиці розвитку остеопорозу в майбутньому.

Проведення профілактики необхідне при багатьох захворюваннях, для яких остеопороз є вторинним: зокрема, при захворюваннях легенів, а саме БА.

Метою нашої роботи було вивчення структурно-функціональних властивостей кісткової тканини у дітей, хворих БА різного ступеня тяжкості. Було обстежено 30 дітей (хлопчиків – 13, дівчаток – 17), які вступили на санаторно-курортне лікування (санаторій «Променистий») із діагнозом БА різного ступеня тяжкості в періоді ремісії у віці від 7 до 16 років із різних областей України. 33% дітей мали БА легкого ступеня тяжкості, 67% – середнього ступеня тяжкості. Для діагностики остеопорозу проводили ультразвукову денситометрію за допомогою апарата «Achilles+» (фірма Lunar Corp., USA). Визначали: швидкість розповсюдження ультразвуку (ШПУ, м/с), широкосмугове ослаблення ультразвуку (ШОУ, Дб/МГц), індекс щільності кістки (ІЩ, %).

Остеопенічний синдром виявлено у 35% обстежених дітей. Після проведення санаторно-курортного лікування відмічалось незначне поліпшення денситометричних показників у 31% хворих, без змін – у 58%, незначне погіршення – у 11%. Діти, які хворіють на бронхіальну астму, складають групу ризику щодо розвитку остеопорозу, остеопенії та потребують постійного денситометричного контролю і проведення відповідних лікувально-профілактичних заходів. Слід рекомендувати дотримання дієти з включенням продуктів, багатих на кальцій, та прийом кальційвмісних препаратів.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, МЕШКАНЦІВ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ

Д.І. МАСЮТА, А.В. ЧУРИЛІНА, С.П. АРТЕМЕНКО, Г.М. МАНЖЕЛЄЄВ
Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

АНТРОПОГЕННЕ забруднення навколишнього середовища погіршує стан здоров'я дітей, порушуючи функціональний стан різних органів і систем, в першу чергу, центральної нервової (ЦНС) і вегетативної нервової (ВНС) систем. Ці зміни посилюються під час гострих респіраторних захворювань (ГРЗ), особливо ускладнених форм, що погіршує перебіг хвороби та порушує процеси реконвалесценції.

Методом експрес-діагностики функціонального стану організму дітей за В.Я. Уманським, який відображає адаптацію ЦНС і ВНС, проведено оцінку функціонального стану ЦНС і ВНС у 36 здорових дітей та у 117 хворих на різні форми ГРЗ дітей, мешканців великого промислового регіону Донбасу. За цією методикою до параметрів, які визначають функціональний стан ЦНС, відносяться час сенсомоторної реакції (ЧСР) і швидкість переробки інформації (ШПІ). Функціональний стан ВНС характеризується електричним опором шкіри (ЕОШ), який відображує тонуус ВНС.

Більше ніж у половині обстежених здорових дітей (63,89%), які мешкають у великому промисловому регіоні, функціональний стан нервової системи був порушеним (відмічались несприятливі функціональні стани: у 52,78% дітей – стани напруження і перенапруження та у 11,11% дітей – стан мобілізації). У 30,56% дітей відмічався стан активації і тільки у 5,56% дітей – стан тренування. У дітей з екологічно несприятливого регіону підвищувався ЕОШ до $20,1 \pm 0,7$ кОм, що свідчить про підвищення у них тонуусу парасимпатичного відділу ВНС.

Під час виникнення ГРЗ, особливо ускладнених форм, функціональний стан організму дітей погіршувався: зростала питома вага несприятливих функціональних станів до 81,05% ($p < 0,05$). У хворих дітей збільшувався ЧСР до $0,592 \pm 0,024$ с ($p < 0,01$), знизувалась ШПІ до $5,14 \pm 0,19$ біт/с ($p < 0,01$), зменшувався ЕОШ до $15,7 \pm 0,8$ кОм ($p < 0,01$). Під впливом фізичного навантаження у хворих дітей, особливо з ускладненими формами ГРЗ, відмічались незначні зміни показників нервової системи, що відображало напруження адаптаційних можливостей нервової системи. Зменшення ЧСР (Δ ЧСР) у хворих з ускладненими формами ГРЗ складало $0,009 \pm 0,004$ с порівняно з $-0,022 \pm 0,006$ с ($p < 0,2$) серед здорових дітей, Δ ШПІ складало $+0,11 \pm 0,03$ біт/с і $+0,24 \pm 0,04$ біт/с ($p < 0,05$) відповідно, Δ ЕОШ $-1,0 \pm 0,6$ кОм і $-3,9 \pm 0,4$ кОм ($p < 0,01$) відповідно.

Вихідний вегетативний тонуус справляв деякий вплив на ступінь напруження ЦНС і ВНС у дітей з ускладненими формами ГРЗ. Серед ваготоніків переважали діти зі сприятливими функціональними станами організму (71,4% дітей, $p < 0,001$). Серед симпатикотоніків переважали діти з несприятливими станами (78,0% дітей, $p < 0,001$). Серед евтоніків діти з несприятливими та сприятливими станами зустрічались приблизно з однаковою частотою. Фізіологічні показники значніше були змінені у симпатикотоніків з ускладненими формами ГРЗ.

Таким чином, антропогенне забруднення навколишнього середовища призводить до напруження ЦНС і ВНС навіть у здорових дітей, які мешкають у великому промисловому регіоні. Під час виникнення ГРЗ, особливо ускладнених форм, функціональний стан організму погіршується, і ступінь напруження зростає. Це вимагає призначення засобів, які поліпшують адаптаційні можливості нервової системи.

ПОРУШЕННЯ ТА КОРЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ВЕЛИКОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ І УРАЖЕНІ ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Д.І. МАСЮТА, А.В. ЧУРИЛІНА, Г.М. МАНЖЕЛЄЄВ
Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

НА СТАН здоров'я дітей, які мешкають у великому промисловому регіоні, впливає антропогенне забруднення навколишнього середовища. Це порушує функціональний стан різних органів і систем, в першу чергу, центральної нервової (ЦНС) і вегетативної нервової (ВНС) систем. Такі зміни посилюються під час гострих респіраторних захворювань (ГРЗ), особливо ускладнених форм, що погіршує перебіг хвороби та порушує процеси реконвалесценції.

У 36 здорових дітей та у 117 хворих на різні форми ГРЗ дітей, мешканців великого промислового регіону Донбасу, проведено оцінку функціонального стану ЦНС і ВНС методом експрес-діагностики функціонального стану організму дітей за В.Я. Уманським, який відображає адаптацію ЦНС і ВНС. За цією методикою до параметрів, які визначають функціональний стан ЦНС, відносяться час сенсомоторної реакції (ЧСР) і швидкість переробки інформації (ШПІ). Функціональний стан ВНС характеризується електричним опором шкіри (ЕОШ), який відображує

тонус ВНС. За динамікою цих показників після фізичного навантаження визначаються декілька ступенів напруження нервової системи: сприятливі (тренування й адаптація) та несприятливі (мобілізація, напруження і перенапруження).

Під час виникнення ГРЗ, особливо ускладнених форм, функціональний стан організму дітей погіршувався: зростала питома вага несприятливих функціональних станів до 81,1% ($p < 0,05$). У 61,1% дітей відмічались стани напруження й перенапруження, у 20,0% – стан мобілізації. Тільки у 14,7% хворих дітей відмічався сприятливий стан активації та у 4,2% хворих – стан тренування. У хворих дітей збільшувався ЧСР до $0,592 \pm 0,024$ с ($p < 0,01$), знижувалась ШПІ до $5,14 \pm 0,19$ біт/с ($p < 0,01$), зменшувався ЕОШ до $15,7 \pm 0,8$ кОм ($p < 0,01$).

Для корекції виявлених порушень функціонального стану нервової системи у 50 дітей до комплексу терапії ускладнених форм ГРЗ було включено настоянку женьшеню, яка призначалась дозою відповідно до віку протягом 3-4 тижнів. 45 дітей отримували традиційну терапію і складали контрольну групу. Терапія із застосуванням адаптогену сприяла поліпшенню функціонального стану нервової системи. У 60,0% дітей, які отримували настоянку женьшеню, вже на 10-14-й день відмічались сприятливі функціональні стани тренування й активації (в контролі – у 42,2% дітей, $p < 0,1$). У цих дітей скорочувався ЧСР до $0,463 \pm 0,015$ с (в контролі – $0,505 \pm 0,016$ с, $p < 0,1$), зростала ШПІ до $6,44 \pm 0,20$ біт/с (в контролі – $5,98 \pm 0,15$ біт/с, $p < 0,1$). Під впливом фізичного навантаження у дітей, які отримували адаптоген, відмічались значніші зміни цих показників порівняно з дітьми контрольної групи. Δ ЧСР складало $-0,016 \pm 0,004$ с та $-0,004 \pm 0,003$ с ($p < 0,05$) відповідно, Δ ШПІ – $+0,25 \pm 0,06$ біт/с і $0,09 \pm 0,05$ біт/с ($p < 0,05$) відповідно.

Таким чином, до комплексу терапії дітей з різними формами ГРЗ, мешканців великого промислового регіону, необхідно включати засоби, які поліпшують функціональний стан нервової системи.

БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ МЕТАБОЛІЗМУ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАСТИЧНИМИ КАРДІОПАТІЯМИ

А.В. ЧУРИЛІНА, О.М. МОСКАЛЮК

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ДИСПЛАЗІЯ сполучної тканини – це порушення сполучної тканини в ембріональному та постнатальному періодах внаслідок зміненого фібрилогенезу, що має різноманітні фенотипові прояви,

характеризується особливостями метаболізму та може бути фоном для формування захворювань різних органів. Найбільшої актуальності нині набув недиференційований синдром дисплазії сполучної тканини внаслідок поширеності, особливостей перебігу й різноманітності клінічних ознак. Проявом недиференційованого синдрому дисплазії сполучної тканини є синдром дисплазії сполучної тканини серця. Саме малі структурні аномалії серця складають основу диспластичних кардіопатій, серед яких найчастіше зустрічається пролапс мітрального клапана.

Сполучна тканина – це складна багатоконпонентна система з напруженим метаболізмом. Значна роль у фібрилогенезі належить амінокислотам та їх похідним, насамперед – оксипроліну, який вважається маркером катаболізму колагену. Про катаболізм міжклітинної речовини сполучної тканини свідчить добова екскреція глікозаміногліканів з сечею.

Метою дослідження було вивчення метаболізму сполучної тканини у дітей з недиференційованим синдромом дисплазії сполучної тканини, які мали пролапс мітрального клапана. Обстежено 29 дітей віком від 10 до 16 років з цією патологією, серед яких незначно більше було хлопчиків (51,7%). Всі хворі мали різноманітні фенотипові прояви дисплазії сполучної тканини, як зовнішні, так і вісцеральні. У 15 (51,7%) обстежених виявлено 5 і більше клінічних маркерів дисплазії сполучної тканини. При вивченні спектру амінокислот виявлено значні його порушення. Так, добова екскреція проліну з сечею була змінена у всіх хворих: у 23 (79,3%) дітей вона була зниженою, у 6 (20,7%) – підвищеною. Добова екскреція оксипроліну з сечею була нормальною тільки у 9 (31,0%) обстежених, у 20 (69,0%) вона була зниженою. 18 (62,1%) хворих мали підвищену добову екскрецію амінокислот усєї транспортної системи (аргініну, орнітину, лізину, цистеїну); 9 (31,0%) дітей – аланіну, феніланіну, триптофану; 6 (20,7%) – серину, треоніну, аспарагінової та глютамінової кислот. Добова екскреція глікозаміногліканів з сечею також була зміненою у більшості хворих: у 18 (62,1%) дітей вона була зниженою.

Таким чином, у дітей з недиференційованим синдромом дисплазії сполучної тканини, які мають генералізовані клінічні прояви дисплазії сполучної тканини, у тому числі й пролапс мітрального клапана, виявлено значні порушення метаболізму сполучної тканини, які свідчать про нестабільність колагенових структур та порушення функцій фібробластів. Це треба враховувати при диспансерному спостереженні за цим контингентом хворих.

ПЕРЕБІГ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ У ДІТЕЙ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

А.В. ЧУРИЛІНА, Д.І. МАСЮТА, С.П. АРТЕМЕНКО І.В. ДЕГОНСЬКА, М.А. МАЦІНІНА
Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ФОРМУВАННЯ пролапсу мітрального клапана має генетичну основу і може бути пов'язане як з природженими мікроаномаліями архітектури стулок, хорд і атріовентрикулярного кільця, так і з первинним дефектом сполучнотканинного апарата мітрального клапана. Одним із чинників дисплазії сполучної тканини є вплив несприятливих факторів в антенатальному періоді у дітей з пролапсом мітрального клапана.

У 194 дітей з пролапсом мітрального клапана I-II ступеня при проведенні аналізу анамнестичних даних встановлено, що спадковість й перебіг антенатального періоду у пацієнтів з пролапсом мітрального клапана мали низку відмінностей. У батьків дітей з пролапсом мітрального клапана частіше, ніж у популяції, зустрічались захворювання серцево-судинної системи (у 70,1% дітей), соматичні захворювання, такі як гастрит, холецистит, пієлонефрит та ін. (у 61,9% дітей), алергічні захворювання (у 52,6% дітей). Це може свідчити про наявність у більшості дітей з пролапсом мітрального клапана несприятливих антенатальних впливів на плід через гіпоксію, метаболічні, гормональні та інші порушення, які відмічались у матерів дітей з пролапсом мітрального клапана. У 81,4% дітей з пролапсом мітрального клапана в антенатальному періоді виявлено вплив несприятливих факторів: гестозу першої та другої половин вагітності, загрози переривання вагітності, анемії у матері під час вагітності. Частота внутрішньоутробної гіпоксії, асфіксії в пологах, затримки внутрішньоутробного розвитку у дітей з різним ступенем пролапсу мітрального клапана відрізнялась мало. Захворювання, що супроводжуються значними порушеннями обміну речовин та найістотніше негативно впливають на дозрівання окремих тканинних структур, становлення вегетативної нервової системи, у дітей з пролапсом мітрального клапана зустрічались досить часто. У ранньому віці у кожній третій дитині з пролапсом мітрального клапана відмічались прояви атопічного дерматиту (у 38,1% дітей). Рахіт, гіпотрофія, анемія на першому році життя виявлялись відповідно у 21,6, 16,0 та 16,5% дітей.

Таким чином, анамнез дітей з пролапсом мітрального клапана характеризується частішим виявленням захворювань серцево-судинної системи у батьків, частішим розвитком гестозу в першій і другій половинах вагітності у матері, наявності затримки внутрішньоутробного розвитку, внутрішньоутробної гіпоксії й асфіксії в пологах, значнішою захворюваністю в перші роки життя.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Л.В. ВАЩЕНКО, Н.П. ТКАЧЕНКО
Дніпропетровська державна медична академія.
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Дніпропетровськ

МЕТОЮ дослідження було вивчення особливостей функціонального стану вегетативної, центральної нервової системи, індивідуально-типологічних властивостей особи у дітей з бронхіальною астмою різного ступеня тяжкості та характеру супутньої патології у цього контингенту дітей.

На I етапі дослідження проведено ретроспективний аналіз 101 історії хвороби дітей з БА (22 з легкою персистуючою – I група та 79 з тяжкою – II група) віком 2-17 років (68 хлопчиків та 33 дівчинки), що знаходилися на обстеженні та лікуванні у пульмонологічному відділенні обласної дитячої лікарні м. Дніпропетровська протягом 2005 року. На II етапі роботи обстежено 50 дітей з БА у післянападному періоді та 32 здорові дитини відповідного віку з аналізом загальноклінічних даних, електроенцефалографії (ЕЕГ), електрокардіографії (ЕКГ), кардіоінтервалографії (КІГ) з кліноортоостатичною пробою (КОП) та проведенням психологічного тестування за методиками Айзенка та Леонгарда-Шмишека.

За даними I етапу БА частіше виявлялася у хлопчиків обох груп (77,3 та 64,6%), з тяжким перебігом переважно у віці 14-17 років. У дівчаток тяжкі форми частіше зустрічались у віці 6-9 років (39,3%).

Спадковість за алергічними захворюваннями також в 2,5 рази частіше була обтяжена у дітей II групи. В анамнезі у більшості дітей обох груп реєструвалися часті обструктивні бронхіти у ранньому віці, алергічний дерматит. Супутня патологія достовірно частіше реєструвалася у дітей II групи. Частіше виявлялася ЛОР-патологія (75,9%), алергічний риніт (45,6%), поліноз (41,8%), сенсibiliзація до побутових алергенів (54,4%). У 39% дітей з тяжкою БА виявлено полівалентну сенсibiliзацію, функціональні порушення з боку шлунково-кишкового тракту (22,8%) та нервової системи (26,6%).

На II етапі дослідження у дітей з БА виявлено різноманітні порушення в психоемоційній сфері, а також патологічні зміни на ЕЕГ залежно від ступеня тяжкості БА. Найбільш виражені ЕЕГ-зміни відмічались у дітей з тяжкою персистуючою БА із давністю хвороби більше 6 років, у дітей інтравертів із високим ступенем емоційної нестійкості. При аналізі КІГ з КОП виявлено зниження функціональних резервів у більшості дітей з тяжкою

БА із статистично достовірною різницею із групою здорових дітей та І групою ($p < 0,05$).

Таким чином, тяжка бронхіальна астма частіше розвивається у хлопчиків підліткового віку, котрі мають в анамнезі обструктивний бронхіт у грудному чи ранньому дитячому віці, з обтяженим спадковим анамнезом, із супутніми алергічними захворюваннями, полівалентною сенсibiliзацією. Виявлені порушення в психоемоційній сфері у дітей з бронхіальною астмою, їх взаємозв'язок з патологічними змінами на ЕЕГ, а також особливості вегетативного статусу залежать від ступеня тяжкості бронхіальної астми, що необхідно враховувати при проведенні базисної терапії.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРВІ З СТЕНОЗУЮЧИМ ЛАРИНГОТРАХЕЇТОМ У ДІТЕЙ

Н.П. КУЧЕРЕНКО, А.І. БОБРОВИЦЬКА, Т.Л. ТИЧИНСЬКА
Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ на респіраторні інфекції в останні роки має тенденцію до збільшення. Численними спостереженнями доведено здатність вірусів викликати захворювання органів дихання будь-якого ступеня тяжкості – від легкого ГРЗ до тяжких невідкладних станів, одним з яких є стенозуючий ларинготрахеїт (СЛ). Найчастіше СЛ реєструється у дітей раннього віку (до 3-х років). Збудниками ГРВІ, які супроводжуються СЛ, можуть бути віруси грипу, парагрипу, респіраторно-синцитіальний (РС) та аденовіруси, а також їх асоціації.

Метою роботи було вивчення клініко-лабораторних особливостей ГРВІ з синдромом СЛ різної етіології.

Під спостереженням перебувало 149 дітей віком від 6 місяців до 3-х років, які знаходились на лікуванні у 4-му відділенні клінічної лікарні м. Донецька. В цілому, в етіології ГРВІ з синдромом СЛ беруть участь всі відомі респіраторні віруси, але ж у всіх вікових групах домінувала наявність вірусу парагрипу. Крім того, у виникненні цього захворювання брали участь адено- і РС-віруси та віруси грипу (в період епідемічного спалаху). Встановлено, що СЛ реєструвались частіше у хлопчиків (77,4%) та у віці від 1,5 до 3-х років.

Детальне вивчення початкового періоду хвороби показало, що у більшості дітей СЛ при грипі починався раптово на фоні сильно вираженої інтоксикації та високої температури тіла $>39^{\circ}\text{C}$ (84,6% випадків) в поєднанні зі скудними з 2-го дня хвороби катаральним синдромом у носоглотці та слабкими ексудативними явищами (91,5%).

При парагрипі стеноз гортані розвивався також раптово, але частіше на фоні повного здоров'я, вночі, починався з грубого «гавкаючого» кашлю (68,7% випадків). У 31,3% дітей стеноз розвивався в перші 2 дні хвороби при наявності клінічних ознак інфекції в поєднанні з помірно або слабо вираженими симптомами інтоксикації (87,2%) та вираженими з першого дня хвороби катарального синдрому у носоглотці (73,4%).

При РСВ та аденовірусній інфекції стеноз гортані розвивався більш поступово як у перші два дні хвороби, так і на більш пізніх термінах (3-5 доба). Але при РСВ інфекції це було в поєднанні з слабо вираженим синдромом інтоксикації (86,4%) та поступовим наростанням катарального синдрому у носоглотці (71,3%), тоді як при аденовірусній інфекції – більш вираженим синдромом інтоксикації (86,5%), яскравим катаральним синдромом у носоглотці та сильно вираженими з першого дня хвороби явищами ексудативного запалення.

Інтоксикація та катаральний синдром були менш тривалими при парагрипі ($3,66 \pm 0,17$ та $6,61 \pm 0,25$ дня відповідно). При інших інфекціях інтоксикація зберігалась протягом $4,67 \pm 0,28 - 5,34 \pm 0,24$ дня. Катаральний синдром у носоглотці був більш тривалим при РСВ та аденовірусній інфекції ($9,17 \pm 0,32$ та $8,14 \pm 0,35$ дня відповідно). Стенотичне дихання зберігалось триваліше при РСВ інфекції ($3,04 \pm 0,14$ дня) та характеризувалось не лише утрудненим вдихом, але й видихом. Осиплість голосу зберігалась триваліше при парагрипі ($3,54 \pm 0,19$ дня). Трансформація сухого «гавкаючого» кашлю у вологий відбувалась швидше при аденовірусній інфекції ($2,97 \pm 0,15$ дня), в той час як при інших інфекціях первинний характер кашлю зберігався протягом більш тривалого часу ($3,6 \pm 0,17 - 3,45 \pm 0,16$ дня).

Затяжні форми хвороби були частішими при аденовірусній інфекції.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, ВИКЛИКАНИХ УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ БАКТЕРІЯМИ, У ДІТЕЙ

Н.П. КУЧЕРЕНКО, А.І. БОБРОВИЦЬКА, Н.П. ШОВКУН, І.В. ЛІННИК
Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ЗНАЧЕННЯ гострих кишкових інфекцій (ГКІ), викликаних умовно-патогенними бактеріями (УПБ), зумовлено високою питомою вагою їх у структурі гострих кишкових захворювань у дітей. Труднощі їх етіологічної діагностики пов'язані з широким

виділенням різноманітних УПБ у дітей при бактеріальних та вірусних кишкових інфекціях. На жаль, якого-небудь надійного лабораторного методу, який би доцільно довів роль виділених УПБ як етіологічного фактора кишкових розладів у даного хворого, у розпорядженні клініцистів поки що немає. Ось чому постановка діагнозу ГКІ, викликаних УПБ (ГКІ-УПБ), крім громіздких лабораторних методів дослідження, вимагає аналізу великого обсягу клінічних, епідеміологічних та анамнестичних даних.

Метою дослідження було уточнення критеріїв діагностики ГКІ, викликаних умовно-патогенними бактеріями, у дітей.

Під спостереженням знаходилося 286 дітей першого року життя, які були на лікуванні у 2-му відділенні клінічної лікарні м. Донецька з ентероколітами, викликаними умовно-патогенними бактеріями. Було виділено різноманітні мікроорганізми або їх поєднання: клебсієли (45), протей (27), золотистий стафілокок (58), цитробактер (12), синьогнійна паличка (23); клебсієла + стафілокок, клебсієла + протей та інші поєднання. У всіх дітей з ГКІ-УПБ за допомогою бактеріологічного та серологічного методів дослідження, а також з урахуванням клінічних даних було виявлено шигельози, сальмонельози, ешерихіози.

Спектр УПБ, які викликали ГКІ, був досить широким, але також різноманітним було виділення УПБ і при шигельозах, сальмонельозах, ешерихіозах. Однак динаміка виділення УПБ з кишечника у хворих була різноманітною залежно від того, чи був даний мікроорганізм збудником чи виділявся на фоні ГКІ як супутня мікрофлора. Так, при обстеженні 160 дітей з ГКІ-УПБ частота виділення збудника з фекалій в динаміці хвороби поступово зменшувалась і становила на 3, 5 та 7-й дні хвороби відповідно 80,0, 69,2 та 45,5%, а на 17, 19, та 21-й дні – 40,0, 33,3 та 25,0%. Вивчення ж частоти виділення УПБ в динаміці шигельозу у 54 хворих показало, що вона постійно наростала від 19,4% на 3-й день хвороби до 77,7% на 21-й день. В той же час частота виділення з фекалій шигел у цих дітей знижувалась від 90,2% на 3-й день хвороби до КАКООЕ ЧИСЛО на 19-й день. Співвідношення частоти виділення мікроорганізмів у дітей при шигельозах (шигели та УПБ) є не випадковим, що підтверджується високим значенням коефіцієнта кореляції ($r = -0,903$) цих показників. Описана картина свідчить про заповнення екологічної ніші в товстій кишці УПБ в міру зникнення патогенних мікробів в процесі вилікування від шигельозу.

Серологічні дослідження крові з автоштамами виділених з фекалій збудників проведено у 84 дітей з ГКІ-УПБ на 1-му тижні хвороби і не виявили підвищення титрів антитіл у 34,9% хворих;

у 48,2% дітей відмічено незначне підвищення титрів (1:200–1:400) і лише у 17,6% – помірно та значно підвищені титри антитіл (1:800–1:3200). На 2-му тижні хвороби у цих хворих виявлено достовірне підвищення частоти помірно та значно підвищених титрів антитіл ($47,0 \pm 4,9\%$; $p < 0,05$).

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОРУ У ДІТЕЙ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

А.І. БОБРОВИЦЬКА, Т.А. БІЛОМЕРЯ, Н.П. КУЧЕРЕНКО, Л.І. БАТЕХІНА,
Г.М. КОЛОМІЙЦЕВА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ВСУЧАСНИХ умовах кір, як вірусний процес, зберігає свою типову клінічну характеристику і становить загрозу розвитку тяжких специфічних та неспецифічних ускладнень.

Метою роботи була оцінка імунологічного стану організму у дітей з ВІЛ-інфекцією, хворих на кір. Під спостереженням знаходилося 82 дитини з ВІЛ-інфекцією віком від 6 місяців до 7 років (хворих на кір – 32, контактних – 50). Дітей першого року життя було 23,1%, від 1-го року до 3-х – 42,6%, старших 3-х років – 34,3%. Діти, щеплені проти кору, склали 20,7%, з них у 1997-2001 роках щеплено 9,8%, у 2004 р. – 10,9%. Вивчення клінічного перебігу у хворих на кір (32 дитини) дозволило встановити чітке збереження циклічності перебігу хвороби з притаманними кожному періоду симптомами та закономірностями розвитку клінічних проявів. Аналіз симптомів катарального періоду кору виявив у всіх дітей наявність помірно виражених кашлю, кон'юнктивіту і риніту. Виділення гнійного характеру із носа мали місце тільки у 9,3% дітей, що, певно, свідчило про загострення хронічного процесу.

Незважаючи на лікування зберігалися основні, характерні для кору закономірності – поєднання синдромів катарального запалення та інтоксикації з неухильним прогресуванням. Період висипання характеризувався появою висипу на тлі максимального виражених симптомів інтоксикації та катаральних явищ. У 21,8% дітей внаслідок ураження гортані кашель набував грубого, лаючого характеру, а у 6,2% хворих відмічалася утруднене стенохричне дихання. Зміни з боку серцево-судинної системи у вигляді тахікардії, зниження артеріального тиску, приглушення тонів серця, аритмії відмічалися у 43,7% дітей. Висип розповсюджувався протягом $3,0 \pm 0,6$ дня та характеризувався типовими особливостями, найбільш важливою з яких була етапність появи

елементів. За морфологією елементи висипу були частіше плямисто-папульозними на тлі «мармурових» шкірних покривів, неправильної форми. На 3-й день періоду висипання елементи етапно переходили в пігментацію, яка повністю зникла на $7,2 \pm 2,1$ дня. Ця особливість динаміки змін корового висипу надавала суттєву допомогу при проведенні диференціальної діагностики з іншими екзантемами інфекційного та неінфекційного характеру. У 3,1% дітей відмічалася герпетичні висипи на губах, геморагічні елементи на місцях вдавнення – у 9,3%, еритема розміром 10-15 см – у 6,2%, поширена гіперемія обличчя – у 12,5% та набряк Квінке – у 3,1%. Легка форма хвороби спостерігалася у 46,8% дітей, середньотяжка – у 50,1%, тяжка – у 3,1%. Гемограма у всіх хворих на кір дітей характеризувалася наявністю анемії – кількість еритроцитів складала $3,4 \pm 1,2 \times 10^{12}$ г/л, гемоглобін – $82,4 \pm 4,7$ г/л; лейкопенію: загальна кількість лейкоцитів $3,7 \pm 1,7 \times 10^9$ г/л, паличкоядерних – $5,2 \pm 0,3\%$, сегментоядерних – $48,4 \pm 0,9\%$, лімфоцитів – $37,2 \pm 3,7\%$, моноцитів – $4,7 \pm 0,4\%$, еозинофілів – $2,5 \pm 0,6\%$, ШОЕ – $17,8 \pm 2,6$ мм/год. Навантажувальний еритроцитарний коефіцієнт (НЕК) складав $2,01 \pm 0,5$, клітинно-фагоцитарний потенціал (КФП) – $1575,6 \pm 16,2$, імунолімфоцитарний потенціал (ІЛП) – $1005,4 \pm 23,6$, алергічна настроєність організму (АНО) – $675,0 \pm 12,6$ та були підвищеними в 4,0, 3,3, 1,6 та 2,0 рази відповідно порівняно зі здоровими дітьми (НЕК – $0,5 \pm 0,05$, КФП – $471,9 \pm 12,5$, ІЛП – $618,0 \pm 17,8$ та АНО – $337,0 \pm 14,9$). Ці показники дозволили судити про ступінь активності запального процесу та необхідність протизапальної терапії – НЕК, вираженість ризику прориву бар'єра на шляху інфекції – КФП, здатність організму відповідати на антигенне подразнення – ІЛП, ступінь сенсibiliзації організму – АНО, які були підвищеними у всіх дітей.

РОТАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ У ДІТЕЙ

Н.П. КУЧЕРЕНКО, А.І. БОБРОВИЦЬКА, Н.П. ШОВКУН, І.В. ЛІННИК, К.П. БЕЗНОС
Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ГОСТРІ кишкові інфекції становлять одну з найбільш актуальних проблем в педіатричній практиці, що зумовлено їх значною поширеністю, частим розвитком тяжких форм та високою летальністю, особливо серед дітей раннього віку. В останні роки до 50-80% випадків гострі кишкові інфекції у дітей пов'язують з вірусним ураженням. Провідна роль у розвитку вірусних діарей належить ротавірусам.

Метою роботи було з'ясування особливостей перебігу ротавірусної інфекції у дітей.

Під спостереженням перебувало 38 дітей віком від 4 місяців до 7 років, які знаходились на лікуванні у 2-му відділенні клінічної лікарні м. Донецька.

Аналіз клінічних особливостей хвороби дозволив виділити наступні характерні симптоми ротавірусної інфекції: загальноінфекційний синдром, який проявлявся лихоманкою, інтоксикацією (зниження апетиту, сонливість, млявість, гіподинамія), синдромом гастроентериту (блювання, біль в животі, метеоризм, бурчання в животі, стілець водянистий з невеликою кількістю слизу, пінистий з різким запахом), симптоми катарального запалення з боку верхніх дихальних шляхів (гіперемія слизової оболонки зів та її зернистість, риніт). Ротавірусний гастроентерит, як правило, починався з появи слизових виділень з носа, гіперемії слизової оболонки зів, покашлювання. Катаральні явища зустрічалися у 32 (85,4%) дітей, виникали за 1-2 дні до появи симптомів гастроентериту і продовжувались протягом 3-4 днів. Підвищення температури тіла відмічалось з перших днів хвороби практично у всіх хворих (97,6%) та реєструвались протягом 3-5 днів. У 74,8% хворих лихоманка не перевищувала $38,5^{\circ}\text{C}$. У більшості хворих (94,9%) були виражені симптоми інтоксикації, які наростали з приєднанням діарейного синдрому та блювоти. Відмічалась сонливість, зниження апетиту, гіподинамія у перші дні захворювання. Блювання були повторними, рясними та реєструвались протягом 2-3 днів у 78,9% хворих. Перед появою водянистого, рясного стільця та в перший день діареї 15,7% дітей скаржились на дифузний, неінтенсивний біль у животі та, в основному, при пальпації. Для ротавірусного гастроентериту характерними були метеоризм, грубе бурчання, більше в проекції сліпої кишки (у 52,9% дітей). Живіт був м'яким, рівномірно здутим у всіх дітях. Частота стільця коливалась від 3-4 разів на добу (у 7,6% дітей) до 15-20 разів (у 27,1% хворих). Стілець був водянистим, пінистим, рясним, жовтого або жовто-зеленуватого кольору з різким запахом. Водянистий характер стільця відмічався протягом $2,8 \pm 0,2$ дня, потім стілець набував калового характеру, а оформленим був через $5,7 \pm 0,3$ дня. На фоні вираженої діареї та повторного блювання у 32 (85,4%) хворих відмічався розвиток зневоднення I та II ступенів.

В гострому періоді гастроентериту показники гемограми характеризувались збільшенням кількості лімфоцитів по відношенню до нейтрофільних лейкоцитів (3:1). Помірне збільшення паличкоядерних лейкоцитів було виявлено у 31,5% хворих. На 7-10-й день хвороби спостерігався ріст кількості еозинофілів (у 2-3 рази), показники лейкоцитарної формули знаходились в межах вікової норми.

При копрологічному обстеженні в гострому періоді хвороби у всіх дітей було виявлено характерні ознаки гастроентериту: збільшення кількості лейкоцитів (у 68,1% дітей до 20-25 у полі зору), але багато перетравленої клітковини, зерен крохмалю, незмінених м'язових волокон.

Перебіг ротавірусної інфекції характеризувався переважним розвитком середньотяжких форм (69,4%), а тривалість стаціонарного лікування становила $9,2 \pm 0,2$ дня.

РІЗНІ ВАРІАНТИ СПАДКОВСТІ ЗА СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ У ДІТЕЙ З ОЗНАКАМИ СИНДРОМУ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Л.В. РУССУ, І.Л. БАБІЙ, Н.О. НІКІТІНА
Одеський державний медичний університет

ІСНУЮТЬ дані, що свідчать про взаємозв'язок між синдромом дисплазії сполучної тканини та серцево-судинними захворюваннями. Найбільш потужним фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань є успадкована схильність до них, яка чітко простежується при артеріальній гіпертензії, ішемічній хворобі серця та цукровому діабеті.

Мета дослідження – аналіз частоти успадкованої схильності до серцево-судинних захворювань у хлопців-підлітків із синдромом дисплазії сполучної тканини.

Було обстежено 27 хлопчиків віком 11-18 років із синдромом дисплазії сполучної тканини. У кожного з пацієнтів було виявлено 3 та більше маркерів синдрому дисплазії сполучної тканини. Вважали позитивною успадковану схильність до серцево-судинних захворювань за наявності родича першого ступеня спорідненості з артеріальною гіпертензією, ішемічною хворобою серця і цукровим діабетом, які було діагностовано у віці до 45 років, або родича, який помер від інсульту або інфаркту міокарда у віці до 55 років.

У 17 підлітків із синдромом дисплазії сполучної тканини виявлено позитивну спадковість за серцево-судинними захворюваннями, серед них у 11 (64,7%) було виявлено сімейний анамнез; у 12 (70,6%) хлопців – спадковість за артеріальною гіпертензією, у 10 (58,8%) – за ішемічною хворобою серця, у 4 (23,5%) – спадковість за цукровим діабетом, у 10 (58,8%) – поєднання спадковості за двома і більше серцево-судинними захворюваннями. Серед підлітків із синдромом дисплазії сполучної тканини без успадкованої схильності до серцево-судинних захворювань у 4 (40,0%) діагнос-

товано нейроциркуляторну дистонію гіпертензивного типу. Серед хлопчиків з успадкованою схильністю до артеріальної гіпертензії та цукрового діабету нейроциркуляторну дистонію гіпертензивного типу виявлено у 9 (52,9%), серед підлітків зі схильністю до ішемічної хвороби серця і цукрового діабету – нейроциркуляторну дистонію кардіального типу у 8 (47,1%).

Серед обстежених із синдромом дисплазії сполучної тканини виділено дві групи пацієнтів: із успадкованою схильністю до серцево-судинних захворювань (63,0%) та без неї (37,0%), тобто синдром дисплазії сполучної тканини частіше асоціюється з успадкованою схильністю до серцево-судинних захворювань. У хлопців із успадкованою схильністю нейроциркуляторна дистонія кардіального та гіпертензивного типів діагностується частіше, ніж у підлітків без успадкованої схильності.

Перспективним є динамічне спостереження за пацієнтами з синдромом дисплазії сполучної тканини для визначення прогностичної значущості виявлених змін та розробка заходів профілактики розвитку артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця у молодому віці.

НЕГАТИВНИЙ ПСИХОЛОГІЧНИЙ КЛІМАТ В СІМ'Ї ЯК ОСНОВА ПОРУШЕНЬ ЗДОРОВ'Я ТА ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

Г.П. МОЗГОВА*, Г.В. БЕКЕТОВА

*Український НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології.
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

ЗДОРОВ'Я дитини характеризується як стан її життєдіяльності, що відповідає біологічному віку, гармонійній єдності фізичних та інтелектуальних характеристик, а також адекватному формуванню адаптаційних і компенсаторних можливостей дитячого організму в процесі його росту.

На сьогодні неможливо зрозуміти й визначити якість здоров'я окремо від його соціального стану, конкретного середовища та місця проживання. Вплив цих факторів протягом життя змінюється. Так, в перші місяці життя дитини переважають біологічні фактори. А в наступні вікові періоди – соціально-гігієнічні та медико-організаційні. Вплив біологічних і соціально-гігієнічних факторів на процес формування здоров'я дитини, в основному, залишається на рівні сім'ї. Для того щоб формування здоров'я було повноцінним, діти повинні жити й виховуватися в умовах нормальної сім'ї. Потрібні відповідні соціально-економічні й

культурні умови, а найголовніше – люди, які відповідають такому поняттю, як «усвідомлене батьківство».

Усвідомлене батьківство – це сукупність батьківських якостей, почуттів, знань і навичок, які відносяться до виховання та розвитку дітей з метою забезпечення процесу формування їх як здорової та зрілої особистості. Особистісна зрілість кожного із батьків є основою партнерського шлюбу з формуванням нормального, позитивного, психологічного клімату в сім'ї, народженням бажаних дітей.

При наявності психологічних проблем у батьків (інфантилізм, егоцентризм) формується так званий непартнерський або невротичний шлюб, в якому народжуються «небажані» (випадкові, маніпулятивні, нелюбимі, відторгнуті) діти. В цих випадках негативний психологічний клімат в сім'ї призводить до проблем як психічного, так і фізичного здоров'я, негативних життєвих подій та нещасливої долі всіх членів сім'ї. Так, відсутність адекватної уваги з боку батьків призводить до: 1) недорозвитку фізичних і психічних механізмів адаптації (імунітет, контроль емоційного реагування, здатність переносити амбівалентність; 2) вегетативних дисфункцій, як прояву хронічних негативних емоцій та спроби звернути на себе увагу; 3) психосоматичних порушень та розладів.

Відсутність адекватної уваги та розуміння, постійне ігнорування особистості дитини, її потреб спричиняють порушення поведінки, проблеми емоційно-вольової сфери (усвідомлення/тестування реальності), формування психологічних характерологічних розладів, порушення самоідентифікації (інфантилізм, егоцентризм), нездатність до адекватного пристосування.

У таких дітей виникає зниження резистентності, дисфункції печінки й кишечника, різні запальні захворювання, часта травматизація, як основа для формування психосоматичної патології (бронхіальна астма, виразкова хвороба, нейродерміт, тиротоксикоз, цукровий діабет, ревматоїдний артрит, імунодефіцитний стан), а також психологічної незахищеності та стресовразливості.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ В МІОКАРДІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГЕМОЛІТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ

О.В. ДРУЖИНА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Вивчення стану серцево-судинної системи в неонатальному періоді на тлі гемолітичної хвороби (ГХ) є однією з актуальних та недостатньо вивчених проблем, оскільки багато в чому

саме стан гемодинаміки визначає процес адаптації всього організму дитини до умов позаутробного існування.

Відомо, що саме гемолітична хвороба є одним із поширених захворювань неонатального періоду. В структурі перинатальної захворюваності й смертності ГХ складає відповідно 0,34‰ і 0,05‰. Летальність при ГХ складає 10%.

Основною ланкою патофізіологічних змін при ГХ є непряма гіпербілірубінемія. Непрямий білірубін, що є ліпотропною речовиною, у великих концентраціях в крові має прямий токсичний тканинний ефект на серце. Це зв'язано з проникненням його крізь клітинні мембрани та блокуванням певних ферментів та комплексів дихального ланцюга в мітохондріальних структурах. Порушується процес окислювального фосфорилування та утилізації довголанцюгових жирних кислот, тобто виникає мітохондріальна недостатність. Розвивається білірубінова аноксія. Наслідком чого є енергетичний дисбаланс і лімітоване функціонування енергозалежних процесів життєдіяльності клітини, в тому числі синтез протеїнів, що безпосередньо беруть участь в скороченні серцевого м'яза (тропонін). Пошкоджується ферментна система катіонного транспорту, що, в свою чергу, змінює розслаблення міофібрил та знижує діастолічну релаксацію міокарда.

В результаті токсичного впливу непрямого білірубіну на печінку порушується її білковосинтетична функція, що призводить до гіпопротеїнемії й підвищення судинної проникності, знижується об'єм циркулюючої плазми, що зменшує переднавантаження лівого шлуночка та об'єм серцевого викиду. Змінюються реологічні властивості крові: на тлі зменшення кількості протромбіну і фібриногену знижується в'язкість крові та збільшується швидкість кровообігу, що підвищує потребу серцевого м'яза у кисні. А за рахунок гемолізу зменшується об'єм циркулюючих еритроцитів, знижується киснева ємність крові, наслідком чого є гемічна гіпоксія міокарда.

Отже, гіпербілірубінемія при гемолітичній хворобі викликає суттєві зміни метаболічних, а як наслідок біоелектричних та механічних процесів в міокарді, зниження його контрактильно-релаксаційної здатності, тобто призводить до вторинної кардіоміопатії гіпоксико-метаболічного генезу.

Таким чином, з'ясування ступеня метаболічних порушень за допомогою визначення рівня специфічних маркерів пошкодження міокарда (тропоніну, МФ-КФК та ЛДГ1) та функціонального стану серцево-судинної системи у новонароджених з гемолітичною хворобою дозволяє визначити лікувально-організаційну тактику ведення дітей з цією патологією та буде обґрунтуванням залучен-

ня до терапії патогенетичних засобів для корекції кардіоваскулярних розладів та нівелювання негативної дії на серцево-судинну систему непрямої гіпербілірубінемії.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ГЕЛЬМІНТОЗІВ У ДІТЕЙ

Ю.С. КОРЖИНСЬКИЙ, Т.З. МАРЧЕНКО, Л.П. САКАЛОШ, Я.В. ТОМКІВ, З.В. ТОМКІВ
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького.
Міська дитяча клінічна лікарня, м. Львів

ЗНАЧНА поширеність гельмінтозів, затяжний і хронічний їх перебіг, широкий діапазон клінічних проявів зумовлюють актуальність даної проблеми в педіатрії. Тому метою нашої роботи було вивчення особливостей клініки й ефективності лікування вормілом гельмінтозів у 41 дитини різного віку, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Львівській міській дитячій клінічній лікарні за останні 6 місяців. Хлопців серед них було 51,3%.

Проводили мікроегельмінтологічні дослідження випорожнень із ово- і лярвоскопією. У 26 (63,4%) хворих було виявлено аскаридоз, у решти – трихоцефаліоз. В усіх випадках гельмінтози було діагностовано при плановому обстеженні, і вони не були причиною госпіталізації.

Найбільше число хворих на гельмінтоз (25,6%) мали клініку різноманітної гастроентерологічної патології (функціональні захворювання травного каналу, хронічний гастрит, гастродуоденіт). У 9,7% хворих патологія травного каналу поєднувалася з гострим бронхітом, пневмонією.

21,9% хворих були пацієнтами хірургічних відділень (з приводу гострого апендициту, мезаденіту, енкопрезу, кишкової непрохідності).

19,5% дітей мали прояви алергічних захворювань (гостра кропив'янка, алергічний риніт, атопічний дерматит – 7,35%; вперше виявлена бронхіальна астма – 12,2%). 14,6% хворих були неврологічного профілю (вегето-судинна дистонія із синкопальними станами, пірамідною недостатністю, органічними ураженнями центральної нервової системи). 9,7% дітей було госпіталізовано з приводу синуситів.

У 7,3% хворих діагностовано урологічні (дисфункції сечового міхура, нейрогенний сечовий міхур, крипторхізм), а у 4,9% – нефрологічні захворювання (гострий і хронічний пієлонефрит, інфекція сечовидільних шляхів, уролітіаз).

В кожному випадку проводилося диференціально-діагностичне

інструментально-лабораторне обстеження із наступним етіопатогенетичним лікуванням.

Всім хворим на гельмінтоз призначали поетапну терапію:

1-й етап – підготовчий (дієта, яка погіршує умови для розмноження гельмінтів, сорбенти, антигістамінні препарати, спазмолітики, жовчогінні, прокінетики), тривалістю до 1-2 тижнів.

2-й етап – протипаразитарна терапія (ворміл).

3-й етап – реабілітаційний (застосування сорбентів, біопрепаратів, вітамінів, ферментів, рослинних адаптогенів, препаратів заліза), тривалістю до 4-х тижнів.

Такий підхід до лікування гельмінтозів в усіх випадках був ефективним в плані дегельмінтизації, не мав негативних наслідків і побічних явищ.

ВПЛИВ ЗМІН ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА НА РОЗВИТОК РІЗНИХ ФОРМ ЕНУРЕЗУ У ДІТЕЙ

І.О. МІТЮРЯЄВА, Г.В. ГНИЛОСКУРЕНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

МЕТОЮ даного дослідження було встановлення значущості впливу змін шийного відділу хребта на розвиток різних клінічних форм енурезу у дітей. Під спостереженням на базі ДКЛ № 6 м. Києва знаходилася 51 дитина віком 5-16 років, хвора на енурез. Резидуально-органічну недостатність ЦНС встановлювали на підставі проведення електроенцефалографії (ЕЕГ), оцінку мозкового кровообігу здійснювали за даними реоенцефалографії (РЕГ) за стандартними методиками на апаратах фірми Erich Jaeger (Германія). Для визначення змін хребта проводили рентгенологічне дослідження з функціональними пробами на базі КМДЦ.

Переважає кількість хворих (68,6%) страждали на енурез від народження, тобто мали первинну форму. Вторинний енурез, який виникав після «сухого» проміжку (не менше 6 міс), спостерігався у 31,4% хворих. Найчастіше у дітей енурез був ізольованим нічним (66,6%), у інших відмічалась поєднана форма захворювання з денним нетриманням сечі. Результати вивчення особливостей перинатальної патології дозволили встановити, що несприятливий перебіг вагітності (70,6%) та перинатальна енцефалопатія виявлялася частіше при первинному енурезі (45,09%). В той же час, патологія пологів переважала у дітей з вторинним енурезом (82,3%).

За даними рентгенологічного обстеження хребта серед дітей з енурезом виявлено кіфосколіоз та сколіоз різного ступеня у

43,1% хворих. Найзначніші зміни спостерігалися в шийному відділі хребта. Так, хондроз С4–С7 та Th1–Th9 відділів встановлено у 62,7%, функціональну нестабільність дисків С2–С7 – у 52,9% дітей з енурезом, хондропондилопатію С2–С7 – у 5,9%. Майже у третини хворих на енурез виявлено незарощення спондилоапофізів С2–h1 (29,4%), зниження висоти дисків С2–Th1 (39,2%), зміщення вперед при згинанні на 0,2–0,4 см та назад при розгинанні на 0,2–0,3 см хребців С2–С4 у 33,3%.

Хондродиспластичні порушення хребта в області шиї мають особливості при різних клінічних формах енурезу. Так, поєднану форму енурезу відрізняє достовірно частіше виявлення, хондрозу хребтів С4–С6 (39,2%) та зміщення хребтів С2, С3, С4 назад (41,2%). Хондроз в цілому (С7–Th–L, в тому числі з остеофітами) та незарощеними спондилоапофізів (45,09%) достовірно переважає при ізольованому нічному енурезі. Первинний енурез, на відміну від вторинного, характеризується високим рівнем хондрозу (100%), збільшенням та загостренням задньо-нижніх кутів С3–С6 (25,5%), підвивихом атлантовісського суглобу (3,9%) та зниженням висоти дисків С4–Th1 (58,8%). Слід зазначити, що зміни шийного відділу хребта при вторинному енурезі встановлювали тільки у дітей з тяжким або середньої тяжкості перебігом захворювання.

Натальні травми шийного відділу хребта, як відомо, проявляються гемодинамічними порушеннями в басейнах вертебральної та внутрішньої сонної артерій. Взагалі подібні зміни хребта в нашому дослідженні мали прямий кореляційний зв'язок з тонусом артерій розподілу з $r = 0,422$ ($p < 0,05$) за даними РЕГ, а також з наявністю загальнономозкових змін на ЕЕГ з $r = 0,476$ ($p < 0,05$), що свідчить про вплив порушень шийного відділу хребта на гемодинамічні зміни в церебральних судинах та призводить до гіпоксичних загальнономозкових явищ.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЕТОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА ОСНОВНИХ ГОРМОНІВ АДАПТАЦІЇ У ДІТЕЙ В ПЕРІОДІ ЗАГОСТРЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

М.М. КАЛАДЗЕ, Л.І. МУРАДОСІЛОВА

Кримський медичний університет ім. С.І. Георгіївського

ОСТАННІМ часом значний інтерес у дослідників викликає взаємозв'язок фенотипу та особливостей перебігу найпоширеніших хронічних захворювань, зокрема бронхіальної астми у дітей. Особливості поведінки є частиною фенотипу і являють собою

найбільш об'єктивні ознаки психоемоційного й функціонального стану організму. Поведінка дитини в стаціонарі визначається його адаптаційними можливостями, тісно пов'язаними з патологічними процесами в організмі. Значну роль у патогенезі БА відіграє стан гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що на фізіологічному та функціональному рівнях тісно поєднано з ендогенною опіоїдною системою. Їхні основні представники: АКТГ, кортизол, β -ендорфін втручаються не тільки в імунологічні аспекти хронічного запалення дихальних шляхів при бронхіальній астмі, але й значно впливають на поведінкові особливості.

У зв'язку з цим метою даного дослідження було вивчення особливостей невербальної поведінки та динаміка зміни рівнів даних гормонів у дітей із бронхіальною астмою в рамках розвитку адаптаційних реакцій до стресу. Обстежено 56 дітей віком від 7 до 16 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в 1-й дитячій лікарні м. Сімферополя з БА в періоді загострення. Більшість дітей мали персистуючий перебіг БА легкого та середнього ступенів тяжкості. Їм проводилося клініко-етологічне обстеження. Етограми було отримано в результаті перетворення фреймів відеофайлів по каналах міміки, пози, жести, маніпулювання та вокалу. Визначення плазмених рівнів АКТГ, кортизолу, β -ендорфіну проводили методом ІФА за допомогою стандартних наборів тест-систем. При аналізі етограм виявлено підвищений індекс відносної рухливості в каналах міміки, жести та позної активності. У ході інтерпретації біологічного контексту поведінки по каналах комунікацій виявлено високу частоту еквівалентів агресивної та автоагресивної поведінки, депресивного стану, поведінки захисту та підпорядкування. У хлопчиків частіше виявлялися етологічні ознаки агресії та автоагресії, у дівчаток же частіше спостерігалися субмісивні еквіваленти та стереотипії у вигляді автогрумінгу. Особливості поведінки підтверджували наявність у дітей з БА психоемоційного напруження в періоді загострення. Динаміка рівнів АКТГ, кортизолу та β -ендорфіну характеризувалася різноспрямуванням до і після лікування: мало місце достовірне зниження рівня АКТГ у ході виходу із загострення та значне (у середньому в 20 разів) збільшення рівня β -ендорфіну після лікування, кортизол мав тенденцію до підвищення, але показники були недостовірними. Споконвічно рівні АКТГ були нижчими показників здорових дітей, а β -ендорфіну характеризувалися як різко знижені, що свідчить про слабку реакцію нейроендокриної системи на стресову ситуацію. Кореляційний аналіз дозволив виявити наступне: зі збільшенням тривалості захворювання БА зростає активність каналу пози, жести у дітей 7-12 років, міміки у дітей 13-16 років;

на мімічну активність впливає рівень АКТГ, на позну – рівень кортизолу. Імовірно, етологічні особливості на фізіологічному рівні тісно поєднані з основною адаптаційною системою та можуть «випереджати» її реакцію на стресогений фактор.

ЗНАЧЕННЯ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ НЕОНАТАЛЬНИХ ГІПОГЛІКЕМІЙ

Т.В. ЧЕКОТУН, Д.П. СЕРГЕТА*

Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова.

*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

АДАПТАЦІЯ організму новонародженого до позаутробних умов існування значною мірою визначається характером вигодовування. Материнське молозиво та молоко є єдиною їжею, яка ідеально відповідає вимогам організму дитини перших днів та тижнів життя за рахунок наявності й оптимальної збалансованості в ньому різних біологічно активних речовин, ферментів, гормонів тощо.

Проблема забезпечення гормонами організму новонародженого з молоком матері має велике значення. Заслужує уваги роль грудного молока в профілактиці та лікуванні гіпоглікемії новонароджених.

В зв'язку з цим нами вивчено вміст імунореактивного інсуліну (ІРІ), С-пептиду та глюкагону в 96 пробах грудного молока матерів новонароджених, які були під спостереженням.

Визначення гормональної активності грудного молока проводилось радіоімунологічним методом за допомогою стандартних наборів реактивів.

В молозиві (1-3 доба лактації) середній рівень ІРІ складав $129,3 \pm 22,1$ мкОД/мл. В перехідному молоці середня концентрація ІРІ була $223,8 \pm 27,2$ мкОД/мл, що є достовірним її збільшенням ($p < 0,02$) порівняно з рівнем інсуліну в молозиві. На 6-8 добу лактації (зріле молоко) ІРІ мав концентрацію $355,6 \pm 14,4$ мкОД/мл. Різниця з рівнем інсуліну в молозиві достовірна ($p < 0,001$).

При проведенні порівняльного аналізу вмісту ІРІ в молозиві жінок, які народили передчасно (16) та своєчасно (31), виявлено менші показники інсуліну в молозиві жінок, які народили передчасно ($105,4 \pm 14,2$ мкОД/мл), порівняно з такими у жінок, які народили вчасно ($164,3 \pm 16,3$ мкОД/мл).

Нами також простежено лактаційну дотацію С-пептиду. Так, в молозиві матерів, які народили своєчасно, середня концентрація С-пептиду складала $0,64 \pm 0,11$ нг/мл. В зрілому молоці рівень С-пептиду зріс незначно і становив $0,72 \pm 0,1$ нг/мл ($p > 0,05$).

Мала місце і лактаційна дотація глюкагону. В молозиві його середній рівень складав $42,6 \pm 5,4$ пг/мл, а в міру дозрівання молока спостерігалось підвищення його до $71,1 \pm 7,7$ пг/мл.

Отже, грудне материнське молоко, як генетично детермінований продукт харчування, містить в збалансованому стані комплекс гормонів як інсуліноподібної, так і контрінсулярної дії та є надійним профілактичним і лікувальним засобом гіпоглікемії новонароджених. Без сумніву, існує біологічна доцільність дотації дитині інсуліну, глюкагону – провідних гормонів вуглеводного обміну, через грудне молоко матері.

Беручи до уваги інтенсивний розвиток дитини після народження, така доцільність є виправданою.

ІНТЕРСТИЦІАЛЬНІ КОЛАГЕНИ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ І ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕННЯХ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО ТРАКТУ

Л.К. ПАРХОМЕНКО, Л.А. СТРАШОК, І.В. СОРОКІНА*

Харківська медична академія післядипломної освіти.

*Харківський державний медичний університет

МЕТОЮ дослідження було визначення типів колагену, що синтезуються при хронічному запальному процесі в слизовій оболонці шлунка (СОШ) та слизовій оболонці дванадцятипалої кишки (СОДК) при хронічному гастродуоденіті (ХГД) й дуоденальній виразці (ДЯ).

Під нашим спостереженням перебував 41 хворий віком від 14 до 18 років. ХГД виявлено у 23 пацієнтів, а ДЯ – у 18. Діагноз було верифіковано на підставі клініко-анамнестичного, ендоскопічного та імуногістохімічного обстеження. Колагени типували моноклональними антитілами до колагену I (Novocastra Laboratories Ltd.), III типу (ІМТЕК, Ltd, Росія). Іntenсивність світіння колагенів визначали на мікрофлюориметрі з ФЕУ-35 і виражали в умовних одиницях. Результати наведено в таблиці.

Групи	Іntenсивність світіння колагенів у шлунку		Іntenсивність світіння колагенів в ДК	
	колаген I типу	колаген III типу	колаген I типу	колаген III типу
ХГД	$18,55 \pm 3,4$	$26,4 \pm 5,8$	$13,0 \pm 2,9$	$20,0 \pm 4,4$
ДЯ	$9,33 \pm 1,9^*$	$11,0 \pm 2,9$	$7,3 \pm 1,8$	$12,0 \pm 3,0$

* $p < 0,05$ порівняно з ХГД

При морфологічному дослідженні у всіх хворих із ХГД і ДЯ визначався поверхневий антральний гастрит і поверхневий дуоденіт. У стромі власної пластинки шлунка й дванадцятипалої кишки виявлено при ХГД інтерстиціальні колагени I та III типів у вигляді слабкого, місцями помірного дифузного світіння у вигляді сіточки. Більш активне запалення в СОШ і СОДЖ при ДЯ характеризувалося вогнищевим розростанням сполучної тканини у власній пластинці. Переважав колаген III типу, що проявляється у вигляді світіння помірної інтенсивності вогнищового характеру. Колаген I типу визначався у вигляді вогнищового яскравого світіння. При дуоденальній виразці в lamina propria відмічалось зниження колагеноутворення. При цьому виявлено переважання колагену III типу над I. Колаген III типу вважається «молодим», «дозріваючим». Зниження синтезу й зміна співвідношення інтерстиціальних колагенів, що входять до складу стромально-судинного компонента ШКТ, відіграє більшу роль у забезпеченні трофіки епітеліального компонента, порушенні біомеханічної й структуроутворюючої функцій сполучної тканини.

Таким чином, імуногістохімічні дослідження у дітей підліткового віку із ХГД і ДЯ вказують на односпрямовані зміни в сполучнотканинному компоненті СОШ і СОДЖ, що підтверджують спільність морфогенезу запальних і деструктивних уражень при цих захворюваннях. Однак при ДЯ відмічаються більш значущі порушення в колагеноутворенні як кількісного, так і якісного характеру, що може бути однією з основних причин виникнення деструктивних процесів.

АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ БРОНХОЛЕНЕВОЇ СИСТЕМИ ЯК ПРОЯВ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ

О.Л. ЦИМБАЛІСТА

Івано-Франківський державний медичний університет

НАВОДИМО результати спостереження за 246 дітьми віком 6-12 років з хронічними гнійними захворюваннями легень, з них 125 – з бронхоектатичною хворобою, яка сформувалась, як правило, після ускладненої пневмонії, та 121 (49,2%) – інфіковані аномалії розвитку (АР) бронхолегеневої системи. Серед дітей з АР звертають увагу особливо тяжкий перебіг синдрому Мак Леода (4,1%) і Вільямса-Кемпбелла (4,1%). Клініка хронічного гнійно-легеневого процесу сформувалась в ранньому віці на тлі повторних пневмоній, особливістю перебігу яких був торпід-

ний гнійно-обструктивний синдром. Перебіг тяжкий з клінікою хронічного гнійно-обструктивного синдрому, з відставанням у фізичному розвитку, прогресуючим наростанням симптомів хронічної гнійної інтоксикації та гіпоксії. У всіх дітей був обтяжений спадковий анамнез щодо патології органів дихання у 2-3 поколіннях, переважно за двома лініями, антенатальний анамнез. При клінічному обстеженні звертали увагу множинні стигми дизембріогенезу, деформація грудної клітки. Діагноз верифіковано на підставі результатів комплексного рентгено-бронхологічного дослідження. Підтвердженням глибоких морфологічних змін, зокрема пневмофіброзу, були складні порушення в системі зовнішнього дихання: зниження резервів дихання (ЖЄЛ, МВЛ), генералізована бронхіальна обструкція з переважним ураженням дрібних і середніх бронхів. Значне зниження регіонарної вентиляції й перфузії в місцях найбільш вираженого пневмофіброзу діагностовано за результатами капнографії та радіопневмографії з Хе-133. В комплексній оцінці вентиляційні порушення представлені ВН2 і ВН3. Легенева гіпертензія I ступ. визначалась у дітей віком 6-8 років, у старших – II ступ., що відображало прогресування пневмофіброзу. При бронхоскопії діагностовано двобічний гнійний ендобронхіт. У дітей із синдромом Вільямса-Кемпбелла, крім природженого дефекту хрящів бронхів, спостерігається низький рівень альфа-1-антитрипсину сироватки крові (30-40% від нормальних величин).

Усі діти вступали до клініки в періоді загострення бронхолегеневого процесу за даними клініко-рентгенологічного та бронхологічного обстеження. Запальна реакція легеневої тканини представлена інфільтративними змінами легеневого рисунка, коренів легень та плевральними реакціями. При цьому запальні реакції з боку клітинного складу крові й біохімічних тестів (СРР, сіалові кислоти, гаптоглобін) зустрічались надзвичайно рідко. Частіше виявляли нейтропенію, яка поєднувалась у кожному випадку з лімфопенією. Паралельно виявлено зміни в гуморальній та клітинній ланках імунітету: знижений рівень IgA ($p < 0,02$), IgG ($p < 0,01$) відносно величин вікової норми. Серед популяцій Т-лімфоцитів звертає увагу недостатність хелперної їх функції.

Отже, клініку гнійно-обструктивного синдрому в обстежених дітей визначають глибокі дифузні морфологічні зміни в легенях, гнійний характер ендобронхіту, значні порушення гемодинаміки легень, системи зовнішнього дихання, гнійна інтоксикація, знижена імунологічна реактивність, що є в основі ранньої інвалідності та соціальної дизадаптації дітей.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОДУКЦІЇ ЕРИТРОПОЕТИНУ

О.Л. ЦИМБАЛІСТА*, З.В. ВОВК*, Р.С. ВЕЛИЧКОВИЧ, Т.І. БІДА

*Івано-Франківський державний медичний університет.

Обласна дитяча клінічна лікарня м. Івано-Франківська

АНЕМІЧНИЙ синдром в педіатричній практиці – актуальна та важка для корекції проблема.

Анемії є частим ускладненням інфекційних, обмінно-дисфункційних та природжених захворювань дитячого віку. Сучасні уявлення про стан еритропоезу дозволяють виділити важливу диференціальну ознаку анемічних станів – стан продукції еритропоетину (ЕПО).

Метою нашої роботи було визначення рівня ЕПО у дітей з встановленим діагнозом залізодефіцитної анемії (ЗДА) та аналіз адекватності його продукції відповідно до ступеня тяжкості анемії.

Під спостереженням знаходилась 121 дитина з ЗДА всіх ступенів тяжкості, а також 30 здорових дітей з групи контролю. Серед обстежених було 57 хлопчиків та 64 дівчинки. Вік дітей коливався від 4 місяців до 6 років (медіана віку – 2 роки). Залізодефіцитний характер анемії підтверджено наявністю клінічних ознак сидеропенічного синдрому та анемічної гіпоксії, а також лабораторними даними (в гемограмі знижений рівень гемоглобіну, наявність морфологічно змінених еритроцитів, знижений рівень феритину, підвищена залізов'язуюча здатність сироватки крові (ЗЗЗСК), знижений рівень заліза еритроцитів).

На підставі проведеного обстеження дітей було виявлено, що у 23 дітей (11 дівчаток та 12 хлопчиків) із 121 спостерігалась неадекватна продукція еритропоетину (НПЕ) щодо тяжкості анемічного синдрому. При зіставленні даних між групою хворих на ЗДА (15 хлопчиків, 15 дівчаток), з дітьми, хворими на ЗДА з НПЕ, виявлено, що рівень еритроцитів ($\times 10^{12}/л$) у дівчаток складає $1,61 \pm 0,11$ проти $2,01 \pm 0,19$ ($p < 0,05$) відповідно, у хлопчиків – $1,42 \pm 0,11$ проти $1,65 \pm 0,16$ ($p < 0,05$) відповідно. У дівчаток спостерігається суттєве підвищення рівня гемоглобіну і складає $46,8 \pm 2,9$ г/л проти $66,9 \pm 6,07$ г/л ($p > 0,01$) відповідно. У хлопчиків істотної відмінності не виявлено – $49,26 \pm 3,67$ г/л і з НПЕ – $53,58 \pm 3,56$ г/л ($p < 0,05$). Відповідно у дівчаток з НПЕ спостерігається значно нижча ЗЗЗСК ($125,53 \pm 3,33$ проти $102,09 \pm 7,14$ мкмоль/л, $p > 0,01$). У хлопчиків істотної відмінності між показниками ЗЗЗСК залежно від рівня продукції ЕПО не виявлено. Вміст феритину між двома порівнюваними групами дітей з ЗДА не має суттєвої відмінності: у дівчаток – $14,49 \pm 1,56$ проти $20,67 \pm 1,72$ нг/мл ($p > 0,05$), у

хлопчиків – $10,76 \pm 1,98$ проти $12,54 \pm 4,22$ нг/мл ($p > 0,05$), заліза у дівчаток – $3,58 \pm 0,39$ проти $4,78 \pm 0,62$ мкг/г ($p < 0,05$), у хлопчиків – $6,19 \pm 0,59$ проти $5,37 \pm 0,51$ мкг/г ($p < 0,05$).

У результаті проведеного дослідження встановлено, що основні показники периферичної крові та метаболізму заліза у обстежених дітей з ЗДА та при наявності неадекватної продукції еритропоетину суттєво не відрізняються. Це дає підставу для поглибленого вивчення механізмів виникнення неадекватної продукції еритропоетину у дітей з ЗДА, що дозволить вивчити патогенетичні аспекти дефіциту заліза у дітей та підвищити ефективність його лікування.

ІМУНОЛОГІЧНА РЕАКТИВНІСТЬ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, В ПРОЦЕСІ СИНГЛЕТНО-КИСНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

О.Л. ЦИМБАЛІСТА*, В.Б. ДЕХТЯР*, Л.Я. САВЧУК

*Івано-Франківський державний медичний університет.

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

ВДАНИЙ час бронхіальна астма є одним із найбільш поширених захворювань у дітей, яке характеризується порушеннями клітинної та гуморальної ланок імунітету.

Нами обстежено 35 дітей віком від 7 до 16 років, хворих на бронхіальну астму середнього і важкого ступенів в приступному і ранньому післяприступному періодах. Контрольну групу складало 20 здорових дітей того ж віку.

При комплексному обстеженні пацієнтів використовували дані анамнезу, загально-клінічні, інструментальні методи (спірографію, електрокардіографію, ехокардіоскопію з визначенням тиску в легеневій артерії, при потребі проводили рентгенографію органів грудної клітки), а також вивчали імунну реактивність.

Особливості імунної відповіді визначали за наступними показниками: гуморальна ланка (IgG, IgM, IgA) – методом Mancini; IgE – імуноферментним аналізом; клітинна ланка імунітету (+СД3, +СД4, +СД8, +СД16, +СД20) – з використанням моноклональних антитіл; фагоцитарна активність нейтрофілів – за допомогою тесту з нітросинім тетразолієм НСТ з використанням частинок латексу; досліджували фагоцитарний індекс (ФІ) і фагоцитарне число (ФЧ). Підрахунки проводили з визначенням коефіцієнта Ст'юдента.

При вступі до клініки у більшості дітей виявлено зниження показників гуморальної ланки імунітету: IgG – у 18%, IgA – у 73%

хворих. Рівень IgE у дітей основної групи був підвищений в 7-15 разів порівняно з показниками нормальних величин.

Відмічено зниження показників фагоцитарного захисту в основній групі: ФІ – до $38,8 \pm 3,05$; ФЧ – $1,98 \pm 0,26$; НСТ (не стимульований) N становив $6,63 \pm 0,35$; ІА – $5,84 \pm 0,96\%$; НСТ (стимульований) N – $52,51 \pm 2,75$; ІА – $0,61 \pm 0,05\%$.

Лікування дітей в клініці, крім базової терапії (згідно з протоколом), включало синглетно-кисневу терапію (СКТ) за допомогою апарата СКТ VALKION («Polyvalk AB», Швеція). Курс СКТ складав 20 сеансів: двічі на день по 10 хв інгаляції активованим повітрям з вживанням перед сеансом 100 мл активованої води. Усі діти добре переносили СКТ, побічних реакцій та ускладнень під час лікування не відмічено. В процесі лікування діти, які отримували СКТ, швидше досягли позитивної клінічної динаміки: зменшувались частота і тяжкість приступів задухи, інтенсивність кашлю, катаральні симптоми в легенях, прояви дихальної недостатності на 3-4 дні раніше, ніж у дітей, котрі отримували тільки базову терапію.

Безпосередньо після лікування відмічено зростання показників системи фагоцитозу: ФІ збільшився до $55,8 \pm 2,87$ ($p < 0,001$); ФЧ – до $4,17 \pm 0,36$ ($p < 0,001$); НСТ (не стимульований) N становив $8,37 \pm 0,33$ ($p < 0,001$); ІА – $7 \pm 0,02\%$ ($p < 0,05$). Показники НСТ (стимульований) характеризуються різноспрямованими змінами, частіше відмічається тенденція до їх зниження, що пов'язано з виснаженням резервних можливостей нейтрофілів у дітей з тривалістю захворювання більше п'яти років або нейтропенією в гемограмі, а також грибовою сенсibiliзацією, в зв'язку з використанням глюкокортикостероїдів.

Використання синглетно-кисневої терапії в поєднанні з базовою терапією забезпечує різноспрямовані позитивні ефекти у дітей, хворих на бронхіальну астму.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІ ОЗНАКИ ГЛИБИНИ ЗАПАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ПРИ БРОНХІАЛЬНИЙ АСТМІ

Н.В. БАНАДИГА, І.О. РОГАЛЬСЬКИЙ

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Горбачевського

РЕАБІЛІТАЦІЯ дітей із патологією органів дихання вимагає врахування багатьох складових перебігу захворювання, оскільки вони визначають тривалість, склад та обсяг необхідних засобів. Чи не найбільше клопотів завдають дільничним педіа-

трам пацієнти із рецидивуючим (РБ) та хронічним (ХБ) бронхітами. Зважаючи на анатомо-фізіологічні особливості бронхіального дерева, становлення імунної системи в перші роки життя дитини, існує необхідність комплексно підходити до оцінки тяжкості перебігу бронхіту у кожної окремої дитини. Загальноклінічні методи обстежень не в змозі дати повну відповідь про глибину запального процесу, вираженість фіброзних змін бронхів тощо. Саме тому в даному дослідженні використано спеціальні методи, які доповнюють уявлення про перебіг бронхіту.

До групи обстежених увійшло 103 хворих: 51 дитина із РБ, 52 – з ХБ. Серед пацієнтів із РБ переважали особи віком 6-10 років (49,02%), а при ХБ – старші 10 років (53,85%). В ході дослідження виявлено достовірне збільшення білка гострої фази запалення – церулоплазміну (ЦП) при обох формах бронхіту: РБ – $488,42 \pm 14,04$ мг/л, ХБ – $385,00 \pm 10,56$ мг/л. Звертає на себе увагу значне переважання рівня ЦП при РБ ($p < 0,001$) і доводить вищу активність запальних реакцій. Водночас, встановлено залежність ЦП від тривалості хвороби: при перебігу РБ до 5 років – $493,74 \pm 18,83$, а за умови понад 5 років – $411,87 \pm 24,46$ мг/л ($p < 0,05$). Аналогічна закономірність характерна і для ХБ, а тому зумовлена тим, що з плином років вираженість запального компонента зменшується, асоціюється зі зниженням реактивності організму хворого.

Свідченням цього є діагностована висока кріоглобулінемія при загостренні бронхіту. Зокрема, при ХБ кріоглобулінемія становила $184,03 \pm 18,80$, при РБ – $66,42 \pm 6,58$ ум. од., що в обох випадках достовірно перевищує дані контролю. Рівень кріоглобулінів у хворих на ХБ утричі більший, ніж аналогічний при РБ, що доводить його чутливість щодо оцінки тяжкості перебігу патології. Окрім того, потужне збільшення кількості білків зі зміненими характеристиками при ХБ може відображати глибину органічних змін у бронхіальному дереві. Відстеживши динаміку кріоглобулінів у період ремісії, вставлено, що при ХБ вони утримувалися достовірно високими, а у разі РБ – мали тенденцію до нормалізації.

Тривалість, тяжкість, наслідки запального процесу в бронхіальному дереві значною мірою залежать від активності обмінних процесів у сполучнотканинних прошарках. А тому визначення рівня специфічних румалонових антигін та оксипроліну в крові хворих спроможне доповнити картину хвороби. Зокрема, при загостренні ХБ рівень оксипроліну ($57,13 \pm 2,82$ мкмоль/л, $p < 0,001$) та румалонових антигін ($31,53 \pm 1,98$ ум. од., $p < 0,001$) суттєво перевищував аналогічні показники у хворих із РБ ($43,86 \pm 2,51$ мкмоль/л та $24,42 \pm 0,87$ ум. од. відповідно). Отже, вказані лабо-

раторні маркери доводять відмінність запального компонента, яка супроводжується дестабілізацією обмінних процесів сполучної тканини, що є доказом фіброзних змін при ХБ.

Особливості глибини запального процесу й тривалість перебігу бронхіту у дітей вимагають планової цілеспрямованої реабілітації з метою запобігання функціональній недостатності системи дихання.

ВТОНИННА ЕКЗОКРИННА НЕДОСТАТНІСТЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ

Н.В. БАНАДИГА, О.М. ДУТЧАК

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Горбачевського

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ стан підшлункової залози (ПЗ), а саме її екзокринної ланки викликає неабиякий інтерес в сучасних умовах. Передусім, неухильний ріст патології органів травлення та суттєве її омолодження є прогностично несприятливими і для стану ПЗ. Анатомо-фізіологічні особливості та функціональні взаємозв'язки між органами травної системи, в т.ч. ПЗ, загострюють увагу на необхідності оцінки її екзокринної функції.

Поглиблене клінічне обстеження 42 пацієнтів із хронічною патологією травного каналу (27 дітей із хронічним гастродуоденітом), 15 хворих – із ізольованою міліарною патологією (холецистохолангіт, дискінезія жовчних шляхів). За результатами цілеспрямованого опитування у 54,8% пацієнтів виявлено прояви диспепсичного синдрому, що може бути характерним для ураження ПЗ. Здебільшого діти скаржились на зниження або відсутність апетиту (54,7%), нудоту (11,9%), блювання (4,7%), а також виявлено порушення частоти й характеру сипорожнень (пронос – у 7,1%, закрепи – у 19,0%). Серед лабораторних маркерів у $\frac{1}{3}$ хворих діагностовано гіперамілаземію ($37,45 \pm 1,9$ г/л/год), яка не має специфічної цінності, оскільки може супроводжувати великий спектр гострої патології органів черевної порожнини.

Малоінформативними видались копрологічні дослідження. Попри те, перевірка специфічних симптомів ПЗ у хворих з'ясувала позитивні симптоми: Мейо-Робсона (50,0%), Кача (54,8%), Дежердена (16,7%), Шоффара (11,9 %).

Наступним було ультразвукове дослідження параметрів ПЗ: переважали зміни розмірів окремих частин над зміненою ехогенністю паренхіми (7,1%). У 23 (54,8%) дітей виявлено збільшення розмірів головки (10 хворих), тіла (1 хворий), хвоста (12 пацієн-

тів), що свідчить про набряк ПЗ і може слугувати ознакою порушення її екзокринної функції. Зважаючи на те, що у хворих діагностовано прояви екзокринної функції ПЗ, комплексну терапію основного захворювання було доповнено коротким замісним курсом ферментів. Однак існує небезпека недооцінки функціонального стану ПЗ, яка вимагає проведення визначення ферментативної активності ПЗ із застосуванням більш специфічних методів (оцінка рівня еластази в крові чи калі). Вищезгадане дасть можливість диференційовано проводити корекцію екзокринної функції ПЗ на тлі хронічної патології органів травлення.

СИНДРОМ ПЕРВИННОЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

О.Л. ЦИМБАЛИСТА*, З.В. ВОВК*, В.Б. ДЕХТЯР*, Л.Я. ЦАРУК, М.В. МАКЯН,
О.Д. ШУСТАКЕВИЧ

* Івано-Франківський державний медичний університет*

Обласна клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

НАВОДИМО два випадки первинної легеневої гіпертензії у хлопчиків з однієї сім'ї віком 5 та 7 років. Діти від здорових батьків, спадковість не обтяжена. Антенатальний анамнез обтяжений в обох дітей. Респіраторної та кардіальної патології в анамнезі обох дітей немає. У п'ятирічного хлопчика протягом останніх двох років наростала задишка при навантаженні, періодичні покашлювання, біль за грудиною. Одночасно наростали симптоми неспецифічної інтоксикації. При огляді звертали увагу симптоми НК2, хронічної інтоксикації та гіпоксії, акцент і роздвоєння другого тону над легеневою артерією. ЕКГ: переважання правих відділів серця. ЕХО-КС: поширення розмірів стовбура і гілок легеневої артерії, гіпертрофія міокардау правого передсердя і шлуночка, тиск у легеневій артерії 75 мм. Фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка 50%. СПГ: зниження ЖЄЛ, МВЛ, ЗЄЛ, РОВд до 70% від нормальних величин. Прохідність бронхів не порушена. Рц-графія органів грудної клітки: збіднений легеневий рисунок в латеральних зонах легень. Вибухає конус і дуга легеневої артерії.

У семирічного хлопчика протягом 1,5 року поступово наростала задишка при фізичному навантаженні, кардіалгії, періодично біль голови, головокружіння, синкопальні стани, симптоми неспецифічної інтоксикації. В останні 2-3 міс з'явився сухий кашель, відчуття стиснення в грудях, нестачі повітря. При огляді – симптоми НК2. Стигми дизембріогенезу. Акцент II тону над легеневою

артерією. Тахікардія. ЕКГ: перевантаження правих відділів серця, гіпоксія міокарда шлуночків. ЕХО-КС: розширення розмірів стовбура і гілок легеневої артерії, тиск у легеневій артерії 68 мм. ФВ лівого шлуночка 52%. СПГ: ВНО. В обох дітей гемограма, протеїнограма, гострофазові показники без запальних змін.

СИСТЕМНА ЕНЗИМОТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НИРОК ТА ПЕЧІНКИ

Т.О. КРЮЧКО, Т.В. ШПЕХТ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

ЗАХВОРЮВАННЯ нирок у дітей привертають все більшу увагу клініцистів та науковців, враховуючи те, що патологія займає одне з перших місць в структурі соматичної патології дитячого віку. Постійне зростання захворюваності призводить до збільшення кількості хворих з хронічним перебігом захворювання та поступовим зниженням парціальних функцій нирок і раннього інвалідизацією хворих молодого віку. На сьогодні невтішними є також статистичні показники поширеності інфекційно-запальної патології печінки: певний відсоток атипового перебігу захворювання з прихованою клінічною картиною і переважанням безжовтяничних форм. Хронічні вірусні гепатити мають високу частоту трансформації у цироз печінки і гепатоцелюлярну карциному.

Широкий спектр патогенетичних порушень, що супроводжують патологію зазначених екскреторних органів, роблять надзвичайно актуальною проблему пошуку ефективних і малотоксичних препаратів з полімодальною дією, які дозволяють знизити медикаментозне навантаження на нефрон та гепатоцит, що функціонально страждають. Останнім часом системна ензимотерапія (СЕТ) все частіше застосовується в клінічній практиці. Поліензимні препарати здатні впливати на всі компоненти запального процесу, підтримувати й прискорювати його природний перебіг; сприяти відновленню показників гемостазу, коригувати імунологічні порушення тощо. Численні публікації свідчать про властивість поліензимів підвищувати ефективність терапії хронічних вірусних гепатитів у дітей. Встановлено, що призначення вобензиму на тлі противірусної терапії позитивно впливає на регрес клінічних симптомів захворювання; імуномодуючий ефект забезпечується поліпшенням гуморального імунного гомеостазу, підвищенням вмісту ендogenousного інтерферону, елімінацією імунних комплексів. Вказується на відновлення показників порушених функцій

печінки, активацію функціонального стану геноми й хроматину, репарацію ДНК, поліпшення метаболізму клітини в цілому.

Позитивний вплив СЕТ встановлено також при запальній патології нирок. Нами також проведено дослідження ефективності комплексної терапії з включенням вобензиму у дітей з гострим та хронічним пієлонефритом. У хворих встановлено більш швидку нормалізацію загального стану (3-4 доба) порівняно із контрольною групою (6-7 доба). Відновлення показників аналізів крові та сечі, зникнення бактеріурії визначалось на 5-7 діб раніше в групі дітей, які отримували СЕТ. Підтверджено позитивну динаміку змін гемокоагуляційних властивостей: зниження показників прокоагуляційної активності зсідання крові та підвищення фібринолітичної активності крові, відновлення процесів мікроциркуляції. Результати досліджень прооксидантно-антиоксидантної системи свідчать про практично повну нормалізацію показників на 12-14 добу лікування.

Таким чином, включення СЕТ до протоколів лікування запальних захворювань нирок та печінки у дітей сприятиме потенціюванню традиційного лікування, скороченню термінів відновлення клініко-лабораторних показників та запобіганню формуванню тяжких ускладнень.

НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ПЕРВИННИХ ІМУНОДЕФІЦИТІВ У ДІТЕЙ

Л.І. ЧЕРНИШОВА

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

ЗА ОСТАННІ роки поліпшилось виявлення первинних імунодефіцитів (ПІД) у дітей в Україні. В 2005 році під спостереженням дитячих імунологів було 750 дітей з ПІД, але реальна їх кількість (враховуючи чисельність населення в країні) може бути в 3-4 рази більшою. З'явилися перші випадки прижиттєвого встановлення діагнозу тяжкого комбінованого імунодефіциту, що є великим досягненням служби дитячої імунології. Використання сучасних імунологічних методів для характеристики клітинного імунітету за допомогою моноклональних антитіл на проточному цитометрі дало змогу визначати імунофенотип хворих з ПІД та уточнювати варіант комбінованого імунодефіциту. Останнім часом доведено, що для уточнення діагнозу ПІД важливим є також генетичне обстеження. В цьому нам допомагає кафедра дитячої інфектології та клінічної імунології Дзержецького університету

(Угорщина), з якою налагоджено співпрацю. При ранньому встановленні діагнозу ПІД у дітей з'являється шанс на життя і навіть на поліпшення його якості.

Тепер ПІД вже не є фатальним захворюванням. При ПІД антилоутворення, які зустрічаються найчастіше, в Україні впроваджено новітню технологію лікування – постійну замісну терапію внутрішньовенним імуноглобуліном (з 1997 року). У 2005 році її отримували 26 дітей (спадкова гіпогамма-глобулінемія, загальний варіабельний імунодефіцит, гіперІgМ-синдром), але потребує замісної терапії 60 дітей з ПІД. За умов своєчасного призначення та регулярного проведення, замісна терапія внутрішньовенним імуноглобуліном є високоефективною в профілактиці та лікуванні інфекційного синдрому при ПІД, профілактиці інвалідизації та поліпшенні якості життя дітей з ПІД та їх сім'ї.

Єдиним методом лікування комбінованих ПІД залишається трансплантація кісткового мозку. В Україні ще не налагоджено алотрансплантацію кісткового мозку, і виникає необхідність звертатися до наших колег із Західних країн, які входять до Європейського товариства первинних імунодефіцитів. Вже є домовленість про проведення трансплантації кісткового мозку двом дітям з важкими комбінованими імунодефіцитами (одній в Італії, другій – в Угорщині). Діагноз комбінованого імунодефіциту було встановлено в перші місяці життя (Х-зчеплений тяжкий комбінований імунодефіцит з імунофенотипом Т-, В+, NK- та дефіцит молекул CD3 комплексу з імунофенотипом Т+\-, В+, NK+). Діагноз підтверджено генетичними дослідженнями в Угорщині. Було призначено своєчасно лікування опортуністичних інфекцій, а далі їх профілактику. Це дало змогу підтримати стабільний стан у дітей до проведення трансплантації кісткового мозку.

Однією з найновітніших технологій лікування комбінованих ПІД є генна терапія, яку розпочали проводити в трьох центрах Європи. Кандидатами на цю терапію є два братики з ПІД (Віск отта-Олдріча синдром, діагноз підтверджено генетичними дослідженнями в Угорщині). Зважаючи на прогресування захворювання, відсутність спорідненого донора з клітин кісткового мозку, вирішується питання про проведення генної терапії в клініці Германії, з якою в нас налагоджена співпраця.

Таким чином, у світі розробляються нові ефективні технології в діагностиці та лікуванні первинних імунодефіцитів у дітей, які поступово впроваджуються в Україні. Впровадження новітніх технологій в діагностиці та лікуванні первинних імунодефіцитів – це ще не повністю використаний резерв для зниження дитячої захворюваності та смертності.

ВПЛИВ АНТИГОМОТОКСИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДИНАМІКУ СТАНУ РЕГУЛЯТОРНИХ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ У ДІТЕЙ ІЗ СЕРЦЕВИМИ АРИТМІЯМИ

Л.А. СЕМЕРЕНКО, М.М. КАЛАДЗЕ

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгіївського

УСТРУКТУРІ дитячої кардіологічної захворюваності порушення серцевого ритму займають провідне місце. Найчастіше аритмії пов'язані з порушенням функціонального стану ВНС. Дисбаланс відділів ВНС призводить до зниження адаптивних можливостей серцевого ритму й організму в цілому.

Метою роботи було вивчення стану регуляторних систем у дітей з порушеннями ритму серця та пошук шляхів їх корекції.

Обстежено 40 дітей з екстрасистолічною аритмією віком від 10 до 15 років. Контрольну групу склали 20 здорових дітей, порівнюваних за статтю й віком. Методи обстеження включали реєстрацію добової ЕКГ кардіореєстратором «Dia Card» (АТЗТ «Сольвейг», м. Київ), добову варіабельність ритму серця, проби з дозованим фізичним навантаженням (велоергометрія – ВЕМ).

Якість пристосувальних реакцій при зміні функціональних станів організму протягом доби оцінювали за рівнями середньодобової, середньоденної й середньночної ЧСС, які достовірно ($p < 0,05$) перевищували показники контрольної групи. Оцінку ВСР проводили в режимах тимчасового й частотного аналізу. Показники розкиду (SDANNi) у дітей з екстрасистолією були достовірно ($p < 0,05$) нижчими, ніж у здорових. Частотний аналіз виявив підвищені значення низькочастотних хвиль 1 порядку (в 1,6 раза), 2 порядку (в 1,8 раза) та високочастотних коливань (в 2,5 раза) у дітей з аритміями. Отримані дані свідчать про підвищену напруженість вегетативних механізмів забезпечення гомеостазу й гуморально-метаболического каналу регуляції. За даними ВЕМ-проби отримані показники загальної фізичної працездатності (ЗФП) й максимального споживання кисню (МСК) у дітей з аритміями були достовірно ($p < 0,001$) нижчими, ніж у контрольній групі, що свідчить про зниження резервних можливостей серця й розвиток кардіальної дизадаптації.

Після застосування комплексного антигомотоксичного препарату фірми Neel Ангіо-ін'єль (1,1 мл двічі на тиждень, в/м) було виявлено достовірне зниження рівня СрдоБЧСС і СрнЧСС у дітей з аритміями, наближаючись до рівня показників у контрольній групі. За даними тимчасового й частотного аналізу визначається зниження активності симпатичних впливів і надсегментарних церебральних систем на структуру серцевого ритму в процесі

лікування. Відмічено достовірне підвищення показників ЗФП на 7,8% і МСК на 11,1% у дітей даної групи, що досягало рівня контрольної групи.

Отже, у дітей з екстрасистолічними аритміями визначається підвищення ЧСС, зниження ВСР і фізичної працездатності. Використання антигомотоксичного препарату фірми Neel Ангіо-ін'єль позитивно впливає на стан регуляторних систем організму, що дозволяє рекомендувати його включення до комплексу лікування дітей із серцевими аритміями.

ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ ПРОПОЗИЦІЙ – АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ

В.П. НЕДІЛЬКО

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ВПРОЦЕСІ реформування системи охорони здоров'я велике значення має розвиток медичної науки, впровадження її досягнень з метою поліпшення якості надання медичної допомоги населенню.

Значне місце серед наукових досліджень Інституту займають питання, які спрямовані на розвиток нових підходів до зниження захворювань дітей та запобігання перинатальній та малюковій смертності.

Протягом останніх трьох років в Інституті виконувались важливі дослідження, спрямовані на: вивчення механізмів прогресування хронічних гепатитів; розробку критеріїв ранньої діагностики рецидивного бронхіту у дітей; прогнозування та ранню профілактику порушень стану здоров'я дітей молодшого шкільного віку; розробку оптимальної технології лікування захворювань сполучної тканини; розробку методів ранньої діагностики епілептичного синдрому у дітей раннього віку; розробку критеріїв діагностики та методів лікування гіпоксичних станів у новонароджених; методів діагностики, реабілітації перинатальних уражень нервової системи новонароджених; розробку продуктів дитячого харчування лікувально-профілактичного призначення; розробку критеріїв інструментальної діагностики функціональних порушень кардіоваскулярної та гепатобіліарної систем у дітей.

Для впровадження результатів досліджень Інститут використовує: видання методичних рекомендацій, інформаційних листів, підготовку посібників, інструкцій, публікації статей в профільних журналах, збірниках Інституту. Нововведення друкуються щороку в «Інформаційному бюлетені Академії медичних наук» та перелік їх направляється в обласні управління охорони здоров'я.

Приділяється велика увага такій активній формі впровадження, як науково-практичні конференції, семінари, «круглі столи».

Однак слід відмітити, що система впровадження результатів науки потребує корінної реформи, спрямованої на підвищення відповідальності в цьому плані головних спеціалістів МОЗ України та обласних управлінь охорони здоров'я. Сьогодні відсутня інформація про використання установами охорони здоров'я наукових рекомендацій.

На наш погляд, слід затвердити «Положення» про впровадження наукових розробок, в якому визначити роль науковців та установ охорони здоров'я в усьому процесі.

ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ – ВАЖЛИВА ПРОБЛЕМА КРАЇНИ

В.П. НЕДІЛЬКО, Т.М. КАМІНСЬКА, С.А. РУДЕНКО

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ВПЕРІОД соціальних і економічних колізій, які переживає наша країна, з кожним роком погіршуються показники здоров'я дітей, збільшується група частохворюючих дітей та дітей з хронічною патологією, зменшується число здорових дітей і зростає кількість дітей-інвалідів.

За даними медико-педагогічних досліджень 49% дітей шестирічного віку і 13% – семирічного сьогодні не готові до навчання в школі. Серед обстежених нами школярів перших класів виявлено 70% з відхиленнями в стані здоров'я, 42% з них мали хронічну патологію. З віком стан здоров'я дітей погіршується, і найбільшу тривогу викликає наймасовіший контингент дитячого населення – школярі.

Наші дослідження свідчать про велику поширеність серед них захворювань ротової порожнини, носоглотки, органів травлення, ендокринної, нервової системи та порушення опорно-рухового апарата. Ця патологія наростає протягом навчальних років.

Серед причин погіршення стану здоров'я дітей слід назвати цілу низку соціальних, медико-організаційних та медико-педагогічних факторів. На наш погляд, великий вплив на показники здоров'я дітей має шкільний фактор.

Школа ставить великі вимоги до дитини, нерідко шкільне навантаження не відповідає фізіологічним можливостям її, що призводить до хронічної перевтоми центральної нервової системи, зниження імунного статусу. Ще більший вплив на стан здоров'я школярів спричинило реформування системи освіти, поява нових освітянських закладів.

Поряд з цим значно погіршилось медичне забезпечення шкіл – поглиблені медичні огляди дітей проводяться, як правило, поверхово, велика кількість дітей з відхиленнями в стані здоров'я не одержують відповідного лікування. Проведені нами дослідження показали, що дирекції шкіл, педагогічні колективи і навіть батьки не мають повної інформації про здоров'я дітей.

Ситуація, яка склалась з організації медичного забезпечення освітянських установ, диктує необхідність реформування шкільної медицини.

Наш досвід свідчить про доцільність створення Державної програми «Освіта і здоров'я», яка дала б можливість вирішити всі питання цієї важливої проблеми.

Наш досвід свідчить, що для оздоровлення дітей шкільного віку, доцільним є організація реабілітаційних центрів (відділень) при школах і дитячих поліклініках.

ПЕРВИННА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

М.В. ХАЙТОВИЧ, Л.І. МІСЮРА, Г.Є. СОЛОГУБ
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

ВІДОМО про зв'язок первинної артеріальної гіпертензії з ожирінням. Актуальність цього питання зростає, оскільки у багатьох країнах, в тому числі Україні, кількість дітей з надмірною масою тіла та ожирінням невпинно зростає.

Однак не завжди діти з надмірною масою мають прояви артеріальної гіпертензії. Тому метою нашої роботи було встановлення зв'язку між артеріальним тиском та схильністю до ожиріння у дітей та підлітків.

На базі Київського міського центру діагностики та лікування вегетативних дисфункцій у дітей та міського дитячого ендокринологічного відділення ДКЛ № 6 м. Києва було обстежено 240 послідовних хворих (88 дівчаток і 152 хлопчики) віком від 8 до 18 років (в середньому $14,61 \pm 1,87$ року), яким призначалось добове моніторування артеріального тиску (використовувались монітори тиску «АВРМ-04/М» фірми «MEDITECH» (Угорщина) з плечовою манжеткою) з метою підтвердження діагнозу: первинна артеріальна гіпертензія.

Серед обстежених у 6,4% маса тіла була нижчою нормальних значень (індекс маси тіла – ІМТ нижче 18 кг/м^2), у 46,4% – відповідала нормальним значенням (ІМТ у межах від 18 кг/м^2 до значень 84 процентилю згідно з віком та статтю дитини). Надмірна

маса тіла (ІМТ 85-95 процентиль) виявлялась у 29,8%, а ожиріння (ІМТ більше 95-го процентилю) – у 17,4% обстежених.

Хворі з нормальним добовим профілем артеріального тиску (12 дітей) у більшості випадків (58,3%) були зниженого або нормального живлення, рідше відмічалась надмірна маса тіла та ожиріння (відповідно у 16,7 та 25,0%). Хворі з нестабільним артеріальним тиском також були переважно нормального живлення (62,5%) і з однаковою частотою (18,75%) у них спостерігались надмірна маса тіла та ожиріння. Хворі з лабільною артеріальною гіпертензією були переважно нормальної конституції (57,1%) або мали надмірну масу тіла (27,0%), лише у 15,9% виявлялось ожиріння. Серед хворих із стабільною артеріальною гіпертензією відмічався найбільший відсоток (35,9%) з надмірною масою тіла і найменший (45,3%) з нормальною або недостатньою. Серед хлопчиків із стабільною та лабільною артеріальною гіпертензією надмірна маса тіла (відповідно у 36,0 і 21,6%) зустрічалась недостовірно частіше, ніж серед хлопчиків з нестабільним профілем артеріального тиску (у 26,7%), а ожиріння навіть рідше (відповідно 17,3 та 5,4% проти 23,3%). Серед дівчаток із стабільною та лабільною артеріальною гіпертензією надмірна маса тіла (відповідно у 35,7 і 34,6%) та ожиріння (відповідно у 21,4 і 30,8%) виявлялись достовірно ($p < 0,05$) частіше, ніж у дівчаток з нестабільним профілем артеріального тиску (відповідно у 5,5 і 11,1%), оскільки 83,3% дівчаток з нестабільним добовим профілем артеріального тиску мали нормальну або недостатню масу тіла.

Таким чином, надмірна маса тіла та ожиріння асоціюються з підвищеним артеріальним тиском, особливо дана залежність виражена у дівчаток передпубертатного та пубертатного віку. Ожиріння без гіпертензії частіше виявляється у хлопчиків. Дані результати вказують на необхідність подальших досліджень з метою вивчення механізмів розвитку артеріальної гіпертензії у дітей та підлітків з надмірною масою тіла та ожирінням.

КОМПЛЕКСНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ВІТАМІНІЗАЦІЇ ТА ЕНТЕРОСОРБЦІЇ У МАТЕРІВ- ГОДУВАЛЬНИЦЬ В УМОВАХ ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ

І.В. ПАЩЕНКО, А.О. ШУЛЬГА, О.С. КРУТЬ
Запорізький державний медичний університет

ВПЛИВ антропогенного забруднення на навколишнє середовище відіграє суттєву роль в стані здоров'я населення різних вікових груп, особливо дітей раннього віку. Одним із шляхів

вирішення проблем інтоксикацій, пов'язаних із забрудненням довкілля і надходженням до організму людини надлишкової кількості ксенобіотиків, є використання препаратів, які можуть зв'язувати ці токсини та виводити їх з організму. Ентеросорбція – це простий, доступний та одночасно ефективний метод, який можна застосовувати як для лікування, так і для профілактики екологічно зумовлених захворювань. Такі ентеросорбенти, як харчові волокна, не викликають, як правило, побічних і токсичних явищ, і їх можна використовувати під час лактації та протягом тривалого часу.

Відомо, що грудне вигодовування є фактором адаптації немовлят до перемінних умов довкілля. Незбалансоване і нераціональне харчування матерів-годувальниць протягом лактації викликає вітамінний дисбаланс у дитини. Це робить особливо актуальним розробку методів профілактичної вітамінізації матерів-годувальниць з метою впливу на стан здоров'я дитини.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності профілактичного використання препарату Прегнавіт для вітамінізації матерів-годувальниць в комплексі з прийомом ентеросорбенту пектину в умовах промислового міста. В якості критеріїв, що дозволяють оцінити ефективність препаратів, нами визначено основні об'єктивні клініко-лабораторні показники, які відображають розвиток та загальний стан організму дитини раннього віку.

В результаті дослідження виявлено, що показники стану здоров'я були кращими у дітей, матері яких отримували полівітаміни та ентеросорбент. Індекс здоров'я дітей в групі спостереження складав 26,9%, а у групі порівняння – 21,4% ($p < 0,05$).

Застосування профілактичної вітамінізації матерів-годувальниць дозволяє знизити захворюваність на гострі респіраторні захворювання дітей, які знаходяться на природному вигодовуванні, у ранньому віці в 1,51 раза, а додаткове попереднє вживання жінкою ентеросорбенту поліпшувало цей показник до 1,7 раза. Встановлені тенденції розповсюджувались і на інші показники стану здоров'я дитини на першому році життя.

Проведені дослідження показали ефективність і безпечність прийому матерями-годувальницями з профілактичною метою полівітамінного препарату Прегнавіт з курсовим щоквартальним призначенням протягом 20 днів ентеросорбенту пектину, що є заходом біопрфілактики та надзвичайно важливо в екологічно несприятливих умовах.

Результати проведеного дослідження свідчать, що профілактична вітамінізація матерів-годувальниць під час лактації позитивно впливає на гармонійність фізичного розвитку дитини на першому

році життя. Систематичне профілактичне застосування вітамінних препаратів для матерів-годувальниць в комбінації з вживанням ентеросорбенту пектину дає змогу зменшити захворюваність дітей раннього віку в умовах великого промислового міста, що дозволяє рекомендувати в екологічно несприятливих умовах застосування вітамінів та ентеросорбентів у комплексі з іншими заходами оздоровлення дітей.

УСКЛАДНЕННЯ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ

О.Г. ІВАНЬКО, О.А. РАДУТНА, М.В. ПАЦЕРА, Н.В. КИЗИМА
Запорізький державний медичний університет

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ вирішує важливі питання контролю інфекційних хвороб у дітей. Використання антибіотиків пов'язано з виникненням цілої низки ятрогенних ускладнень. Особливо гостро стоїть проблема у дітей, які отримують антибіотикотерапію з приводу гнійно-септичних захворювань та туберкульозу, тому що це терапія інтенсивна та довготривала.

До числа загальних побічних ефектів можна віднести: гепатотоксичні, нефротоксичні, ототоксичні, нейротоксичні, імуносупресивні, алергічні та ін., які почали цікавити дослідників останнім часом. Особливе значення мають побічні дії з боку гастроінтестинального тракту, насамперед кишечника. Клінічні спостереження останніх років дали змогу виділити самостійну клінічну форму – ентероколіт, викликаний *Clostridium difficile* (МКХ-10 А 04.7). Антибіотико-асоційованою діареєю (ААД) вважають будь-яку діарею, що виникає з третьої доби лікування антибіотиками (незалежно від дози, кратності, способу введення препарату), протягом терапії та ще одного місяця після її відміни. На наш погляд, важливо привернути увагу педіатрів до цього захворювання. За нашими даними на ААД страждають до 22% пацієнтів, які отримують антибіотики.

Особливий інтерес становить дослідження етіології ААД. Найбільш важливим етіологічним чинником ААД є опортуністична інфекція, викликана *Clostridium difficile*. Клінічно вона проявляється водянистими випорожненнями (секреторна діарея). Також існує особливо небезпечна форма ААД – псевдомембранозний коліт (2-3% випадків), при якому раптово виникає паралітичний ілеус.

Велику увагу привертають побічні дії антибіотиків, які виникають внаслідок лікування дітей з туберкульозом. У таких пацієнтів

діарея має маломаніфестні прояви внаслідок довготривалої специфічної терапії, але ускладнює перебіг основного захворювання.

Ще одна актуальна проблема – це проблема безпечності медперсоналу, який контактує з хворими на поєднані інфекції, які включають активну клостридіальну інфекцію.

Якщо лікування ААД за допомогою ванкомицину та метронідазолу розроблено, то профілактика ААД залишається актуальною і не вирішеною проблемою сучасної медицини. Відомо, що нормальний симбіонт кишечника *Lactobacillus acidophilus* формує шар бактерій (глікокалікс), розташований безпосередньо на поверхні слизової оболонки кишечника. Ми припускаємо гіпотезу, що цей захисний шар в умовах антибіотикотерапії потрібно постійно поновлювати за рахунок дотації пулів лактобацил у вигляді лікарняних форм. Поновлений глікокалікс може протидіяти токсинам і мікробним тілам *Clostridium difficile*-інфекції.

Клінічні спостереження підтвердили клінічну ефективність сучасного пробіотика Lacidofil®, інститут Rosell-Lalemand (*Lactobacillus acidophilus*), який хворі приймали з першого дня антибіотикотерапії: зниження ризику ААД в 5 разів, ААД, викликаного *Clostridium difficile*-інфекцією, – у 8 разів та безсимптомне носійство її у 5 разів. Приблизно такі ж результати отримано при лікуванні рифампіцином хворих на туберкульоз. Вірогідно, що Lacidofil® – зараз єдиний пробіотик, який має профілактичні властивості у відношенні діареї, викликаного *Clostridium difficile*-інфекцією.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ВІТАМІН D-ДЕФІЦИТНОГО РАХІТУ У ДІТЕЙ

В.Г. МАЙДАННИК, М.В. ХАЙТОВИЧ, І.В. КИРИЧЕНКО
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

РАХІТ нині залишається одним із найбільш поширених захворювань у дітей раннього віку. Виникнення рахіту зумовлено дефіцитом вітаміну D та порушенням його метаболізму, що призводить до пошкодження фосфорно-кальцієвого обміну та розвитку симптомів захворювання. Результати популяційних досліджень, проведених Інститутом харчування РАМН, свідчать про недостатню забезпеченість та все більше наростаючий дефіцит вітамінів (А, групи В, С, Е) у дітей, що має значення і в патогенезі рахіту, ускладнює його профілактику. На наш погляд, у дітей, хворих на рахіт, має місце полігіповітаміноз. На цій

підставі можна вважати, що для профілактики захворювання необхідно використовувати не тільки вітамін D та кальцій, а й інші вітаміни.

Ми застосовували з метою профілактики рахіту препарат Джунглі Бебі (водний розчин вітамінів А, С, D₃). Доведено, що водні розчини в 5 разів швидше всмоктуються з травного каналу і сприяють більш швидкому розвитку ефекту, порівняно з олійними розчинами та таблетками, до того ж їх легше дозувати.

Особливістю Джунглі Бебі є те, що препарат дозується в мілілітрах (доза 1 мл = 1 мірній піпетці, що поставляється разом з флаконом), а не в краплях, як більшість інших розчинів вітаміну D, отже зменшується вірогідність прийняття дитиною неадекватної дози. Препарат Джунглі Бебі виробництва Sigmel, Inc. (США), може використовуватись у доношених та недоношених дітей віком до 1 року з метою профілактики та лікування рахіту, а також інших гіпо- та авітамінозів. В 1 мл водного розчину Джунглі Бебі міститься 900 МО вітаміну А, 30 мг вітаміну С, 400 МО вітаміну D₃. Препарат не містить спирту, а отже, не пригнічує дихального центру, та барвників, що суттєво знижує ризик розвитку алергічних реакцій. Препарат приймається 1 раз на добу по 1 мл (по 1 мірній піпетці), під час чи після їди. Препарат можна змішувати з дитячою їжею або давати з ложки. До того ж Джунглі Бебі доступні за ціною та економічні – одного флакону достатньо на 2 місяці використання.

Метою даної роботи була оцінка профілактичної ефективності водорозчинної форми вітамінів Джунглі Бебі щодо вітамін D-дефіцитного рахіту у дітей.

Група спостереження включала 36 дітей першого півріччя життя. Всі обстежені діти знаходились на природному вигодовуванні. Препарат Джунглі Бебі призначали у 1-місячному віці, оцінку профілактичної ефективності проводили через 4-5 місяців. Відмічено, що препарат добре переносився. В результаті застосування Джунглі Бебі у дітей не було проявів рахітичного враження кісток, виявлено, що препарат також сприяє поліпшенню показників фізичного та психомоторного розвитку.

Ефективність препарату Джунглі Бебі в плані профілактики розвитку рахітичного враження кісток у дітей, можливо, пояснюється комплексним впливом не лише вітаміну D, а й вітамінів А та С, що забезпечує в організмі немовлят кращий стан окисного гомеостазу та обміну речовин, посилює метаболізм вітаміну D в паренхіматозних органах, біозасвоєнню кальцію. Подальші дослідження у цьому напрямі є обґрунтованими й доцільними.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

М.В. ХАЙТОВИЧ, Л.І. МІСЮРА, Н.М. КУХТА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

ВИСОКА варіабельність артеріального тиску (АТ) є прогностично несприятливим фактором, оскільки асоціюється з більшою частотою серцево-судинних ускладнень гіпертензії.

Нами проведено добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) у 76 дітей з артеріальною гіпертензією з використанням моніторів тиску «АВРМ-04/М» фірми «MEDITECH» (Угорщина) з плечовою манжеткою. Серед обстежених у 25 хворих (15 хлопчиків та 10 дівчаток віком 12-17 років) виявлено порушення добового профілю АТ у вигляді лабільної артеріальної гіпертензії (ЛАГ), у 30 хворих (20 хлопчиків та 11 дівчаток віком 12-18 років) – стабільної артеріальної гіпертензії (САГ) та у 21 хворого (14 хлопчиків та 7 дівчаток віком 12-17 років) – нестабільного профілю АТ (НестАТ). Середній вік обстежених в представлених групах суттєво не відрізнявся – $14,66 \pm 1,62$, $14,88 \pm 1,56$ та $14,47 \pm 1,63$ року відповідно у хворих із САГ, ЛАГ і НестАТ.

Варіабельність систолічного (АТс) та діастолічного АТ (АТд) визначали за коефіцієнтом варіації (КВ), що є відношенням стандартного відхилення до середнього значення АТ в денний і нічний час.

Виявлено, що у хворих з артеріальною гіпертензією незалежно від типу добового профілю АТ, КВ АТд в денний і нічний час і в середньому $X \pm SD$ суттєво переважав значення КВ АТс (відповідно $15,42 \pm 2,84$ і $14,99 \pm 4,53$ проти $10,02 \pm 1,91$ і $10,18 \pm 2,97$), а також був достовірно вищим контрольних значень. КВ АТд суттєво не відрізнялись у хворих з різними типами добового профілю АТ, КВ АТс в нічний час, у хворих із САГ був достовірно вищим порівняно з хворими з НестАТ ($10,18 \pm 2,97$ проти $8,43 \pm 2,56$; $p < 0,05$).

Варіабельність артеріального тиску, як показали дані кореляційного аналізу, не залежить від віку, антропометричних показників організму, частоти середових скорочень, добового циркадного ритму АТ, не відрізняється у дітей різної статі.

Таким чином, у більшості дітей з первинною артеріальною гіпертензією виявляється підвищена варіабельність діастолічного артеріального тиску, причому вона не залежить від типу добового профілю артеріального тиску, стану вегетативної нервової системи, віку, статі, антропометричних даних, а отже, є маркером захворювання та відображає високу чутливість судин до різноманітних впливів. Чим більш клінічно тяжчою є форма захворювання, тим більшою варіабельність систолічного артеріального тиску в нічний час.

ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Т.Ф. ГОЛУБОВА, Г.Д. КУЛИК, Р.І. МИКОЛАЄВА

Український НДІ дитячої курортології та фізіотерапії.

Дитячий клінічний санаторій «Зміна», м. Євпаторія

ВУМОВАХ наростаючого погіршення здоров'я та збільшення інвалідності, особливо у дітей, які постраждали в результаті різних надзвичайних ситуацій (НС), актуальною стає завдання наукового обґрунтування й впровадження в практику охорони здоров'я спеціальних профілактичних лікувальних заходів, спрямованих на корекцію адаптаційних, регуляторних, функціональних та імунних порушень, підвищення ефективності медико-соціальної реабілітації цієї категорії дітей.

Багаторічними науковими дослідженнями показано й віддаленими результатами переконливо підтверджено, що курорти були і повинні залишатися необхідною ланкою підвищення якості відновного лікування хворих дітей. Для дітей, які постраждали в результаті НС, дуже важливо, що при цьому не тільки поліпшуються механізми стимуляції й корекції природних процесів метаболізму, підвищується загальна резистентність, але й реалізується більш ефективна можливість нормалізації, відновлення та підвищення функціонального резерву й енергетичного потенціалу різних життєво важливих систем дитячого організму, що зумовлює і значно підвищує основи їх стійкості до несприятливих дій.

Проведені дослідження у 1470 дітей, які постраждали від різних НС (техногенних катастроф – із регіонів з радіонуклідним і токсичним забрудненням, від природних – повінь в Закарпатській та і ураган у Волинській областях, соціально-політичного характеру – постраждали від масових трагічних зіткнень, від несанкціонованих вибухів та інших терористичних актів), показали, що це особлива категорія хворих як в клінічному, так і в психологічному плані. Загальним показником неблагополуччя їх здоров'я є так звані «фонові» стани з різним ступенем вираженості психологічних проявів та ослаблення захисних властивостей організму. При оцінці вихідного стану здоров'я було виявлено переважно зміни психологічного і вегетативного статусів, які більшою мірою залежали від особливостей характеру дії надзвичайного чинника (його інтенсивності, раптовості виникнення, тривалості дії, присутності вражаючих чинників НС). Акценти клінічної характеристики розвитку психосоматичних розладів при гостро виниклих або відносно повільному розвитку життя небезпечних ситуацій дещо відрізняються та за умов гострого стресу у більшості частини (до

65%) дітей виникав так званий «синдром психовегетативного напруження». При складанні алгоритму санаторно-курортного лікування нами було використано строго індивідуальний підхід, який, в першу чергу, передбачав на фоні методик санаторно-курортного лікування, що традиційно використовуються, застосування методів корекції вегетативної регуляції, а також методик групової психокорекції та індивідуальної психотерапії для нормалізації зміненого психоемоційного стану.

ФІТОТЕРАПІЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Т.В. СОРОКМАН, Л.Г. ПАЛАМАР

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

СЕРЕД хвороб, у патогенезі яких велику роль відіграють емоційні фактори, одне з перших місць займають деструктивні ураження дванадцятипалої кишки (ДПК). Метою даного дослідження було вивчення психологічних особливостей особистості дітей, хворих на виразкову хворобу ДПК, та оцінка ефективності фітокорекції виявлених порушень.

Нами на базі гастроентерологічного відділення міської дитячої лікарні було обстежено 30 дітей віком 10-18 років. Програма медичного обстеження включала: анкетування за спеціально розробленими анкетами, вивчення родоводу, психологічного типу особистості за допомогою тесту Айзенка, характеру за патохарактерологічним опитувальником А.Є. Личко.

За даними анкет встановлено, що психотравмуючі ситуації в родині були у 65% дітей. Генеалогічний аналіз виявив у 75% дітей обтяжену спадкову схильність. Емоційна депривація є наслідком відчуження дитини від емоційно значущих для неї людей у відповідальному періоді становлення особистості, що зумовлює в наступному дефіцит навичок спілкування. При порушенні емоційних зв'язків у ранньому дитинстві виразкова хвороба при обтяженому спадковому анамнезі розвивається дуже рано, відрізняється більш тяжким перебігом із частими рецидивами, ускладненнями, стійким больовим синдромом. Якщо емоційні зв'язки були порушені у передпубертатному періоді, виразкова хвороба перебігає більш сприятливо.

В гострому періоді хвороби переважали психастенічна та лабільна акцентуації характеру, інтравертований тип поведінки,

психоемоційна нестабільність, виражений стан тривоги. Найчастіше серед хворих на виразкову хворобу дітей зустрічалися наступні типологічні особистості: крайні інтраверти (хлопчики 16%, дівчатка 27%), середні інтраверти (хлопчики 34%, дівчатка 55%), середні екстраверти (хлопчики 45%, дівчатка 26%), крайні екстраверти (хлопчики 5%, дівчатка 2%). Виявлені нами психосоматичні особливості перебігу виразкової хвороби диктують необхідність розробки диференційованих програм лікування та профілактики даної патології у дітей.

Нами проведено клінічну апробацію фітопрепарату Геларіум Гіперікум (препарат із рослини Звіробій продирявлений фірми «Біонорика АГ», Німеччина) у дітей, хворих на виразкову хворобу ДПК. Фітопрепарат застосовували по 1 драже (255-285 мг екстракту звіробою, 0,9 мг гіперечину) впродовж 4 тижнів. Підвищення настрою, відчуття бадьорості, значне зниження астенічної, тривожної та іпохондричної симптоматики спостерігалось уже на початку другого тижня лікування, а через три тижні рееструвався виражений клінічний ефект. Застосування фітопрепарату Геларіум Гіперікум не супроводжувалося будь-якими побічними ефектами, в тому числі й випадками індивідуальної гіперчутливості.

Таким чином, застосування фітопрепарату Геларіум Гіперікум сприяє зменшенню симптомів психоемоційного стресу у дітей, хворих на виразкову хворобу ДПК, що призводить до переривання патогенетичного ланцюга формування стійких функціональних і структурних змін у гастродуоденальній ділянці. Поєднання ефективності й безпечності, відсутність вікових змін фармакодинаміки і фармакокінетики робить цей препарат особливо цінним засобом в педіатричній практиці. Запропонований фітопрепарат є високо-ефективним і безпечним препаратом як для стаціонарного, так і амбулаторного застосування.

ПРОФІЛАКТИКА НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ДИХАЛЬНУ СИСТЕМУ ДІТЕЙ

В.І. ЧЕРГІНЕЦЬ, Н.С. БАШКІРОВА

Дніпропетровська державна медична академія

НЕГАТИВНА роль тютюнопаління у розвитку багатьох захворювань добре відома. Особливо це стосується дихальної системи. Негативний вплив на бронхи тютюну розпочинається в віці, коли його дія на незрілі легені найбільш шкідлива. Нашими до-

слідженнями доведено, що у дітей під впливом тютюнового диму відбувається порушення функціонального стану осморецепторів, холінорецепторів слизової оболонки бронхів та розбалансування центральних механізмів регуляції тону бронхів з боку вегетативної нервової системи. У більшості дітей такі зміни є функціональними і тому для запобігання морфологічній перебудові слизової оболонки бронхів та розвитку захворювань дихальної системи доцільно застосовувати методи профілактики негативного впливу тютюнового диму.

Метою нашої роботи була розробка методи корекції патологічних змін у функціональному стані бронхіальних рецепторів, що виникли під впливом тютюнового диму.

У дослідженні брали участь 80 дітей віком 12-16 років, які активно чи пасивно палили. Дітей було розподілено на три групи: першу групу складали 20 дітей, які в якості протекторного засобу негативного впливу тютюнового диму отримували препарат аевіт дозою 0,2 г двічі на день протягом 30 днів. До другої групи було включено 20 дітей, які отримували токоферолу ацетат по 0,1г 1 раз на день протягом місяця. Третю групу складали 20 дітей, які отримували курс інгаляції фізіологічного розчину NaCl 0,9% в режимі ультразвукового розпилу по 5 хвилин двічі на день, протягом 10 днів. Четверту (контрольну) групу складали 20 дітей, які не отримували засобів зменшення негативного впливу тютюнового диму. Позитивний ефект оцінювали за зміною рівнів бронхіальної чутливості до неізотонічного подразника (дистильованої води) до та після курсу терапії.

Після курсу антиоксидантної вітамінотерапії в першій групі стан підвищеної бронхіальної чутливості (ПБЧ) у відповідь на неізотонічний подразник реєструвався у 2 дітей ($p_{\text{кр}} < 0,01$). Підвищення бронхіальної чутливості до неізотонічного подразника в цій групі не реєструвалось. У 16 дітей реакції бронхів не змінилися. В групі дітей, які отримували курс вітаміну Е, стан ПБЧ реєструвався у 2 дітей. Рівень бронхіальної чутливості зменшився у 3 дітей ($p_{\text{кр}} < 0,01$). Підвищення бронхіальної чутливості на неізотонічний подразник не реєструвалось. Після курсу інгаляцій ізотонічного розчину в режимі ультразвукового розпилу стан ПБЧ реєструвався лише у 2 дітей. У 18 пацієнтів бронхіальна чутливість зменшилась та у 2 залишилась на базальному рівні ($p_{\text{кр}} < 0,01$). В контрольній групі, де діти не отримували інгаляцій фізіологічного розчину, при визначенні рівнів бронхіальної чутливості на неізотонічний подразник у 19 дітей вона залишилась без змін, у 1 – підвищилась ($p_{\text{кр}} < 0,01$).

Зіставлення змін у функціональному стані осморецепторів дітей, які отримували інгаляції фізіологічного розчину, з резуль-

татами тестів контрольної групи виявило достовірні розбіжності ($\chi^2=32,8 > \chi^2_{01}=9,21$ або $p < 0,01$). Порівняння змін рівнів бронхіальної чутливості у групах дітей, котрі отримували антиоксидантні вітаміни, з контрольною групою визначив суттєві відмінності ($\chi^2=5,99 > \chi^2_{05}=5,99$ або $p < 0,05$).

Таким чином, використання ультразвукових інгаляцій фізіологічного розчину та антиоксидантних препаратів (вітамін Е, аевіт) сприяє нормалізації зміненої негативним впливом тютюнового диму чутливості бронхіальних рецепторів.

ОБГРУНТУВАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМУ СИНДРОМІ ІНФЕКЦІЙНОГО ГЕНЕЗУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

О.М. ПЛАТОНОВА, І.Л. БАБІЙ, В.І. ВЕЛИЧКО
Одеський державний медичний університет

ЗРОСТАННЯ випадків гострих респіраторних інфекцій (ГРІ), що перебігають з бронхообструктивним синдромом, особливо рецидивних форм у дітей старшого віку, зумовлюють актуальність проблеми терапії та реабілітації означеного контингенту хворих. Зростання частоти бронхообструктивних форм ГРІ виникає внаслідок екзо- та ендогенних впливів. Через підвищення забрудненості навколишнього повітряного середовища, змін вірусно-бактеріального пейзажу простежується дисрегуляція інтегративних систем дитячого організму, зниження активності специфічних та неспецифічних захисних механізмів як на місцевому, так і системному рівнях.

При бронхообструктивних станах у виникненні бронхоконстрикції, накопиченні слизу та набряку слизової оболонки суттєву роль відводять дисбалансу функціонального стану відділів вегетативної нервової системи.

Вивчення стану вегетативної нервової системи за допомогою кардіоінтервалографії за методом Р.М. Баєвського у дітей з гострим обструктивним бронхітом дозволило виявити збільшення M_0 , варіаційного розмаху (Δx) та достеменно зменшення амплітуди моди ($A M_0$), індексу напруження (ІН) регуляторних систем, що свідчить про перевагу активності парасимпатичного відділу, підвищення гуморального контуру регуляції та перевагу автономного рівня функціонування ВНС у досліджуваних пацієнтів.

Констатовано суттєве зменшення значень інтегративних показників індексу вегетативної рівноваги ($p < 0,001$), ПАПР ($p < 0,001$),

вегетативного показника ритму ($p < 0,001$), які вказують на підсилення гуморального контуру регуляції та перевагу автономного рівня функціонування ВНС у досліджуваних дітей.

При проведенні кліно-ортостатичної проби (ІН1, ІН2) також спостерігається переважання впливу парасимпатичного відділу ВНС, що підтверджує достеменно підвищення M_0 ($p < 0,001$), Δx ($p < 0,001$) та достеменно зменшення $A M_0$ ($p < 0,001$), ІН2 ($p < 0,001$). Відмічається підвищення показника ІН2/ІН1 ($p < 0,001$), що свідчить про гіперсимпатикотонічний тип вегетативної реактивності.

Вивчення місцевих порушень свідчило про наявність запальних змін інфекційного генезу у вигляді нейтрофільного характеру мокротиння, підвищення рівня епітеліальних клітин з елементами деструкції за цитологічним аналізом за методом Л.М. Матвєєвої.

Звертає увагу виявлення порушень реологічних властивостей мокротиння у більшості обстежених. Оцінку реологічних якостей проводили шляхом комп'ютерного визначення часу релаксації мокротиння на пристрої «microREOMETBER».

Таким чином, результати обстеження демонструють наявність дизрегуляторного синдрому з боку вегетативної нервової системи, суттєві порушення реологічних якостей мокротиння. Зазначене зумовлює необхідність включення до комплексу терапії препаратів муколітичної, спазмолітичної дії та вегетокоригувальної дії.

ЩОДО СТВОРЕННЯ УКРАЇНСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО СТАНДАРТУ ОЦІНКИ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

С.Є. ФОКІНА, Ю.М. НЕЧИТАЙЛО, В.В. БЕЗРУК, О.Г. ДОЛЖЕНКО*

Буковинський державний медичний університет.

*Міська дитяча клінічна лікарня № 1, м. Чернівці

НЕРВОВО-ПСИХІЧНИЙ розвиток дитини є важливим показником психічного та соматичного здоров'я. Адекватна та своєчасна оцінка нервово-психічного розвитку дітей дозволяє виявити ранні відхилення у стані здоров'я та відокремити як групу дітей із відставанням у нервово-психічному розвитку, так і з селективними порушеннями розвитку (відставання мовного розвитку, чи затримка дрібної моторики, порушення соціалізації тощо). Діагностика та корекція порушень нервово-психічного розвитку є однією з найактуальніших проблем сьогодення в Україні на тлі високої дитячої смертності та постійного збільшення числа

новонароджених із різними захворюваннями, які призводять до обмеження життєдіяльності та соціальної дизадаптації.

Складність оцінки нервово-психічного розвитку дітей дошкільного віку для лікаря-педіатра зумовлена відсутністю національного стандарту оцінки нервово-психічного розвитку. Загальноприйняті англійські шкали для оцінки (Бейлі, Денверська, Векслера тощо) не мають адаптації українською мовою та сучасної верифікації, оскільки створювались в 60-70 роках минулого сторіччя. Російськомовні шкали оцінки (Мазурін та Воронцов, Фрухт, Журба тощо) не засновані на непараметричній (перцентильній) оцінці та також є умовно застарілими.

З метою визначення адекватності застосування Денверської скринінгової шкали оцінки нервово-психічного розвитку лікарем-педіатром нами було проведено дослідження із одномоментним зрізом для формування вибірки 288 дітей дошкільного віком від 3 до 6 років, які знаходились у дитячих дошкільних закладах міста Чернівці та Чернівецької області. Оцінювали фізичний розвиток (за регіональним стандартом), нервово-психічний розвиток (за Денверською шкалою, шкалою Мазуріна-Воронцова), стан здоров'я та вплив на нього факторів мікросоціальних та середовища (за картою поглибленого збору анамнезу).

За результатами проведених досліджень визначено, що 68,5% дітей мали середні показники фізичного розвитку, були віднесені до 1 та 2 груп здоров'я. Із загальної кількості дітей 34,72% мали затримку мови за Денверською шкалою та 45,13% за шкалою Мазуріна-Воронцова, жодна дитина не відставала за показниками грубої моторики за шкалою Мазуріна-Воронцова та тільки 25% – за Денверською шкалою (в основному за рахунок виконання таких тестів, як балансування на 1 нозі та хода назад). За показниками розвитку дрібної моторики та соціалізації за Денверською шкалою 49,65% дітей мали відставання (нижче 25-ої перцентилі) або випередження (вище 90-ої перцентилі).

Ці результати можна пояснити такими факторами, як складність проведення Денверського тесту в умовах дитячого дошкільного закладу, різниця в американських та вітчизняних педагогічних підходах до розвитку дітей дошкільного віку (ігри, навчання тощо), акселеративна різниця в нормативних показниках нервово-психічного розвитку дітей минулого століття та сучасних.

Проведені дослідження, на нашу думку, вимагають необхідності створення сучасного національного українськомовного стандарту оцінки нервово-психічного розвитку дітей дошкільного віку для впровадження у роботу дитячих поліклінік та стаціонарів.

ОСОБЛИВОСТІ СНУ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПЕРИНАТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Д.Ю. НЕЧИТАЙЛО, С.Є. ФОКІНА, В.В. БЕЗРУК

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ЗДОРОВИЙ сон відіграє важливу роль у підтриманні гомеостазу, в адаптації до умов зовнішнього середовища, в забезпеченні цілісного функціонування організму людини. Розлади сну в дитячій популяції коливаються від 9 до 13%, а найчастіше зустрічається таке порушення фізіологічного сну, як безсоння. Не менш важливим є те, що певні порушення засинання та спання можуть бути як ознаками захворювань вегетативної системи, так і проявами інших соматичних чи психічних хвороб. В даній ситуації дуже важливим є виважений диференційований підхід до діагностики розладів сну.

Зрозуміло, що найбільш важливим для лікарів-педіатрів є визначення причин, які приводять до даних розладів, та вчасне виділення групи ризику. Саме до такої групи відносяться діти, які перенесли перинатальну патологію ЦНС. Виходячи з цього, метою нашої роботи було визначення особливостей сну та діагностування виявлених порушень, згідно з останньою класифікацією, у дітей з перинатальною патологією ЦНС. Нами було обстежено 36 дітей (основна група) віком від 5 до 8 років, які знаходились на лікуванні в неврологічному відділенні, та контрольну групу (19 дітей) із гастроентерологічного відділення МДКЛ № 1 м. Чернівці. При цьому використовувався комплекс клінічних та соціометричних методик.

У 55% дітей з перинатальною патологією було виявлено певні порушення сну, в той час як у контрольній групі їх відмічено тільки у 2 (10,0%) дітей. У 17% дітей спостерігався подовжений період засинання, ці діти відчували збудження і не могли заснути впродовж 1-2 годин. У 22% дітей відмічили часті пробудження (до 9 разів за ніч) при збереженні загальної картини сну. У 2 дітей виявлено безсоння з підвищеною сонливістю в денний час та у 14% дітей – ранні пробудження. Цікавим є те, що у 14% дітей було виставлено діагноз нейроциркуляторної дистонії. Психовегетативний синдром спостерігався у 11% досліджуваних, у 1 дитини виявлено ознаки перманентної вегетативної недостатності. Крім того, у 2 обстежуваних відмічались періодичні запаморочення, не пов'язані з іншими захворюваннями, у 39% дітей зустрічався періодичний головний біль різної інтенсивності, з них у 47% мігренозного характеру.

Таким чином, ми встановили досить значну частоту порушень сну у дітей з перинатальною патологією ЦНС, що вказує на необ-

хідність більш ретельного обстеження цих дітей, коректного лікування та своєчасної профілактики можливих ускладнень.

СУЧАНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Ю.М. НЕЧИТАЙЛО, Н.І. КОВТЮК, І.Д. ШКРОБАНЕЦЬ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ЯКІСТЬ життя дитини залишається поза увагою як лікарів-педіатрів, так і оточуючих. Переважно поняття якості життя застосовується при тяжкій хронічній патології (цукровий діабет, онкозахворювання тощо). В педіатричній практиці найчастіше погіршують якість життя больові синдроми різного походження. Хронічні форми болю спостерігаються як при певних нозологіях (мігрень, головний біль напруження, кластерна цефалгія), так і у вигляді синдрому при різних видах соматичної та неврологічної патології. Синдром хронічного болю у дітей становить важливу медико-соціальну проблему, його прояви мають місце у 60-70% дітей, госпіталізованих до лікарні. Соціальними наслідками тривалого больового синдрому є зниження якості життя дитини, погіршення успішності, порушення сну, пам'яті, психоемоційні розлади.

Метою нашої роботи було удосконалення оцінки больового синдрому у дітей старшого віку та визначення ефективності різних знеболювальних засобів. В даному дослідженні ми проаналізували результати, отримані у 34 дітей (9-15 років) із синдромом хронічного головного болю, який супроводжував різні неврологічні захворювання. Всі діти отримували комплексну терапію основного захворювання. Для зменшення больового синдрому у дітей двох груп (по 12 дітей), крім того, застосовувався впродовж 6 днів комбінований препарат Тилда (парацетамол, диклофенак, хлорзоксазон) та диклофенак. Результати порівнювалися із контрольною групою, яка отримувала плацебо.

Оцінка болю проводилася за 5-бальною шкалою інтенсивності болю (McGill, 1989) та шкалою оцінки емоційного кольоросприяття. Окрім того, враховувалися: локалізація болю, поширеність, зміна інтенсивності впродовж дня, зв'язок з фізичною та розумовою активністю, зміни у поведінці, вплив на показники якості життя, тонус м'язів та стан терморегулюючої системи організму дитини тощо.

Головний біль у дітей при прийомі до стаціонару переважно був інтенсивним (35,3%) та у 47,1% поєднувався з м'язовим напруженням. Інтенсивність болю за шкальною оцінкою складала $3,0 \pm 0,15$

бала в основній групі та $2,8 \pm 0,25$ – в контрольній. У 2 дітей із контрольної групи та у 8 (33,0%) із основної спостерігалось підвищення м'язового тону. Відмічено, що у 91,2% дітей наявність болю призводила до обмеження фізичної активності, у 88,2% – до погіршення розумової працездатності, у 50% дітей – до порушень сну.

Результати лікування за групами були наступними. Прийом плацебо викликав відчуття зменшення болю у 60% дітей, але тривалість полегшення була меншою 4 годин. Серед дітей, які отримували комбінований препарат, полегшення відмічено у 91,7% із тривалістю ефекту від 6 до 12 годин. Достовірна різниця в інтенсивності болю відмічалася вже на другу добу і найбільш значущо – на четверту ($0,29 \pm 0,11$ проти $1,4 \pm 0,16$ в контрольній, $p < 0,05$). Серед дітей, які отримували диклофенак, полегшення відмічено у 75%, а інтенсивність болю на 4 добу складала $0,96 \pm 0,14$.

В результаті лікування больового синдрому у дітей спостерігалось поліпшення показників якості життя, відновлення фізичної активності, розумової працездатності та сну. Оцінка якості життя дітей з різними порушеннями та лікування болю та його функціональних наслідків вимагають подальшого вивчення й удосконалення.

ВИГОДОВУВАННЯ НЕМОВЛЯТ – ІСНЮЧІ ПОГЛЯДИ ТА ПЕДІАТРИЧНА ПРАКТИКА

Ю.М. НЕЧИТАЙЛО, С.Є. ФОКІНА, Л.В. МЕЛЬНИЧУК, Д.Ю. НЕЧИТАЙЛО
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ЗА УМОВ зміни парадигми педіатричної практики від традиційної до орієнтованої на рекомендації ВООЗ та європейської й американської практики виникли проблеми єдиного підходу до вузлових питань вигодовування немовлят. Ця проблема постає і перед викладачами медичних навчальних закладів, у яких є потреба в удосконаленні підготовки фахівця в світлі Болонського процесу, уніфікації поглядів на дитячу нутріціологію. Природною моделлю раціонального вигодовування дитини є грудне вигодовування. Саме воно забезпечує специфічні завдання оптимального, в тому числі інтелектуального, розвитку дитини та адаптації її до реальних умов соціально-біологічного середовища.

Незважаючи на прийняту МОЗ України програму підтримки лактації та заохочення грудного вигодовування, кількість дітей на природному вигодовуванні залишається низькою. Значна роль у заохоченні до природного вигодовування належить медичним

працівникам. Ми провели анкетування викладачів педіатрії та лікарів-педіатрів, в тому числі дільничних педіатрів та сімейних лікарів, за яким визначили відношення лікарів до проблемних питань вигодовування немовлят.

За результатами анкетування визначено декілька груп «проблемних питань» у відповідях, на які відмічались найбільші розбіжності.

1. Дефініції природного вигодовування.
2. Знання фізіологічних основ травлення дитини, особливостей «лактотрофного» та «перехідного» типів травлення.
3. Режим годування – вільний чи фіксований, нічне годування.
4. Наявність та особливості перебігу лактаційних кризів.
5. Використання аксесуарів для природного та штучного вигодовування – молоковідсмоктувачів, коректорів, накладок тощо.
6. Терміни, час та якість введення прикормів та корекції харчування.
7. Використання та якість води для допоювання від народження дитини.
8. Алгоритм вибору штучної суміші.

За результатами анкетування лише 25% лікарів чітко визначились щодо терміну природного вигодовування. Незважаючи на те, що за статистичними даними відсоток дітей, які знаходяться на природному вигодовуванні, становить 45%, а по деяких дільницях до 60%, більшість лікарів вважає реальною цифрою дітей близько 30%. Щодо режиму вигодовування 80% лікарів назвали оптимальним інтервалом між годуваннями 2-2,5 години. Всі опитані негативно віднеслись до продовження годування грудним молоком після року. Також всі лікарі єдиним критерієм ефективності природного вигодовування назвали прибавку у масі, 25% вказали показники психомоторного розвитку. Причинами введення дитини на штучне вигодовування лікарі назвали відсутність молока у матері, а також захворювання матері, ензимопатії у дитини. При відповіді на проблемні питання введення прикорму лише 15% лікарів вказали терміни введення прикорму після 5 місяців, інші вказували вік від 2 до 4 місяців. Немає чіткої уяви про терміни та склад введення наступних прикормів – другого та третього. Особливі труднощі виникли при відповіді на питання корекції харчування.

Значні розбіжності у відповідях педіатрів, на нашу думку, зумовлені відсутністю українського національного консенсусу щодо вигодовування немовлят, досягнення якого є важливою складовою формування системи «оптимального раціонального харчування дітей».

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ ГАСТРИТОЛ У ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Н.В. НАГОРНА, О.В. БОРДЮГОВА, Г.В. ДУБОВА, Н.М. КОНОПКО, Н.О. ЧЕТВЕРИК
Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ЗА ОСТАННІ роки частота хронічних уражень гастродуоденальної зони у дітей збільшилась більш ніж у 1,5 раза і складає 140 на 1000 осіб, при цьому 85-90% становлять функціональна диспепсія та хронічний гастродуоденіт. Вони супроводжуються порушенням самопочуття, зниженням якості життя та соціальної активності хворих дітей, що зумовлює важливість своєчасного призначення раціональної терапії та профілактики їх прогресування в подальшому. Доведено, що раціональна терапія дітей з захворюваннями гастродуоденальної зони повинна включати дієтичне харчування, регулярний прийом їжі, оздоровлення шлунково-кишкового тракту, нормалізацію діяльності центральної та вегетативної нервової системи. Пошук нових шляхів вирішення означених завдань привернув нашу увагу до комплексного рослинного препарату Гастритол, що вміщує лапчатку гусину, ромашку аптечну, корінь солодки, звіробій, полин, кардобенедикт та дягель. Біологічно активні речовини цих рослин (таніни, флавоноїди, кумарини, фуранокумарини, хамазулен, гіперцин та ін.) здатні викликати ряд місцевих позитивних ефектів в шлунково-кишковому тракті та центральну дію на секреторну й моторну функції травної системи, а також здійснювати седативний, антидепресивний та вегетостабілізуючий ефект.

Вивчення клінічної ефективності Гастритолу і стало метою нашої роботи.

Під спостереженням знаходилась 51 дитина віком 6-17 років з захворюваннями гастродуоденальної зони: 29 осіб (13 хлопчиків, 16 дівчаток) мали функціональну диспепсію, 22 дитини (9 хлопчиків, 13 дівчаток) – хронічний гастродуоденіт. У 11 дітей з функціональною диспепсією та у 9 хворих з хронічним гастродуоденітом супутньою була дискінезія жовчовивідних шляхів. Діагноз встановлювали за міжнародними стандартами.

Монотерапію Гастритолом проводили протягом 3-х тижнів тричі на день через 30 хв після прийому їжі по 1 краплі на рік життя дітям 6-12 років та по 20 крапель дітям понад 12 років. Одержані результати свідчили про позитивну динаміку самопочуття та клінічного стану хворих. Так, зникнення больового синдрому констатовано у 98,0±1,9% дітей, нормалізацію апетиту – у 94,1±3,3%, зменшення метеоризму – у 98,0±1,9%, врегулювання випорожнень – у 96,1±2,7% пацієнтів. У всіх пацієнтів виявлено поліпшення показників психоемоційного статусу у вигляді підвищення активнос-

ті та працездатності. Зменшення тривожності та депресії відбулося у 96,1±2,7% пацієнтів, нормалізація сну – у 98,0±1,9% хворих. Під час лікування Гастритолом небажаних побічних ефектів не виявлено. Ефективність препарату як «відмінну» оцінили 87% дітей та їх батьків, як «добру» – 13% опитуваних.

Таким чином, Гастритол позитивно впливає на самопочуття, клінічний стан хворих, сприяє зникненню проявів больового, диспептичного та астеноневротичного синдромів, що робить доцільним його призначення при функціональній диспепсії, хронічному гастродуоденіті та дискінезії жовчовивідних шляхів у дітей. Одержані нами результати свідчать про високу клінічну ефективність Гастритолу в якості монотерапії захворювань гастродуоденальної зони у дітей та дозволяють рекомендувати його для впровадження в практику педіатрів, дитячих гастроентерологів, сімейних лікарів.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МІОКАРДИТУ У ДІТЕЙ

В.О. КОНДРАТЬЄВ, Г.В. КУЛІКОВА, Н.І. АБАТУРОВА, Д.П. ПАТАЛАХ
Дніпропетровська державна медична академія.
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Дніпропетровськ

ВОСТАННІ роки в педіатричній кардіології залишається актуальною проблема диференціальної діагностики неревматичних захворювань серця, зокрема, гострого інфекційного міокардиту (ІМ). Труднощі своєчасної діагностики примушують шукати нові інформативні діагностичні критерії ІМ, що могло б запобігти формуванню у таких дітей хронічної серцевої недостатності та інвалідності. Не викликає сумніву вплив ступеня тяжкості ІМ на його перебіг та терміни відновлення систолічної та діастолічної функцій лівого шлуночка, що, у свою чергу, визначає тривалість та інтенсивність терапії, впливаючи на прогноз захворювання.

З метою удосконалення діагностики ІМ у дітей нами було розроблено диференціально-діагностичні таблиці для оцінки ступеня тяжкості цього захворювання. Під спостереженням перебували 106 хворих віком 1-16 років: 57 (53,8%) дівчаток та 49 (46,2%) хлопчиків. Переважали діти шкільного віку – 67,9% хворих. Діагноз встановлювали відповідно до рекомендацій ВООЗ (1985) і NYHA (1973). За допомогою математичних методів аналізу було визначено найбільш інформативні клінічні, лабораторні, електрокардіографічні та ехокардіографічні ознаки міокардиту. Проаналізовано та зіставлено численні ознаки ІМ різного ступеня

тяжкості, для найбільш інформативних ознак міокардиту визначено діагностичні коефіцієнти.

Підвищення рівня гострофазових показників (швидкість осідання еритроцитів, серомукоїд, креатинфосфокіназа, С-реактивний протеїн) відмічалось при середньотяжкому й тяжкому перебігу захворювання, тоді як при легкому перебігу такі зміни зустрічались рідко і не були інформативними. За даними доплерехокардіографічного обстеження (ДопплерЕхоКГ) для хворих з легким перебігом ІМ було характерним зниження часу уповільнення швидкості тансітрального кровоплину у фазі раннього наповнення та часу ізовольмічного розслаблення лівого шлуночка. Також у таких хворих збільшувався кінцево-систоличний об'єм лівого шлуночка (КСО) при нормальних показниках його кінцево-діастолічного об'єму (КДО) та недостовірному зниженні фракції викиду (ФВ). При середньотяжкому перебігу ІМ були збільшеними як КСО, так і КДО, знижувалось співвідношення пікових швидкостей раннього і пізнього діастолічного наповнення лівого шлуночка за даними ДопплерЕхоКГ. Підвищення електричної активності лівого шлуночка, зниження вольтажу зубців на ЕКГ було більш характерним для тяжкого перебігу ІМ. У цій групі хворих також відмічалось значне зниження ФВ і підвищення показників КСО і КДО лівого шлуночка. Порушення біоелектричної активності серця за даними ЕКГ характеризувалися складнокомбінованими, політопними порушеннями ритму й провідності.

Таким чином, аналіз клініко-лабораторних та інструментальних показників діяльності серцево-судинної системи за допомогою розроблених диференціально-діагностичних таблиць дозволив визначати ступінь тяжкості ІМ уже при первинному обстеженні хворого, в гострому періоді захворювання, що надалі зумовлювало обсяг та інтенсивність терапії, терміни і тривалість диспансерного спостереження хворих педіатром і кардіологом.

КАРДІОРЕВМАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ПЕРЕВАЖНИХ ІНГІБІТОРІВ ЦИКЛООКСИГЕНАЗИ-2 У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, С.П. КРИВОПУСТОВ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

НЕСТЕРОЇДНІ протизапальні засоби (НПЗЗ) – одні з найбільш вживаних засобів у світі, їх використовуює близько 20% населення Земної кулі.

Ще в 1971 р. дослідники з Великої Британії на чолі з J. Vane відкрили основний механізм дії НПЗЗ, пов'язаний з інгібуванням активності циклооксигенази (ЦОГ) – ключового ферменту метаболізму арахідонової кислоти, попередника простагландинів.

ЦОГ-1 виробляється в звичайних фізіологічних умовах, впливає на функцію нирок і судин, захищає слизову оболонку шлунка тощо. ЦОГ-2 виробляється в процесі запалення, саме вона є відповідальною за виникнення лихоманки та болю.

Серед НПЗЗ виділяють селективні інгібітори ЦОГ-1 (низькі дози аспірину), неселективні інгібітори ЦОГ-1 і ЦОГ-2 (більшість НПЗП), переважні інгібітори ЦОГ-2 (мелоксикам, німесулід), специфічні інгібітори ЦОГ-2 (коксиби).

В світі роботи із створення нових, суперселективних НПЗП продовжуються. Так, у Великій Британії допущено до клінічного застосування у дорослих препарат коксибів другого покоління, який дещо перевершує відомі препарати за вибірковістю дії до ЦОГ-2. У США й країнах Європи схвалено перший специфічний інгібітор ЦОГ-2 для парентерального введення у дорослих.

Однак слід пам'ятати, що коксиби заборонені для застосування в педіатрії, й оптимальним засобом для педіатричної ревматології серед селективних інгібіторів ЦОГ-2 є саме німесулід.

В педіатричній кардіоревматології накопичено багаторічний досвід використання селективного інгібітора циклооксигенази-2 Найз (німесулід) виробництва Dr. Reddy's Laboratories (Індія). Зокрема, показано його високу ефективність та безпечність в комплексному лікуванні дітей та підлітків з ювенільним ревматоїдним артритом та реактивними артропатіями у кардіоревматологічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні № 2 м. Києва – клінічній базі кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

До важливих механізмів німесуліду для ревматології дитячого віку слід віднести інгібіцію синтезу простагландинів, синтезу лейкотрієну В₄, запобігання гіперальгезії, інгібіцію еластази, колагенази, металопротеїнази, збільшення синтезу інгібітора активатора плазміногену-1 синовіальними фібробластиами, інгібіцію вивільнення гістаміну тощо.

Німесулід виявляється в синовіальній рідині триваліший час, ніж в плазмі, що особливо важливо для лікування захворювань суглобів.

Останніми роками було показано нові механізми дії німесуліду: так, нейтрофіли, які накопичуються у вогнищі запалення, виділяють різноманітні оксиданти, відповідальні за тканинне пошкодження, серед них найбільш агресивними є гіпохлорна кислота

і хлорамін, які інактивують інгібітори протеаз, а німесулід при цьому працює як скевенджер («сміттяр») гіпохлорної кислоти і забезпечує її видалення з вогнища запалення. Саме ця кислота розглядається як один із провідних індукторів деструкції сполучної тканини при запаленні.

Дозування препарату Найз в педіатрії: дітям 1,5 мг/кг маси тіла 2-3 рази на добу (не більше 5 мг/кг на добу) у вигляді суспензії орально (в 5 мл суспензії 50 мг німесуліду), а підліткам по 1 таблетці двічі на добу внутрішньо (в 1 таблетці 100 мг німесуліду).

АНТИГОМОТОКСИЧНА ТЕРАПІЯ В ПРАКТИЦІ СУЧАСНОЇ ПЕДІАТРІЇ

С.П. КРИВОПУСТОВ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

АНТИГОМОТОКСИЧНА терапія – концепція лікування, яка базується на принципах гомотоксикології – вчення про механізми впливу гомотоксинів на організм, процеси їх утворення, накопичення, метаболізму та виведення. Гомотоксини, згідно з вченням д-ра Рекевега, – токсичні речовини екзогенного або ендogenousного походження (токсини вірусів, бактерій, солі важких металів, пестициди, продукти розпаду власних тканин), які активують в організмі людини захисні реакції. Антигомтоксичні препарати виробництва фірми «Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ» є комплексними біологічними засобами, які при цьому ініціюють, активізують та регулюють захисні механізми організму, відновлюють процеси саморегуляції та детоксикації. Практично в усіх розділах сучасної педіатрії тепер широко застосовуються антигомтоксичні препарати «-Heel».

Так, за наявності риніту широкої популярності набув назальний спрей *Euphorbium compositum Nasentropfen S*. В терапії та профілактиці гострих респіраторних інфекцій широко застосовують *Engystol* або *Grippe-Heel*. В терапії гаймориту та інших синуситів може використовуватися *Mucosa compositum*, *Echinacea compositum S*, *Traumeel S*, *Euphorbium compositum Nasentropfen S*. При отитах – *Echinacea compositum S*, *Traumeel S*, при зовнішніх отитах використовується мазь *Traumeel S*, при больовому синдромі – свічки *Viburcol*, при лімфаденіті – *Lymphomyosot*. При аденоїдних вегетаціях приймають *Lymphomyosot* на тлі назального спрею *Euphorbium compositum Nasentropfen S* протягом 4-6 тижнів, 3-4 курси на рік. При хронічному тонзиліті – *Angin-Heel S* та/або *Mucosa compositum* на тлі *Lymphomyosot*.

При гострому бронхіті доцільна терапія з використанням *Traumeel S*, *Echinacea compositum S*, *Mucosa compositum*, *Bronchalis-Heel*. При лікуванні пневмонії антибіотикотерапію поєднують з *Echinacea compositum S*, *Traumeel S*, *Mucosa compositum*. Як секретолітичний й секретомоторний засіб застосовують суппозиторії *Agnus Cosmoplex S*.

В дитячій кардіології при порушеннях ритму використовують *Scalopin*, при кардіалгіях – *Angio-Injeel*. В дитячій ревматології при захворюванні суглобів провідне значення має *Traumeel S* у вигляді мазі, пігулок та розчину для ін'єкцій.

В дитячій алергології центральне місце займає дренажна терапія, перш за все, – *Galium-Heel*. При лікуванні захворювань жовчного міхура і жовчовивідних шляхів рекомендовано *Hepeel*, при гастритах перспективним є використання *Gastricumeel*, при ураженнях підшлункової залози – *Momordica compositum*, при захворюваннях печінки – *Hepar compositum*, при диспепсіях – *Nux vomica-Homacord*, при дисбактеріозі кишків – *Mucosa compositum*.

В дитячій офтальмології центральне місце займають очні краплі *Oculoheel*, які застосовуються при кон'юнктивітах різного генезу і перенапруженні очей. Так, в дитячій неврології велике значення має *Nervoheel* при лікуванні неврозоподібних станів, гіперкінезів, порушень сну, вегетативних дисфункцій, він є безпечним біологічним седативним засобом.

Особливе місце при курації дітей першого року життя займають ректальні свічки *Viburcol*. Вони широко застосовуються при лихоманці, кишкових коліках, реакції на прорізування зубів, неспокої, а також у схемі підготовки дитини до вакцинації.

ОПТИМІЗАЦІЯ ВИБОРУ БЛОКАТОРА H₁-РЕЦЕПТОРІВ В СУЧАСНІЙ АЛЕРГОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ

С.П. КРИВОПУСТОВ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

АЛЕРГІЧНІ захворювання супроводжують розвиток цивілізації, за останні 20-30 років їх поширеність достовірно зросла, від них на сьогодні страждає майже кожна четверта дитина в Європі. Серед зазначеної патології домінують, зокрема, такі поширені нозологічні форми, як бронхіальна астма (БА), алергічний риніт (АР), atopічний дерматит (АД).

Особливе місце у фармакотерапії алергологічних захворювань займають антигістамінні препарати, або блокатори H₁-рецепторів.

Антигістамінні препарати I покоління (седативні) мають численні побічні дії – проникають через гематоенцефалічний бар'єр (седативний ефект, зниження концентрації, уваги в процесі навчання, порушення координації, відчуття загальної млявості), здійснюють блокаду холінергічних мускаринових рецепторів (сухість слизової оболонки порожнини рота, носа, горла, сухість трахеобронхіального секрету, розлади сечовипускання), мають трініноподібну дію на міокард (подовження рефракторної фази, виникнення шлуночкової тахікардії), їм притаманний розвиток толерантності.

Потреба в усуненні цих побічних дій і призвела до розробки препаратів II покоління – неседативних антигістамінних засобів (зокрема, цетиризину). Вони мають високу специфічність до H_1 -рецепторів, швидкий початок дії, подовженість дії до 24 годин, у них відсутня холінергічна блокада, вони не проникають через гематоенцефалічний бар'єр, а приймання їжі не впливає на їх кінетику. Однак серед деяких представників II покоління також виявлено побічні дії, що стримують їх широке застосування в педіатрії. Так, має місце кардіотоксичність у терфенадину й ас-темізолу (подовження інтервалу QT, виникнення аритмій). Саме цих побічних дій не спостерігається у цетиризину, що вигідно його відрізняє від інших антимедіаторних засобів.

III покоління антигістамінних препаратів – це метаболіти II покоління, вони мають високу антигістамінну активність, швидкий початок дії, подовжений ефект, мінімум побічних дій, метаболічну інертність (відсутність взаємодії з системою цитохромів P 450), у них відсутня кардіотоксична дія. Саме тому A. Pagliara (2000) вважає, що цетиризин також можна віднести до III покоління зазначених засобів.

В цілому, в терапії алергічного риніту, відповідно до Міжнародного консенсусу з ринітів, використовуються різноманітні лікарські засоби, які можна розподілити на 3 основні групи: антигістамінні топічні й пероральні препарати, топічні стабілізатори мембран тканинних базофілів та топічні глюкокортикостероїди. При цьому особливе місце займають H_1 -блокатори (цетиризин), тому що саме стимуляція H_1 -рецепторів призводить до розширення капілярів, підвищення судинної проникності, набряку та екстравазальної секреції, що клінічно й проявляється симптомами алергічного запалення.

Сучасна стратегія лікування atopічного дерматиту передбачає зменшення зуду (використання цетиризину), зволоження шкіри, зменшення запалення, захист шкіри від подразнення (місцево), боротьбу з інфекцією та суперінфекцією. Висока здатність цети-

ризину гальмувати міграцію еозинофілів дає йому додаткові переваги перед іншими антигістамінами в лікуванні кропив'янки та atopічного дерматиту. Доведено протизудний ефект препарату, що, в цілому, поліпшує якість життя пацієнтів з atopічним дерматитом.

При цьому на кафедрі педіатрії № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (клінічна база – міська дитяча клінічна лікарня № 2 м. Києва) накопичено багаторічний досвід високоєфективного та безпечного використання препарату Цетрин (цетиризин) виробництва Dr. Reddy's Laboratories (Індія).

ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРИХ ОБСТРУКТИВНИХ БРОНХІТАХ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

І.Л. БАБІЙ, О.М. ПЛАТОНОВА, В.І. ВЕЛИЧКО
Одеський державний медичний університет

НИНІ, на фоні забруднення навколишнього повітряного середовища, численні дослідження свідчать про зростання випадків гострих обструктивних бронхітів у дітей старшого віку.

Розладам функції вегетативної нервової системи (ВНС) у патогенезі обструкції бронхів надають важливого значення. У регуляції бронхіального тонуусу беруть участь симпатична, парасимпатична іннервація та третій вид – нехолін-неадренергічна регуляція, або пептидергічна. Просвіт бронхів розширюється за участю симпатичної нервової системи, звужується – парасимпатичної, але перерізання вагуса, як і його фармакологічна блокада, призводить до більш значних змін прохідності бронхів, ніж блокада симпатичних нервів.

Дисбаланс функціонального стану відділів вегетативної нервової системи відіграє суттєву роль у виникненні бронхоконстрикції, накопиченні слизу та набряку слизової оболонки при бронхообструктивних станах.

У зв'язку з зазначеним, ми проаналізували характер змін показників функції вегетативної нервової системи в процесі комплексної терапії при гострих обструктивних бронхітах у дітей та підлітків. Поряд з етіотропними препаратами застосовували з метою відновлювання прохідності дихальних шляхів етапно за розробленою схемою (підготовчий етап, основний етап) муколітики, бронхоспазмолітики, експекторальні та дренажні заходи.

Вивчення стану ВНС проводили за допомогою кардіоінтервалографії за методом Р.М. Баєвського. Аналіз показників, які характеризують початковий рівень функціонування вегетативної нервової системи у дітей з гострим обструктивним бронхітом, виявив достеменно збільшення M_0 , варіаційного розмаху (Δx) та достеменно зменшення амплітуди моди (A_{M_0}), індексу напруження (ІН) регуляторних систем, що свідчить про перевагу активності парасимпатичного відділу, підсилення гуморального контуру регуляції та перевагу автономного рівня функціонування ВНС у обстежуваних пацієнтів.

Констатовано суттєве зменшення значень інтегративних показників індексу вегетативної рівноваги ($p < 0,001$), ПАПР ($p < 0,001$), вегетативного показника ритму ($p < 0,001$), які вказують на підсилення гуморального контуру регуляції та перевагу автономного рівня функціонування ВНС у обстежуваних дітей.

При проведенні кліно-ортостатичної проби (ІН1, ІН2) також спостерігається переважання впливу парасимпатичного відділу ВНС, що підтверджує достеменно підвищення M_0 ($p < 0,001$), Δx ($p < 0,001$) та достеменно зменшення A_{M_0} ($p < 0,001$), ІН2 ($p < 0,001$). Відмічається підвищення показника ІН2/ІН1 ($p < 0,001$), що свідчить про гіперсимпатикотонічний тип вегетативної реактивності.

Доведено, що чим вищий вихідний рівень, тим в більш напруженому стані перебуває система і тим менший її функціональний резерв, таким чином, результати обстеження свідчать про зниження адаптаційно-компенсаторних можливостей вегетативної нервової системи, наявність дизрегуляторного синдрому та неадекватну відповідь на зовнішні подразники, у тому числі інфекційні.

Після проведеного курсу терапії встановлено суттєве поліпшення параметрів функції ВНС.

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ЗМІН ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Л.Я. ЛИТВИНЕЦЬ

Івано-Франківський державний медичний університет

РІЗНОМАНІТНІСТЬ клінічних проявів atopії вимагає подальшого пошуку нових інформативних методів дослідження й розробки удосконалених диференціально-діагностичних алгоритмів. Дослідження змін в імунній системі, що мають місце при atopічних проявах, сьогодні широко застосовуються для оцінки визначення провідного механізму розвитку алергічних реакцій.

В свою чергу, алергічні захворювання є часто причиною виникнення імунodefіцитних станів, які зумовлюють активацію опортуністичних інфекцій. Однією з останніх є цитомегаловірусна інфекція (ЦМВІ). Враховуючи патогенетичні чинники розвитку алергічних реакцій, зміни гуморальної ланки імунітету при інфікуванні ЦМВІ можуть слугувати важливими критеріями діагностики варіантів захворювання.

Метою дослідження було вивчення особливостей змін гуморальної ланки імунітету та вмісту циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) при atopічному дерматиті (АД) у дітей на фоні інфікування ЦМВІ та формування на цій підставі додаткових діагностичних критеріїв.

Обстежено 42 пацієнтів з АД віком від 5 до 16 років та 12 здорових дітей аналогічного віку. Рівень сироваткових імуноглобулінів класів А, М, G визначали методом радіальної імунодифузії за Манчіні, IgE – на тест-системах ДІАМЕД. Концентрацію ЦІК досліджували методом преципітації з наступним фотометруванням. Виявлення та кількісне обстеження IgM, G до ЦМВІ проводили методом твердофазного ензимного імуноаналізу та методом полімеразної ланцюгової реакції у сироватці крові та слині. Результати дослідження опрацьовано методами варіаційної статистики.

У 39 (92,8%) пацієнтів з АД із 42 виявлено антитіла IgM або G до ЦМВІ. Серед здорових серопозитивними були 47,3%, серонегативними – 52,7%. Вміст ЦІК зростав у інфікованих в 2,8 раза, у неінфікованих – в 3,2 раза ($p < 0,001$). Суттєво зросла концентрація IgA: у серопозитивних – до ЦМВІ в 1,8 раза, а у серонегативних – до 1,7 порівняно зі здоровими ($p < 0,001$). В 1,8 раза збільшився вміст IgM у інфікованих та в 1,4 у неінфікованих, а концентрація IgG суттєво не змінилась. Зміни концентрації цих класів імуноглобулінів характерні для імунокомплексного та цитотоксичного механізмів алергії. Щодо змін концентрації загального IgE, то у 23,9% спостерігалось його зростання у інфікованих ЦМВІ та на 20% у неінфікованих. Зростання вмісту даного імуноглобуліну має місце при реакціонному типі алергічної реакції.

Таким чином, вивчення змін гуморальної ланки імунітету, ЦІК у дітей з АД на тлі інфікування цитомегаловірусом дозволяє сформулювати ряд важливих патогенетичних механізмів захворювання. В патогенезі АД переважають імунокомплексний та цитотоксичний типи алергічної реакції незалежно від інфікування цитомегаловірусом. Реалізація алергічного процесу через реакціонний тип відбувається лише в 24% випадків. Це може з успіхом використовуватись з метою підвищення якості діагностики й наступного проведення ефективних лікувальних заходів.

РОЛЬ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ В ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ ПОСТІЙНОЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ

Н.В. НАГОРНА, О.В. ПШЕНИЧНА, О.С. КАРТАШОВА
Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

ПОСТІЙНА електрокардіостимуляція є одним із важливих життєзберігаючих методів лікування у хворих з порушеннями ритму серця. До недавнього часу імплантація електрокардіостимулятора (ЕКС) дитині вважалася достатньо рідкісним фактом порівняно з дорослою популяцією (2-4% від загального числа втручань за даними Л.А. Бокерія і Р.Г. Гудкової, 2001). Разом з тим, число дітей з порушеннями ритму серця, які потребують постійної електрокардіостимуляції, значно більше. Своєчасне використання даного методу дозволяє підвищити якість життя у дітей з загрозливими для життя аритміями, оптимізувати їх фізичний та розумовий розвиток. Малі розміри сучасних ЕКС й широкий діапазон програмованих параметрів дозволяють використовувати їх у дітей різного віку, починаючи з періоду новонародженості. Тільки в Донецькій області нині налічується близько 40 дітей з штучними водіями ритму серця. Вказане визначає актуальність вивчення проблеми постійної електрокардіостимуляції у дітей, важливості й можливості всестороннього контролю роботи імплантованих апаратів для своєчасної корекції виниклих порушень та оптимізації спостереження даного контингенту хворих.

З листопаду 2005 по червень 2006 року у відділенні дитячої кардіохірургії Інституту невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака знаходилося 5 дітей (3 дівчинки і 2 хлопчики) віком від 6 до 17 років з ЕКС. Приводом для імплантації штучного водія ритму були: синдром слабкості синусового вузла (СССВ), брадикардія з синкопальними станами – у 2 дітей, природжена повна АВ блокада – у 1 дитини, набута АВ блокада III ст. після хірургічної корекції ВПС – у 1 пацієнта, вазовагальний синдром, кардіоінгібіторний тип – у 1 хворого. Робота ЕКС програмувалася в режимах AAIR і DDDR. Тривалість спостереження дітей після імплантації ЕКС складала від 1 місяця до 6 років. Метою госпіталізації було здійснення контролю діяльності ЕКС. Скарги і порушень самопочуття під час госпіталізації діти самостійно не відмічали, клінічні прояви гемодинамічних порушень були відсутні у всіх хворих. На стандартній ЕКГ ознак порушення роботи ЕКС не виявлено. Холтерівське моніторування (ХМ) ЕКГ проводилося відповідно до рекомендацій American College Cardiology and American Heart Association (1999).

Аналіз добової реєстрації ЕКГ дозволив виявити порушення діяльності ЕКС у всіх обстежених. При цьому пейсмерна екстрасистоля та епізоди пейсмерної тахікардії було виявлено у дівчинки з природженою повною АВ блокадою; відсутність регулярного функціонування ЕКС з наявністю власного ритму з повною АВ блокадою та його переважанням протягом доби – у хворого з набутою АВ блокадою III ст., епізоди міграції водія ритму, нижньопередсердного ритму – у двох пацієнтів з СССВ. У хворого з вазовагальним синдромом констатовано збереження одиночної шлуночкової екстрасистоїї, що мала місце до імплантації ЕКС.

Таким чином, 24-годинна реєстрація ЕКГ, на відміну від стандартної ЕКГ, дозволила виявити порушення діяльності ЕКС (пейсмерний синдром), що вимагало перепрограмування ЕКС. Останнє є важливим у даного контингенту хворих для поліпшення якості їх життя, профілактики ускладнень, перш за все, аритмогенної кардіопатії й серцевої недостатності.

МОЖЛИВІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ

О.Г. ІВАНЬКО, А.О. ШУЛЬГА, В.Я. ПІДКОВА, О.С. КРУТЬ, С.В. ВРУБЛЕВСЬКА,
Н.В. КИЗИМА, О.А. РАДУТНА
Запорізький державний медичний університет

ВСВІТІ на сьогоднішній день артеріальна гіпертензія займає провідне місце в структурі серцево-судинних захворювань. Серед країн з дуже високим ступенем поширеності артеріальної гіпертензії (до 30-40%) знаходиться й Україна. В зв'язку із стійкою тенденцією зростання цього захворювання, розвиток якого призводить до судинних катастроф, та, як наслідок, – до первинної інвалідності, нарізла необхідність своєчасного виявлення людей з факторами ризику та хворих з гіпертонічною хворобою на початкових стадіях, підвищення якості лікування, профілактики.

Робота з реалізації основних напрямків боротьби з артеріальною гіпертензією та її наслідками регламентована «Програмою профілактики и лечения артериальной гипертензии в Украине», затвердженою Наказом Президента України № 117/99 від 4 лютого 1999 року. Впровадження Програми в практику охорони здоров'я України засновано на сумісному приказі Міністерства охорони здоров'я та Академії медичних наук України № 744/18 від 30.03.1999 року «Об утверждени плана мероприятий по обеспечению выполнения Программы профилактики и лечения

артеріальної гіпертензії в Україні». До Програми увійшли розділи, що стосуються пропаганди здорового способу життя, профілактики артеріальної гіпертензії та її ускладнень, ефективної медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію.

Враховуючи актуальність даного напрямку, кафедрою пропедевтичної педіатрії ЗДМУ заплановано та виконується робота з вивчення регіональних особливостей артеріальної гіпертензії у дітей шкільного віку та підлітків. Роботою передбачається визначення поширеності артеріальної гіпертензії серед дітей та підлітків, вивчення чинників ризику, впровадження активної профілактики артеріальної гіпертензії у дітей.

Проведені дослідження показали, що реєстрація хворих на артеріальну гіпертензію на місцях неповна і не відтворює статистику гіпертонічної хвороби у молодих людей. Часто цей діагноз маскується під дисфункцією вегетативної нервової системи. Впровадження міжнародних стандартів дозволить краще виявляти артеріальну гіпертензію на ранніх етапах її розвитку.

З нашої точки зору, наукові дослідження повинні торкнутися і питань, що стосуються методів адаптивної фізичної культури. Однак традиційно, в усіх рекомендаціях вказується на обмеження фізичних навантажень хворих на артеріальну гіпертензію. Ми вважаємо цю точку зору невірною, оскільки патогенез артеріальної гіпертензії у дітей має інші акценти, в зв'язку з чим у підлітків повинні застосовуватись інші рухові режими з обов'язковим використанням специфічних методів контролю.

В даний час не вивчено національних схильностей молодих людей, підлітків в споживанні повареної солі, способів контролю маси тіла, необхідності систематичних занять фізичною культурою. Планується з'ясувати психологічні установки підлітків у формуванні готовності протистояти розвитку прогресуючого захворювання, яке часто призводить до інвалідизації в зрілому віці.

ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ, СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА НЕВИРІШЕНІ ПРОБЛЕМИ

О.Г. ШАДРИН, В.П. МІСНИК

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

МОЛОКО матері – єдиний вид їжі, який повністю пристосований до «обмежених можливостей» травних функцій дитини, який сприяє оптимальному розвитку організму не лише у перші роки життя, але й у подальшому. На жаль, стан із природним

вигодовуванням у нашій країні залишається незадовільним. За останні роки процент дітей, які знаходяться на природному вигодовуванні до 3-х місяців, складає лише 45,1%, до 6 місяців – 42,8%. Саме тому Україна приєдналася до програм ВООЗ і ЮНІСЕФ, в основу яких покладено 10 принципів успішного грудного вигодовування.

У сучасних підходах до організації грудного вигодовування на першому році життя є ряд відмінностей від положень, які існували у попередні роки. Найважливішими з них є підходи до визначення частоти й тривалості годування при природному вигодовуванні. Так, згідно з рекомендаціями ВООЗ, передбачається вільне годування дитини без штучних нічних перерв у годуванні, особливо протягом першого місяця життя – періоду адаптації матері та дитини. Ця методика корінним чином відрізняється від тієї, що рекомендувалася раніше і включала нав'язування суворо визначеного режиму годувань через 3-3,5 години із обов'язковою 6-годинною нічною перервою. Проте слід відмітити, що така позиція більшою мірою «захищає» інтереси матері, дає їй можливість встановити свій режим дня. Водночас, теоретичне обґрунтування доцільності вигодовування дитини «на прохання» здебільшого виходить з позиції підтримки потреб дитини, прагнення до максимальної фізіологічності її адаптації до позаутробного існування. Крім того, постійна стимуляція соска сприяє виділенню гормонів, які визначають повноцінну лактацію у матері.

Іншим важливим та дискусійним моментом організації вигодовування дітей першого року життя є тривалість виключно грудного вигодовування та строки введення продуктів прикорму. Отримані в добре спланованих рандомізованих дослідженнях дані про зниження смертності дітей з продовженим від 12 до 23 місяців грудним вигодовуванням від інфекційних захворювань в розвинутих країнах та тих, що розвиваються, зменшення серед них кількості дітей з ожирінням та кращий когнітивний розвиток у майбутньому, на наш погляд, є суттєвим аргументом на користь перегляду традиційно поширених в нашій країні поглядів про доцільність грудного вигодовування тільки до 1 року.

Щодо строків введення прикорму дитині грудного віку, ми вважаємо, що офіційні рекомендації з грудного вигодовування, які видані у нас ще за часи СРСР, увійшли в протиріччя із світовими тенденціями та нормами. В 2001 році ВООЗ переглянула свої рекомендації з цього питання й наголошує на тому, що немає жодного доведеного факту негативного впливу виключно грудного вигодовування до 6 місяців на будь-які показники розвитку та здоров'я дитини та, навпаки, доводить його позитивний вплив на

деякі важливі для суспільства моменти: зниження частоти гастроінтестинальних інфекційних захворювань дитини, збільшення обсягу лактації та темпів нормалізації маси тіла матері, затримку менструації у лактуючих жінок.

В Україні назріла нагальна необхідність розробки та видання Методичних рекомендацій з питань сучасних принципів та методів вигодовування дітей першого року життя. Доцільно затвердження основних положень цих рекомендацій МОЗ України, в тому числі відносно строків введення основних продуктів до страв прикорму промислового виробництва у харчування дітей цієї вікової групи та наступна корекція рекомендацій на етикетках баночок дитячого харчування промислового виробництва.

ВІТЧИЗНЯНІ ПРОДУКТИ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НА ОСНОВІ СОЇ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З АЛЕРГІЄЮ

Г.Б. КОВАЛЕНКО, О.М. МУКВИЧ, В.М. ФІСУН

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ПРОБЛЕМА алергії залишається однією з актуальних в сучасній медицині. Її розглядають як полігенну багатофакторну патологію з провідним ефектом формування реакціоного механізму сенсibilізації. Поряд з цим у літературі не приділяється достатньої уваги взаємозв'язку між алергічними захворюваннями та порушеннями мікробіоценозу кишечника у даної групи дітей.

Нами встановлено наявність майже у 100% дітей раннього віку з алергодерматозами харчової етіології порушення мікробіоценозу кишечника, що дозволяє припустити наявність патогенетичного взаємозв'язку між сенсibilізацією організму дітей харчовими та бактеріальними антигенами. Патогенез алергії полягає у порушенні бар'єрної захисної функції нормальної мікрофлори кишечника й насиченні імунної системи харчовими та бактеріальними антигенами.

Доведено, що рівень сенсibilізації організму дитини харчовими алергенами знаходиться у прямій кореляційній залежності від ступеня та характеру розбалансування мікробіоценозу кишечника. Отримані результати свідчать про необхідність розробки комплексних підходів до організації патогенетично обґрунтованої дієтотерапії дітей з алергодерматозами, спрямованої на зниження антигенного навантаження дитячого організму харчовими та бактеріальними алергенами, пригнічення контамінації слизової оболонки кишечником умовно-патогенними бактеріями та корекцією

балансу захисної мікрофлори, що сприяє підвищенню бар'єрних функцій кишково-шлункового тракту.

Розроблені у ППАГ АМН України спільно з технологіями УДУХТ, ТОВ «ЄСО», ІТТФ НАНУ нові технології дозволяють отримати напівфабрикати із сої та на їх основі збалансовані повноцінні продукти для прикорму й харчування дітей різного віку з харчовою алергією до білків тваринного походження (сухих та рідких), а також продукти із пробіотиками.

Включення нових продуктів вітчизняного виробництва до харчування дітей грудного, раннього й дошкільного віку з алергією до білків тваринного походження, з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту свідчить про їх добру переносимість, відсутність побічної дії при тривалому використанні, ефективно згасання клінічних проявів алергії, кишкових порушень, зниження ступеня сенсibilізації їх організму харчовими та бактеріальними алергенами, нормалізацію показників імунітету, цитопротекторної активності слизової оболонки шлункового тракту.

Таким чином, можна зробити висновок, що продукти на основі сої, оброблені за новими вітчизняними технологіями, можуть бути віднесені до продуктів функціонального харчування і дозволяють розширити асортимент продуктів харчування дітей з алергією та отримати позитивний клінічний ефект при вищевказаних захворюваннях.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЗМУ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ДІТЕЙ

Л.І. ОМЕЛЬЧЕНКО, А.Г. ЦИПКУН, І.В. ДУДКА, В.Б. НІКОЛАЄНКО, О.А. ОШЛЯНСЬКА

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ПІДВИЩЕНИЙ синтез прозапальних цитокінів при ревматоїдному артриті (РА) призводить до синтезу індуцибельної синтетазі оксиду азоту (NO). В надфізіологічній концентрації NO стимулює процеси перекисного окислення ліпідів та викликає інактивацію Fe²⁺-залежних ферментів і локальну вазодилатацію, посилює апоптоз лімфоцитів та макрофагів, що сприяє різноманітним цитотоксичним ефектам.

Обстежено 30 хворих на РА дітей (11 хлопчиків, 19 дівчаток) віком від 6 до 14 років. І ступінь активності запального процесу спостерігався у 43,3%, II ступінь – у 56,7% хворих. 10 здорових дітей складала контрольну групу. Визначення вмісту L-аргініну в сироватці крові проведено за методом горизонтального високоволь-

тного електрофорезу на апараті «Лабор» (Угорщина), концентрацію сумарних нітратів та нітритів (NOx) у крові та сечі визначали спектрофотометричним методом з використанням реактиву Грісса.

У всіх дітей, хворих на РА в активному періоді захворювання, виявлено зміни в метаболізмі NO. Максимальне підвищення вмісту L-аргініну ($296,18 \pm 33,99$ мкмоль/л) та кінцевих продуктів метаболізму NO в сироватці крові ($37,98 \pm 4,89$ мкмоль/л) виявлено у хворих з системними формами захворювання при високій активності запального процесу. При зниженні активності захворювання у хворих на РА спостерігалось зменшення концентрації нітратів/нітритів в крові, що може служити маркером адекватності терапії. Терапевтичні заходи, які сприятимуть регуляції функціонального стану системи L-аргінін-NO, можуть бути перспективним напрямком лікування РА у дітей.

СИСТЕМНА ЕНЗИМОТЕРАПІЯ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Л.І. ОМЕЛЬЧЕНКО

Інститут педіатрії акушерства та гінекології АМН України

СПРОМОЖНІСТЬ препаратів системної ензимотерапії (СЕТ) спозитивно впливати на хід різноманітних патофізіологічних процесів в організмі людини визначає багатогранність механізмів її патогенетичної дії, дозволяє запобігти поліпрагмазії та значно знизити ризик небажаних побічних ефектів, що дуже важливо в клінічній практиці педіатра. Незважаючи на універсальність методу СЕТ, в кожному конкретному випадку її використання рекомендується враховувати можливість наявності та характер природжених чи набутих внаслідок захворювання метаболічних й імунологічних особливостей дитини.

Доведена відсутність мутагенної дії при застосуванні СЕТ зумовлює і відсутність вікових меж її призначення, що уможливило застосування вже в ранньому дитячому віці гранульованої форми препаратів. Звичайні рекомендації перорального використання СЕТ з 5 років пояснюються необхідністю зберігання цілісності оболонки драже й психологічними нюансами, що виникають при необхідності тривалого прийому лікарських засобів дітьми. Дозування Вобензиму найчастіше складає 1 драже на 6 кг маси тіла на 1 прийом, а Флогензиму – 3-6 таблеток на добу, проте сьогодні розроблено різноманітні схеми їх диференційованого призначення залежно від нозологічної одиниці, гостроти патологічного процесу, бажаності переважного напрямку патогенетичної дії.

Максимальна добова доза препаратів СЕТ при інфекційних процесах у дітей обмежується можливістю більш швидкого, ніж у дорослих, розвитку гіпокоагуляційних станів. Тому оптимальною тактикою педіатра у виборі схеми лікування є призначення спочатку терапії 50% від терапевтичної дози.

Тривалість курсу лікування може варіювати від 1 тижня при гострій респіраторній патології до року при тяжких хронічних процесах різної локалізації. Найдовші курси СЕТ використовуються в терапії захворювань, що супроводжуються вираженим фіброзом (ревматичні хвороби, спайкова хвороба, хронічні неспецифічні захворювання легень).

В останні роки широке застосування в педіатрії знаходять і форми випуску поліферментних препаратів для місцевого застосування.

Особливостями спектру призначення засобів СЕТ у дитячому віці є їх більш часте використання при гострих запальних захворюваннях, при цьому препарати СЕТ розглядаються як бустер-компонент комплексної терапії. У цілому застосування засобів СЕТ задовольняє загальному терапевтичному принципу в педіатрії: надійність та ефективність при добрій переносимості, що дозволяє рекомендувати їх більш широке використання в дитячій практиці.

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КИШЕЧНИКА ПРИ ЗАТЯЖНИХ ЕНТЕРОКОЛІТАХ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

О.Г. ШАДРІН, Н.М. БАСАРАБА, А.Б. СОРОКОЛЕТОВА, А.А. КОВАЛЬЧУК,
Т.М. ГОРЧАКОВА

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

СЬОГОДНІ в Україні, як і в інших країнах світу, на фоні значних досягнень в лікуванні гострих кишкових інфекцій, в тому числі й у дітей, спостерігається збільшення затяжних форм ентероколітів, які в 10 МКБ об'єднані під рубрикою «інші не уточнені гастроентерити та коліти» (К 52.9). Діагноз затяжного ентероколіту поєднує ряд етіологічно різних, але патогенетично та клінічно подібних хвороб. Загальним ланцюгом патогенезу захворювання вважають дисбаланс кишкової мікрофлори, що в одних випадках є його наслідком, в інших – етіологічним чинником. Тривалий перебіг захворювання сприяє розвитку запальних змін слизової оболонки кишечника з утворенням тканинних антигенів і, як наслідок, морфологічних змін. Вважається, що морфологічні дослідження є найбільш об'єктивним методом діа-

гностики, оскільки дозволяють уточнити етіологію та прогноз захворювання.

Метою роботи було вивчення доцільності, діагностичної та прогностичної значущості морфологічного дослідження слизової оболонки товстої кишки при затяжних ентероколітах у дітей раннього віку. У відділенні проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку Інституту ПАГ АМН України обстежено 26 дітей з затяжними захворюваннями кишечника. Всім дітям проводилося комплексне клінічне, бактеріологічне, імунологічне та ендоскопічне (ректороманоскопія) обстеження з біопсією слизової оболонки товстої кишки. Середній вік хворих складав $2 \pm 0,7$ року. Тривалість загострення хвороби складала від 3 до 6 тижнів. Клінічні прояви захворювання мали стертий характер, без температурної реакції, зі слабо вираженою інтоксикацією та наявністю больового і диспептичного синдрому (метеоризм, зригування, біль в животі кількоподібного характеру). Частота дефекацій коливалась в межах 3-5 разів на добу. При параклінічному дослідженні відмічалась наявність ехогенних змін при сонографії у вигляді перибілярної інфільтрації печінки у 65,3% дітей. У 46% дітей мали місце дифузне збільшення розмірів та підвищена ехогенність підшлункової залози. При бактеріологічному обстеженні характерним було наростання в анамнезі кількості умовно-патогенних штамів від 10^3 КУО/г до 10^5-7 КУО/г та ріст асоціацій мікробів (клебсієла, золотистий стафілокок, ентеробактерії, кандиди) й кишкової палички із гемолітичними або зміненими властивостями. При морфологічному дослідженні у 76,9% обстежених дітей виявлено ознаки хронічного коліту (склероз базальної мембрани, нерівномірна потовщення, порушення архітекτονіки крипт з ділянками дистрофії залозистого епітелію). У 23,1% обстежених дітей було виявлено ознаки інтестинальної алергії (наявність кістозних порожнин, заповнених еозинофільними масами).

Таким чином, при аналізі отриманих результатів гістологічного дослідження звертає увагу варіабельність та різноманітність морфологічної картини товстого кишечника. Гістологічні дослідження не тільки поліпшують діагностику, але й визначають тактику лікування затяжних ентероколітів, а саме: поряд з загальноприйнятим проведенням таким хворим селективної деконтамінації, корекції кишкової мікрофлори, ферментотерапією, застосуванням засобів метаболічної дії, аналіз клініко-морфологічних зрушень досить часто допомагає своєчасно визначити необхідність та тривалість застосування протизапальних, протиалергічних засобів, кишкових цитопротекторів (аміносаліцилатів, кортикостероїдів, натрієвої солі кромогліцевої кислоти).

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ДІТЕЙ З РЕЦИДИВУЮЧИМ БРОНХІТОМ В ПЕРІОДІ РЕМИСІЇ

В.Є. ХОМЕНКО, Т.Р. УМАНЕЦЬ

Національний медичний університет, м. Київ
Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

АКТУАЛЬНІСТЬ проблеми рецидивуючого бронхіту (РБ) визначається не лише його поширеністю, але й можливим значенням цього захворювання у формуванні хронічної бронхолегеневої патології у дорослому періоді життя, що обґрунтовує необхідність проведення профілактичних заходів.

З сучасних позицій розробка профілактичної програми обов'язково передбачає визначення реабілітаційного потенціалу, який включає оцінку клініко-функціонального стану хворих на етапі реабілітації. У зв'язку з цим актуальним є вивчення особливостей перебігу захворювання в періоді клінічної ремісії, визначення провідних патогенетичних синдромів.

Метою досліджень було вивчення особливостей клініко-функціонального стану дітей з РБ в періоді ремісії.

Під нашим спостереженням знаходилось 150 дітей віком від 6 до 12 років з РБ в стадії клінічної ремісії. Водночас з ретельним вивченням анамнезу захворювання та життя, даними клінічного огляду проводився комплекс клініко-функціональних досліджень, що включав визначення активності вільнорадикальних процесів в бронхолегеневій системі (БЛС), цитоморфологічні зміни індукованого мокротиння (ІМ), бактеріологічні дослідження, вивчення функції зовнішнього дихання та гіперреактивності бронхів (ГБ), вегетативного гомеостазу.

Встановлено, що період клінічної ремісії РБ у дітей не збігається з нормалізацією функціонального стану, про що свідчать виявлені у 50% дітей порушення функції зовнішнього дихання, у 1/3 дітей – синдром гіперреактивності бронхів за рахунок, переважно, активності холінергічних рецепторів бронхів та холінергічної регуляції бронхомоторного тону; збереження запальної деструкції бронхіального епітелію (за даними цитологічного дослідження індукованого мокротиння) з порушенням мембрано-рецепторного комплексу (наявність метаболічних змін у вигляді підвищення рівня олеїнової та лінолевої кислот у конденсаті видихнутого повітря). Проведені дослідження обґрунтовують необхідність проведення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на усунення запального процесу, відновлення мукоциліарного транспорту, зменшення гіперчутливості бронхів, вільнорадикальних реакцій та дисбалансу вегетативної нервової системи.

**НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСІВ
ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ
З ЗАСТОСУВАННЯМ ДІЄТИЧНИХ ДОБАВОК
ДЛЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ
ТА РЕЦИДИВУЮЧИМ БРОНХІТОМ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ
РЕАБІЛІТАЦІЇ**

В.Ф. ЛАПШИН, Т.Р. УМАНЕЦЬ, К.В. ЦВЕТКОВА, Т.А. ЛЮДВІК, А.Б. СЕМІНОГ,
Л.С. СТЕПАНОВА, Л.Є. ВЕРБИЦЬКА, А.В. КУХАРСЬКА, Т.М. ПУШКАРЬОВА,
О.В. МІРЗА

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ВПАТОГЕНЕЗІ хронічних соматичних захворювань важливу роль відіграє нераціональне харчування, яке призводить до порушень процесу травлення і дефіциту біологічно активних речовин.

З сучасних позицій проблему корекції дієтичного харчування вирішують шляхом застосування продуктів підвищеної біологічної цінності. Тому в нашому Інституті спільно з ТОВ «Медіфлора» (Київ) розроблено дієтичні добавки на основі солодів злаків та лікарських трав, які позитивно впливають на метаболічні й обмінні процеси в організмі та функціональний стан.

Метою наших досліджень було вивчення ефективності комплексів лікувально-профілактичного харчування із застосуванням дієтичних добавок у дітей з хронічним гастродуоденітом та рецидивуючим бронхітом на різних етапах реабілітації.

Під нашим спостереженням знаходилося 250 дітей віком 7-14 років з рецидивуючим бронхітом, поєднаним з хронічним гастродуоденітом, які перебували на стаціонарному та санаторних етапах реабілітації.

Встановлено, що включення до лікувально-профілактичного харчування комплексів дієтичних добавок Бронхо-флора, Гастрин-флора та Релакс-флора у даної категорії дітей дозволяє прискорити темпи зворотного розвитку основних симптомів захворювання, сприяти цитоморфологічній реконвалесценції та поліпшити психовегетативний стан. Застосування комплексів лікувально-профілактичного харчування підвищило ефективність реабілітації на стаціонарному та санаторному етапах в 1,4 раза порівняно з традиційними лікувально-профілактичними заходами.

**ЗНАЧУЩІСТЬ ВІКУ ТА ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ
У РОЗВИТКУ ОСТЕОАРТРОЗУ**

І.С. ЛЕБЕЦЬ, О.В. МАТВИЄНКО, Н.С. ШЕВЧЕНКО

Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України, м. Харків

ОСТЕОАРТРОЗ (ОА) - одне з найбільш поширених хронічних захворювань сучасного суспільства, яке займає перше місце серед хвороб кістково-м'язової системи, інвалідизує та значно погіршує якість життя. Ця проблема набуває ще більшу значущість внаслідок того, що в останні роки відмічається зростання поширеності ОА в осіб молодого віку, в тому числі підлітків. До причин раннього розвитку ОА відносять обтяжену спадковість, запальні ураження суглобів, травми.

Однак особливої уваги заслуговує вроджена дисплазія сполучної тканини, в тому числі синдром гіпермобільності суглобів (ГМС), частота якого також невпинно зростає серед дітей, та вважається основою формування дистрофічних змін і біохімічних зсувів в хрящовому шарі суглобів.

Нами було обстежено 116 хворих на ОА, в тому числі на тлі ГМС – 80,1 %, віком 11-18 років, серед яких хлопчики склали 48,27 %, дівчата – 51,73 %. Дітей до 14 років було 49 (42,3 %), підлітків 15 – 18 років – 67 (57,7 %). Всім хворим було проведено комплексне обстеження, що включало клінічні, біохімічні, імунологічні та рентгенологічні методи.

Встановлено, що у більшості підлітків, хворих на ОА на тлі ГМС (68,8%), виявляються системні прояви дисплазії сполучної тканини – малі стигми дизембріогенезу, порушення постави, в тому числі сколіоз помірного ступеня, плоскостопість, структурні аномалії серця, пролапс мітрального клапану, відхилення у будові та формі жовчаних шляхів і нирок.

Клінічними проявами ОА на тлі ГМС були помірно виражені артралгії (98,75 %) за відсутності ознак реактивного та хронічного артриту. При цьому ознаки синовіту виявлялися у 22,6 % пацієнтів, порушення функціональної здатності суглобів не визначалися. Переважно уражались колінні суглоби (98,9 %), відмічалася парність втягнення їх в патологічний процес. У дівчат частіше, ніж у хлопців, виявлялися зміни в тазостегнових суглобах ($p < 0,01$), а також наявність більш вираженої клінічної симптоматики суглобового синдрому.

Серед рентгенологічних проявів найбільш характерними для ОА на тлі ГМС у обстежених підлітків були загострення та подовження міжвиросткових підвищень великогомілкових кісток (82,79 %), звуження суглобових щілин (75,26 %). Останні часті-

ше з'являлися у дівчат, ніж у хлопців ($p < 0,05$). Остеофіти формувалися в поодиноких випадках (5,37 %) і переважно у дітей старшої вікової групи. Відмічено накопичення рентгенологічних ознак, особливо звуження суглобових щілин зі збільшенням віку та ступеня проявів ГМС.

При ОА на тлі ГМС відбуваються значні порушення в метаболізмі сполучно-тканинних структур – протеогліканів та колагену: перерозподіл фракцій глікозаміногліканів в сироватці крові з підвищенням вмісту I фракції (54,83 %), зниженням II та III фракцій, збільшенням загальних хондроїтинсульфатів (70,26 %), уронових кислот (27,95%), екскреції оксипроліну (69,9 %). Інтенсивність змін зростала відповідно збільшенню ступеня ГМС, була більш виражена у хлопців ($p < 0,01$).

З позицій системно-антисистемних відносин при ОА на тлі ГМС визначено домінування патогенетичних механізмів над компенсаційними на 82,9 %, що характеризує гіпокомпенсацію, тобто припускає переважання процесів катаболізму і апоптозу клітин над відновлюваними процесами.

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА

Н.М. КОРЕНЕВ, Л.Ф. БОГМАТ, Л.И. РАК

Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины, г.Харьков

ПАТОЛОГИЮ миокарда у дітей формує гетерогенна група захворювань, серед яких найбільш часті вторичні кардіоміопатії, запальні ураження і вроджені пороки серця. С метою діагностики ранніх ознак серцевої недостатності (СН) при даній патології досліджені 124 підлітка 12-18 років (середній вік $14,86 \pm 0,3$ років) з кардіофіброзом ревматичного і неревматичного генезу, диспластичної, аритмогенної і дилататорної кардіоміопатією. Проводились ЕКГ, ЕХО-КГ, стресс-ЕХО-КГ з фізичною навантаженням. Контрольну групу склали 43 практично здорових їх сверстників. Визначали добову екскрецію катехоламінів з мочою, вміст кортизолу і альдостерону в крові, активність ренину плазми і рівень ангіотензину-II радіоімунологічним методом.

Встановлено, що при патології миокарда у дітей відбувається зміна морфофункціональних характеристик серця: збільшення розмірів порожнин серця, маси миокарда лівого шлуночка,

ка, підвищення загального периферичного опору судин, що на ранніх етапах носить адаптаційний характер. Найбільш виражені ці зміни у дітей, перенесли міокардит. Процес ремоделювання миокарда при даній патології характеризується переважанням процесів дилатації над процесами гіпертрофії миокарда і навіть истонченням миокарда. При цьому спостерігається достовірне збільшення екскреції предшественника катехоламінів – ДОФА, підвищення рівня кортизолу і ангіотензину-II в крові.

У 25 % хворих на фоні відсутності скарг і клінічних ознак серцевої недостатності виявлено зниження насосної функції серця (фракція викиду (ФВ) складала від 42 до 55 %), у третині досліджуваних – неадекватний тип реакції на фізичне навантаження, що дозволило констатувати у них субклінічну СН.

Незважаючи на збережену ФВ у більшості хворих, середній її показник був достовірно нижче, ніж в групі здорових дітей (64,7 % і 68,9 % відповідно, $p < 0,001$). Зниження функціональної здатності миокарда спостерігалося при перестройке гемодинамічних відношень. У 52,7 % дітей сформувалася гіпокінетичний тип гемодинаміки, у 25,5 % – гіперкінетичний.

Виявлені тісні кореляційні зв'язки між активністю ренину плазми і розмірами лівих передсердя і шлуночка; рівнем альдостерону і товщиною миокарда, міжшлуночкових перегородок і масою миокарда лівого шлуночка; рівнем екскреції норадреналіну і ФВ.

Це підтверджує взаємозалежність формування порушень функції миокарда і показників нейрогуморальної регуляції. В цілому нейрогуморальне забезпечення серцево-судинної діяльності при патології миокарда у дітей характеризується активацією центрального симпатико-адреналового зв'язку і системи ренин-ангіотензину-II.

Розроблено алгоритм ранньої діагностики СН, основними зв'язками якого є ЕХО-КГ і функціональні проби. Проведення проб з дозованими навантаженнями при відсутності морфофункціональних змін в серці дозволяє виявити функціональну несостоятельность миокарда, приховану систолічну або диастолічну дисфункцію його. Діти з низкими значеннями ФВ і неадекватної гемодинамічної реакції на фізичне навантаження формують групу з субклінічною СН. Данній контингенту потрібна динамічне спостереження і відповідна патогенетична терапія.

ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ И УСПЕХИ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В ДОСТИЖЕНИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ-БОЛЬНЫМ БОЛЕЗНЬЮ ГОШЕ

Е.В. МАРТЫНЕНКО.

Всеукраинская Общественная Организация
«Объединение инвалидов-больных болезнью Гоше»

ВСЕУКРАИНСКАЯ Общественная Организация «Объединение инвалидов-больных болезнью Гоше» (Организация) зарегистрирована в Министерстве юстиции Украины в ноябре 2002 года. Численность организации составляет 50 человек. Организация ставит себе основными задачами защиту одной из наиболее социально незащищенных категорий – детей-инвалидов с болезнью Гоше, их родителей и родственников, путём объединения интересов и усилий для поддержки, оказания помощи больным с болезнью Гоше и защиты их законных прав государством, привлечение общественного внимания, а также информирование пациентов о современных возможностях лечения болезни Гоше и реабилитации пациентов.

С 2003 года Организация является членом Европейского Альянса Гоше (ЕАГ), который объединяет организации пациентов европейских стран.

Организация принимает участие в семинарах, конференциях, встречах, которые проводит ЕАГ. На этих ежегодных встречах, руководитель каждой общественной организации, рассказывает, каких результатов достигла его страна за минувший год, делятся опытом работы, обсуждаются проблемы каждой организации.

В декабре 2003 года, на День пациента, проводимый Организацией, была приглашена Сюзан Льюис (Великобритания) – исполнительный директор ЕАГ. Она поделилась опытом работы общественных организаций Великобритании, а также предложила свою помощь в работе украинской Организации.

За время работы Организации было напечатано несколько статей по проблеме болезни Гоше в медицинских изданиях, общественных газетах и журналах. Выпущено две телепередачи на канале «Интер» и «Первом Украинском канале». Сделан видео-сюжет о ситуации с оказанием помощи детям с болезнью Гоше в Украине, который был показан в 2004 году, в канун Международного дня защиты детей, на Николаевском и Днепропетровском областных телеканалах. Проведенные мероприятия привлекли внимание властей, а также спонсоров и меценатов к проблеме Гоше.

Наша Организация является неприбыльной, и мы осуществляем свою деятельность благодаря сторонней спонсорской поддержке.

Наиболее существенной помощью, получаемой нашими детьми

и взрослыми, является предоставление гуманитарного лечения по Европейской Программе Доступности Церезима (ЕПДЦ) фирмой Джензайм. Первый пациент начал получать гуманитарное лечение в 2002 году, к началу 2004 года таких пациентов было уже четверо. Сегодня 16 пациентов с болезнью Гоше (6 взрослых и 10 детей) получают ферменто-заместительную терапию препаратом Церезим, благодаря чему смогли вернуться к обычному образу жизни и избежать инвалидизирующих осложнений. 12 пациентов получают лечение по месту жительства, четверо – в педиатрическом отделении УДСБ «ОХМАТДЕТ». Трое детей пока не получают лечение.

Наша организация с 2002 по 2005 гг. неоднократно письменно и личными визитами обращалась МОЗ Украины, к Президенту, Верховную Раду, Кабинет Министров, Премьер-министру с просьбой о выделении бюджетных средств на ферменто-заместительную терапию больным Гоше.

В августе 2006 года был проведен тендер на закупку Церезима для лечения детей, не получающих гуманитарного лечения.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ЛИЗОСОМНЫХ БОЛЕЗНЕЙ НАКОПЛЕНИЯ

А. ТИЛЬКИ-ШИМАНСКА

Детский мемориальный центр здоровья, Варшава, Польша

КЛИЗОСОМНЫМ болезням накопления (ЛБН) относят группу около 50 болезней, которые характеризуются накоплением различных токсических веществ в лизосомах. Недостаток катаболических ферментов и не-католитических лизосомных белков, а также и более общие расстройства лизосомных функций, являются патомеханизмом этих болезней.

Патогенные мутации в структурах генов, ответственных за синтез таких ферментов или белков, служат причиной расстройств. ЛБН имеют широкий спектр клинических фенотипов и могут поражать различные части организма, включая скелет, мозг, кожу, сердце и ЦНС. Фенотипические проявления позволяют предположить диагноз уже при клиническом осмотре. Выявление лизосомных болезней базируется на выявлении типа болезни, первичном определении специфической активности лизосомных ферментов, химическом обнаружении нерасщеплённого субстрата, гистохимической визуализации мембранных белков; эти исследования сочетаются с микроскопией.

Скрининг новорожденных для определённых ЛБН возможен

при современном уровне развития технологий, как, в основном, определение активности лизосомных ферментов в высушенных пятнах крови, а также выявление белковых маркеров и метаболических маркеров в сочетании с масс-спектрометрией.

Лучшее понимание биохимических клеточных и молекулярных основ лизосомальных болезней накопления (ЛБН) позволяет значительно улучшить лечение этих заболеваний. Для лечения болезни Гоше свыше 12 лет успешно используется ферментозаместительная терапия (ФЗТ). Это послужило вдохновением для использования этого метода в лечении других ЛБН. В настоящее время имеется ФЗТ для лечения болезни Фабри, МПС1, МПС6 и болезни Помпе. Также вскоре начнут лечить МПС2.

Применение ФЗТ вероятнее всего, ограничивается теми ЛБН, которые не поражают ЦНС. Однако, улучшение состояния при некоторых нейропатических формах ЛБН наблюдалось при раннем начале лечения – ФЗТ, пересадке костного мозга, пересадке стволовых клеток. Эффективность этого лечения зависит от своевременной диагностики и лечения, до момента возникновения необратимых симптомов.

В настоящее время свыше 3000 пациентов с болезнью Гоше со всего мира получают ФЗТ. Также, растёт число пациентов и болезнью Фабри и МПС1. С марта 2006 г возможным стало ФЗТ болезни Помпе.

Эффективность этих способов лечения в значительной мере зависит от ранней диагностики, до проявления необратимых патологических изменений. Раннее выявление генетических болезней, имеющих высокий риск возникновения в родословной, имеет большое значение не только для возможности своевременного лечения больного ребёнка, но также для возможности ранней генетической консультации родителей.

ХВОРОБА ГОШЕ: МОЖЛИВОСТІ ФЕРМЕНТ-ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ ЯК СУЧАСНОГО СТАНДАРТУ ЛІКУВАННЯ.

В.Д. ДРОЗДОВА, О.М. СТЕЦЮК, Т.П. ІВАНОВА

Українська дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ» МОЗ України,
Інститут гематології та трансфузіології АМН України

ХВОРОБА Гоше (ХГ), найпоширеніша серед лізосомальних хвороб накопичення, є аутосомно-рецесивним генетичним захворюванням, в основі якого лежить уроджений дефект незамінного фермента бета-глюкоцереброзидази, внаслідок чого метаболічний

субстрат – глюкоцереброзид (мембранний жир) накопичується в макрофагах (так звані клітини Гоше), що масивно інфільтрують багато органів і систем (печінка, селезінка, легені, кістковий мозок, кістки, центральна і периферична нервова система) з порушенням їх функцій. Хронічне мультисистемне прогресуюче захворювання. В патогенезі перебігу – анемія, тромбоцитопенія з кровотечами, гепатоспленомегалія та ураження скелету (літичні, остеопенія, аваскулярний некроз) з «кістковими кризами», відставання у фізичному розвитку.

Виділяються три типи ХГ : I тип – хронічний не-нейропатичний (доросла форма),

II тип – гострий нейропатичний (ювенільна форма) і III тип – хронічний нейропатичний.

Діагностика базується на визначенні активності глюкозидази в лейкоцитах або культурах фібробластів (< 30% від N), а також на детекції клітин Гоше у біоптатах кісткового мозку. Якість життя хворих значно знижена внаслідок порушення соціальних та фізичних функцій.

Останні десять років «золотим стандартом» лікування ХГ визнана фермент-замістова терапія (ФЗТ) Церезимом (іміглюцераза). Призначення дефіцитного фермента відновлює структуру і порушену функцію органів, дозволяє запобігти небезпеки спленектомії внаслідок вторинного синдрому гіперспленізму, а також дозволяє повернутися хворому до активного способу життя без обмежень.

В Україні з 2002 р. за допомогою гуманітарної програми ЄПДЦ (Європейська Програма Доступності Церезима) на засадах діяльності «Європейської Робочої Групи з лізосомальних хвороб» поступово почали отримувати ФЗТ найбільш тяжкі за станом діти-інваліди з ГХ. На цей час ФЗТ Церезимом отримують десять пацієнтів-дітей та шість дорослих хворих.

Для хворих з I типом ХГ стартовою дозою Церезима розглядається 30 – 60 ОД/ кг маси тіла у режимі – кожні 2 тижня до досягнення стабільної клінічної ремісії, у подальшому лікуванні доза препарату може знижуватися до 15 ОД/ кг маси за умов стабілізації прогресування захворювання і від'ємності тяжких клінічних симптомів. Ефективність лікування означає, насамперед, значним покращанням якості життя внаслідок від'ємності «кісткових кризів», болів у кістках і суглобах із значним розширенням фізичної активності, інтоксикаційного синдрому з неконтрольованою епізодичною лихоманкою, підвищенням соціальних можливостей (заняття у школі, реалізація індивідуальних успіхів). У всіх пацієнтів зареєстроване підвищення росту (від 7см

до 16 см), корекція дистрофії м'язів, приріст ваги тіла. Протягом 24 - 42 місяців лікування зареєстровано поступове зменшення об'єму печінки на 30-60%, селезінки від 30% до 85% у співставленні до ініціальних розмірів. Встановлена репарація кісткових уражень. Позитивна динаміка гематологічних показників: у всіх скорегована анемія, ріст кількості тромбоцитів більш як у 3 рази, відсутність геморагічного синдрому. Жодному з пацієнтів на ФЗТ не виконувалась спленектомія.

ФЗТ Церезимом є висока перспектива патогенетичної реабілітації тяжких хворих з генетичною хворобою Гоше в дитячому віці.

НОВЕ ПОКОЛІННЯ ГІПОАЛЕРГЕННИХ СУМІШЕЙ ПРЕМІУМ-КЛАСУ. ПРОФІЛАКТИКА АЛЕРГІХ ТА ЗМІЦНЕННЯ ІМУНІТЕТУ ДИТИНИ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ.

І.В. КОЛОДЯЖНА
Нестле Україна

НЕ ДЛЯ кого не є секретом той факт, що в останні десятиліття алергійна захворюваність неухильно росте. Фахівці усього світу б'ють тривогу, оскільки кожна 3-я дитина сьогодні схильна до алергійних захворювань.

Алергічні захворювання в цілому знижують стан здоров'я дитячого населення і збільшують навантаження на систему охорони здоров'я. В даний час Міжнародна Асоціація Алергологів і клінічних імунологів - Всесвітня Алергологічна Організація (IAACI - WAI) і Всесвітня Організація охорони здоров'я надають величезного значення профілактиці алергологічних захворювань і позначають дану проблему як одну з актуальних сучасних задач на шляху зниження захворюваності ними.

З рекомендаціями ESPAGAN «Дітям, що знаходяться на штучному або змішаному вигодовуванні з високим ризиком виникнення алергії, та з сімейним анамнезом atopії або при наявності підвищеного рівня IgE у пуповинної крові, з метою профілактики алергії рекомендовано вигодовування гіпоантигенними сумішами »

NAN 1 Н.А. та NAN 2 Н.А. – це перші представники нового покоління гіпоалергенних дитячих сумішей преміум – класу:

Вони містять унікальну комбінацію доповнюючи один одного захисних нутрієнтів, які:

- Дозволяють виникнути сенсibilізації та сприяють розвитку харчової толерантності за рахунок часткового гідролізату білка
- Сприяють природному росту біфідобактерій у кишечнику ди-

тини завдяки біфідогенному ефекту (NAN 1 Н.А.) та підтримують ріст біфідобактерій у період введення прикорму завдяки додаванню біфідо та лактобактерій (NAN 2 Н.А.)

- Містять оптимізований жировий склад з додаванням доголанцюгових поліненасичених жирних кислот: арахідонову та докозагексаєнову, які значно впливають на модуляцію захисних реакцій імунної системи та відіграють важливу роль у розвитку головного мозку та функції зору.

Численні дослідження, що були проведені незалежними медичними спеціалістами в різних країнах довели клінічну ефективність вигодовування NAN 1 Н.А. та NAN 2 Н.А. у зниженні ризику розвитку алергії на 50% у дітей з сімейним анамнезом по atopії у порівнянні з традиційними дитячими сумішами.

ПРОФІЛАКТИКА АЛЕРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ: НАСКІЛЬКИ МОЖЛИВОЮ ВОНА Є СЬОГОДНІ?

Л.В. БЕШ, С.К. ТКАЧЕНКО, В.О. БОДНАРЧУК, О.І. МАЦЮРА
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Львівський міський дитячий алергологічний центр

ВІДОМО, що дебютом алергічної патології у дітей є харчова алергія, яка проявляється вже в перші місяці життя. Виходячи з цього, надзвичайно важливою є її антенатальна і постнатальна профілактика. Над пошуком оптимальних варіантів профілактичних заходів працюють сьогодні багато вітчизняних і міжнародних організацій. Однак, незважаючи на численні дослідження, присвячені вирішенню цієї проблеми, профілактичні заходи, ефективність яких доведена, сьогодні поодинокі. Це пов'язано, в першу чергу, зі складністю їх розробки на підставі законів доказової медицини.

Існує три можливі рівні профілактики: первинний, вторинний і третинний. Оптимальною, без сумніву, є первинна профілактика, тобто запобігання сенсibilізації. Особливо актуальними для педіатрів є заходи первинної профілактики харчової алергії, які повинні проводитися після народження дитини. Традиційно вважається, що захистити новонароджену дитину може грудне вигодовування. Яким у такому разі повинно бути харчування матері-годувальниці? Нині доведено, що мінімальна кількість харчових алергенів потрапляє в організм дитини з грудним молоком, однак, незважаючи на це, немає потреби обмежувати маму-годувальницю в харчуванні, якщо грудне вигодовування не провокує загострен-

ня проявів алергії. Наявність доброго сприймання конкретного харчового продукту встановлюється виключно на підставі даних харчового щоденника та елімінаційно-провокаційних тестів.

На жаль, протягом останніх років частота грудного вигодовування катастрофічно зменшується. У такій складній ситуації надзвичайно гостро стоїть проблема: Які замітники грудного молока слід застосувати дітям групи ризику щодо розвитку алергії? Відомо, що роль трофоалергенів у дитячих сумішах належить білкам. Усі вони, окрім білка грудного молока, є чужорідними для дитячого організму, а тому повинні пройти через процес формування харчової толерантності, в основі якої лежать імунні механізми. Активно дискутується сьогодні і проблема взаємозв'язку алергії і дисбіозу. Безперечно такий взаємозв'язок існує і є неоднозначним. Нині доведено, що мікрофлора кишок відіграє важливу роль в процесі дозрівання і «тренування» імунної системи. Біфідо- і лактобактерії стимулюють Th1 опосередковану імунну відповідь і одночасно пригнічують реакцію, зумовлену Th2, результатом чого є формування харчової толерантності.

Гіпоалергенні суміші NAN HA 1 Protect Start та NAN HA 2 Protect Plus містять вдосконалену комбінацію нутрієнтів, необхідних для гармонійного фізичного та розумового розвитку дітей і сприяють природному росту біфідобактерій в товстій кишці. Виходячи з вказаного вище, суттєве профілактичне значення матимуть нові суміші у зв'язку з біфідогенними факторами (NAN HA 1 Protect Start) та підтримкою росту біфідобактерій під час введення прикорму за рахунок включення пробіотиків (NAN HA 2 Protect Plus), адже правильно підібрана дієта - це практично єдина можливість ефективної профілактики харчової алергії.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

И.Б. ЕРШОВА, И.В. КОВАЛЕНКО, Е.Н. КУНЕГИНА
Луганский государственный медицинский университет,
3-я детская многопрофильная больница

ДИАРЕЯ инфекционной природы принадлежит в настоящее время к числу наиболее распространенных заболеваний и занимает по своей частоте второе место после острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Она, к сожалению, занимает первое место в структуре смертности от инфекционных причин. В Украине ежегодно регистрируется 40 – 50 тыс. случаев ОКИ среди детей и более половины из них имеют вирусную эти-

ологию. Среди вирусных диарей ведущее место занимает ротавирусная инфекция.

Наиболее часто ротавирусные гастроэнтериты регистрируются у детей в возрасте от 6 мес. до 3-х лет. Именно в этом возрасте наиболее высок риск заражения и тяжелого течения заболевания с развитием дегидратации и возможным летальным исходом. Вирус обнаруживается в фекалиях больных с первых дней болезни. Установлено, что переболевший человек способен выделять ротавирус с фекалиями в течение 2-3-х недель и более, представляя высокую эпидемиологическую опасность для окружающих.

Основываясь на этих данных и, учитывая полную безопасность и широкое использование Гропринозина в клинической практике у детей, начиная с рождения, а также широкую противовирусную активность препарата, основной целью наших исследований было изучение клинической и санитизирующей эффективности Гропринозина в комплексной терапии среднетяжелых форм ротавирусной инфекции у детей.

Под нашим наблюдением находилось 48 детей с ОКИ ротавирусной этиологии. У 10 больных из 48 (20,8%), помимо ротавируса, РЛА с копрофильтратом была положительной и на антиген аденовируса. Дети были разделены на 2-группы. 1-ая группа (28 человек) получала Гропринозин per os по 50 мг/кг за 3-4 приема в течение 5-и дней и 20 больных (группа сравнения) – получала аципол в возрастных дозировках 5-7-и дневным курсом (до нормализации частоты и характера стула).

Проведенные исследования убедительно показывают, что препарат Гропринозин обладает выраженным противовирусным действием в отношении как ротавируса, так и аденовируса - возбудителей кишечных инфекций вирусной этиологии у детей. После выписки из стационара детей, переболевших ротавирусной инфекцией, несмотря на клиническое выздоровление и нормализацию частоты и характера стула, большинство не получавших противовирусной терапии, продолжают выделять в окружающую среду как рота-, так и аденовирусы, представляя большую эпидемиологическую опасность. В то время, как использование в комплексной терапии ротавирусной инфекции у детей противовирусного препарата Гропринозин существенно сокращает сроки элиминации вирусов с испражнениями и естественно уменьшает количество детей, как источников рота- и аденовирусной инфекции для окружающих.

В структуре этиологических факторов бактериальной диареи в настоящее время произошли существенные изменения. Уменьшилась частота инфекционной диареи, вызванной привычными возбудителями (шигеллами, сальмонеллами), и возросло число

случаев заболеваний, обусловленных энтеропатогенными штаммами кишечной палочки и кампилобактерной инфекцией.

На сегодняшний день при легких и среднетяжелых формах ОКИ у детей стартовыми антибактериальными препаратами являются: нитрофураны (фуразолидон, нифуроксазид).

Принимая во внимание спектр антибактериальной активности нифуроксазида мы использовали этот препарат при лечении 32 детей с ОКИ эшерихиозной этиологии (энтеропатогенные штаммы). Группу сравнения составили 26 детей стартовым антибактериальным препаратом, у которых был триметоприм/сульфаметаксазол в возрастных дозировках.

Оценивая санирующую эффективность проводимой терапии ОКИ по результатам бак.посквов в динамике заболевания установлено, что при включении в комплексную терапию ОКИ эшерихиозной этиологии препарата Нифуроксазид энтеропатогенные E.coli в копрокультуре в 28,1% случаев не определялись уже на 3-й день, на 5-й – в 68,8% и на 7-й день – практически у всех больных (96,9%). В то же время, в группе сравнения, даже по окончании 5-7-и дневного курса лечения триметоприм/сульфаметаксазол клиническое выздоровление наступило только у 9 из 26 больных детей (34,6%) результаты бак.исследования были отрицательными и, лишь на 10-й день – у 76,9%, а на 12-18-й день у всех больных наступила полная санация.

Таким образом, исследование показало, что в группе больных ОКИ, получавших нифуроксазид, только в 1 случае (3,1%) санирующий эффект отсутствовал и ребенок продолжал выделять E.coli с фекалиями вплоть до 18-го дня от начала лечения, несмотря на клиническое выздоровление на 3-й день лечения и 4-й день болезни. В группе же больных, получавших триметоприм/сульфаметаксазол, проводимая терапия в отношении санации организма на 5-7-й день от начала лечения была не эффективной в 65,4% случаев.

ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ У ДІТЕЙ ТА СУЧАСТНІ МЕТОДИ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ

С.М. НЕДЕЛЬСЬКА
Запорізький державний медичний університет

ХАРЧУВАННЯ відноситься до життєзабезпечувальної функції. Сучасна класифікація неперенесення їжі включає наступні варіанти:

- Справжня харчова алергія (далі ХА), тобто неперенесення їжі, зумовлена імунологічними механізмами.

- Псевдоалергічні реакції пов'язані з гістаміноліберуючими властивостями деяких харчових продуктів та харчових добавок.

- Неперенесення їжі у зв'язку з наявністю дефіцита травних ферментів.

- Психогенні реакції на їжу.

Розповсюдженість ХА, зумовленої алергічними реакціями швидкого типу (IgE-опосередовані), складає, за даними різних авторів, 0,1-7%.

ХА розвивається внаслідок відсутності толерантності або її втрати. Високу частоту захворювання у дитячому віці, у тому числі, у немовлят, можливо пояснити функціональною незрілістю імунної системи та органів травлення. В ШКТ у дітей виробляється незначна кількість IgA.

В основному харчова алергія проявляється у перший рік життя. Саме тому спеціалісти приділяють особливе значення профілактиці алергологічних захворювань.

В даний час загальновізнано, що грудне вигодовування відіграє важливу роль у профілактиці харчової алергії.

При відсутності грудного молока або його недостатньої кількості дітям із групи ризику по розвитку харчової алергії, а також здоровим дітям з метою профілактики харчової алергії рекомендовано використовувати гіпоалергенні суміші на основі часткового гідролізу сироваткових білків та водночас містять комбінацію нутриєнтів, що забезпечує біфідогенний ефект. Такими сумішами є нове покоління гіпоалергенних сумішей NAN 1 Н.А. та NAN 2 Н.А.. Ці сучасні продукти забезпечують профілактику харчової алергії у дітей з групи ризику завдяки унікальній комбінації захисних нутриєнтів, яка дозволяє уникнути сенсебілізації, сприяє розвитку харчової толерантності та розвитку здорової мікрофлори кишечника.

ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ. З ДОСВІДУ ФІЛЬДЕРКЛІНІКИ (ШТУТТГАРТ, НІМЕЧЧИНА)

У. ШНАЙДЕР
Дитяче відділення Фільдерклініки, Штуттгарт, Німеччина

ВДОПОВІДІ висвітлюються причини виникнення і терапія захворювань шкіри дітей грудного віку, виходячи із цілісного розгляду організму людини. Фільдерклініка (Штуттгарт,

Німеччина) одна із клінік Німеччини, яка поряд зі стандартною терапією використовує методи цілісної медицини. Клініка розрахована на 230 ліжок, заснована в 1975 році, включає в себе відділення хірургії, внутрішніх захворювань, гінекології, пологове відділення, відділення для новонароджених, а також дитяче відділення. Методи традиційної терапії розширюються за допомогою застосування натуральних лікарських засобів (гомеопатії, фітотерапії, антропософські лікарські засоби) зовнішньої терапії (ритмічні втирання, компреси, ванни) а також терапії мистецтвом та рухом.

Шкіра є найбільшим органом людини, в якому відображається весь організм. Основні функціональні області шкіри (нервово-чуттєва, обмін речовин, кровообіг та дихання) взаємопов'язані з відповідними процесами і внутрішніми органами людини. Здоров'я організму і шкіри розглядається як гармонійна рівновага цих основних функцій, завдяки процесам саморегуляції. Зміщення рівноваги в сторону нервово-чуттєвих процесів чи обміну речовин виявляється відповідними паталогічними тенденціями: наприклад, при перевазі нервово-чуттєвої системи підвищений ризик появи нейродерміту, при перевазі обміну речовин - фурункульозу. Ці принципи враховуються в цілісній терапії захворювань шкіри. Застосовуючи при необхідності засоби і методи традиційної медицини, які спрямовані на зниження чи усунення факторів хвороби, за допомогою природних лікарських засобів можливе зміцнення процесів саморегуляції шкіри та відновлення здорової рівноваги всіх її функцій. Правильний догляд за шкірою дитини за допомогою натуральних засобів дозволяє профілактично впливати на здоровий розвиток шкіри. Засоби для догляду за шкірою дитини не повинні містити синтетичних домішок, емульгаторів, консервантів та штучних ароматизаторів. Дуже важливим є наявність натуральних жирів, повинні переважати рослинні жири з полінасиченими жирними кислотами. Мигдальна олія та олія жожоба є особливо цінними та добре сприймаються. Серія для дітей Weleda (Веледа) Календула, розроблена лікарями та фармацевтами виходячи із цілісного погляду на організм людини і природи, відповідає цим вимогам і потребам шкіри організму, який зростає.

ДОСВІД РОБОТИ КИЇВСЬКОГО ДИТЯЧОГО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З НР-ІНФЕКЦІЄЮ

О.В.П'ЯНКОВА, Н.Є.ЗАЙЦЕВА, С.В.МАЛОЛЕТНЯЯ, Н.І.НАДТОЧІЙ, В.В.ЗАМУЛА

Київський дитячий гастроентерологічний центр

Дитяча клінічна лікарня №9, м.Київ

СПОСТЕРЕЖЕННЯ останніх 10-ти років в Київському дитячому гастроентерологічному центрі свідчать про «помолодження» гастроуденальної патології у дітей, збільшення частоти тяжких форм гастритів та гастродуоденітів, що призводять до розвитку виразкової хвороби, множинних ерозій, атрофії слизової оболонки (СО) шлунку і 12-ти палої кишки. Значну роль в цьому відіграє *H.pylori*-інфекція.

Згідно рекомендаціям «Консенсусу Маастрихт-3» відносно сучасних підходів до діагностики інфекції *H.pylori*, якщо хворому не проводилась ФГДС, то для діагностики інфікування ми застосовували серологічний тест. При проведенні ФГДС, нами використовувався швидкий уреазний тест. При наявності позитивного результату у дитини, проводилось обстеження серологічним методом членів сім'ї, які мешкають разом з пацієнтом.

Нами обстежено 4881 дитину з запальними захворюваннями верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, з яких виразкову хворобу виявлено у 12,7% дітей, деструктивні процеси у вигляді множинних ерозій шлунку і/або 12-ти палої кишки - у 58,1% дітей, гіпертрофічний гастродуоденіт - у 10,3%, поверхневий гастрит і/або антрumbuльбіт - у 18,9% дітей. Найбільша інфікованість *H.pylori* спостерігалась в групі дітей с деструктивними процесами в СО - 75,0 % дітей, тоді як в групі з виразковою хворобою та в групі з поверхневими змінами СО інфікованість *H.pylori* була майже однаковою - 57,2% і 59,9% відповідно. Це підтверджує необхідність прийняття рішення «Консенсусу Маастрихт-3» по проведенню антихелікобактерної терапії при функціональних диспепсіях згідно стратегії «test and treat».

Комплекс лікувально-профілактичних заходів ґрунтується на принципі індивідуалізованого лікування з обов'язковим включенням дієтичного харчування, і, зокрема, продуктів функціонального харчування на основі соєвої пасти, волокна якої створюють стабільну емульсію, що забезпечує максимальне щадіння СО. Антихелікобактерні схеми будувались на індивідуальних особливостях дитини, морфологічній картині, віці дитини та давності захворювання. Найбільш ефективною схемою ерадикаційної терапії, яку ми використовували, виявилась однотижнева потрійна

терапія з включенням Де-Нола, Флемоксина Солютаба та Кларитроміцину. Ерадикація наступала у 87,2% дітей.

Основним препаратом для лікування інфекції *H. pylori* у дітей залишається колоїдний субцитрат вісмута Де-Нол, який має виражену бактерицидну активність, синергізм з іншими антибіотиками, забезпечує більш якісне заживлення як виразкових дефектів, так і ерозій у порівнянні з антисекреторними засобами. Удосконалена форма амоксициліну - Флемоксин Солютаб забезпечувала створення оптимальної концентрації антибіотика безпосередньо в зоні колонізації *H. pylori*.

Результатом ерадикації також була регресія запального процесу, який спостерігався у 95,3% дітей. Після успішної ерадикації *H. pylori* рецидиви відмічались лише у 2,5% хворих.

ПАСТЕРОВСЬКІ ВАКЦИНИ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

О.І. ЛЯБІС

Представництво компанії Санофі Пастер в Росії та країн СНД

В 21-ому сторіччі пріоритет профілактичного напрямку в педіатрії не викликає сумнівів. Вакцинопрофілактика признана найбільш клінічно та економічно ефективним методом у боротьбі з інфекційними захворюваннями, що забезпечує постійне удосконалення існуючих та пошук нових вакцин з одночасним розширенням програм імунізації дітей у всіх країнах світу.

Враховуючи, що більшість профілактичних щеплень в рамках національного календаря України проводиться на першому році життя дитини, виникає необхідність створення та застосування комбінованих вакцин, які дозволяють значно знизити кількість зроблених ін'єкцій, що безсумнівно сприятливо для дітей, їх батьків та медичного персоналу.

Компанія санофі пастер виробляє різні комбіновані педіатричні вакцини, які за час довготривалого використання в національних програмах імунізації країн Європи, Канади, Австралії та США, показали свою високу ефективність та безпечність.

В Україні для дітей першого року життя зареєстровані дві комбіновані вакцини виробництва санофі пастер: «Пентаксим» - вакцина проти дифтерії, кашлюку (ацелюлярна), правця, поліомієліту (інактивована) та гемофільної інфекції типу b (*Hib*) з самим високим показником клінічної та імунологічної ефективності та низьким числом побічних реакцій, яка застосовується для вакцинації усіх дітей першого року життя в Швеції, Швейцарії, Фран-

ції та інших країнах Європи, та «Тетракт-ХИБ» - вакцина проти дифтерії, кашлюку, правця та Ніб інфекцій, яка застосовується більш 12 років в Європейських країнах.

В теперішній час проходить реєстрацію вакцина проти вітряної віспи «Ока вакс», яка містить оригінальний вакцинний штам вірусу вітряної віспи, який застосовується в Японії на протязі 30-ти років, варіанти якого використані для створення усіх існуючих вакцин. Вакцина «Окавакс» дозволяє захистити від вітряної віспи, насамперед дітей із групи ризику по розвитку тяжких форм захворювання: пацієнтів з імунодефіцитами та дітей, які отримують довготривалу імуносупресивну терапію, крім того, можлива вакцинація проти вітряної віспи усіх дітей старше одного року.

Компанія санофі пастер, завдяки дотримання традицій, закладених Луї Пастером, використанню самих сучасних наукових розробок, високому технологічному рівню виробництва та багатоетапному контролю якості препаратів, які виробляють на протязі 120 років допомагає педіатрам всього світу проводити профілактику інфекційних захворювань на самому високому рівні.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

С.О.КРАМАРЄВ

Національний медичний університет ім. акад О.О. Богомольця

ГОСТРИ кишкові інфекції (ГКІ) у дітей складають значну соціальну і медичну проблему. За даними ВООЗ у світі щорічно реєструється від 68,4 млн. до 275 млн. діарейних захворювань. Діарейні захворювання є третьою, найбільш частою причиною смерті серед дітей молодше 5 років у світі після перинатальних захворювань та захворювань респіраторного тракту. Вони відповідають більше ніж за 1 млн. смертей серед дітей кожного року на земній кулі. В Україні рівень захворюваності на ГКІ поступається тільки гострим респіраторним вірусним інфекціям, смертність при них займає третє місце в структурі смертності дітей від інфекційних причин. Вирішення проблеми покращення наслідків ГКІ у дітей ґрунтується на своєчасності та адекватності їх терапії. На сьогодні комплекс терапії ГКІ у дітей складається з дієтотерапії, антибактеріальної, патогенетичної (регідраційної) та допоміжної (ентеросорбенти, пробіотики) терапії.

В останнє десятиріччя проведений перегляд показань до призначення антибіотиків і інших антибактерійних препаратів при ГКІ у дітей, перелік їх значно звужений. Але є форми інфекції та стани дітей, які протребують обов'язкового призначення анти-

бактеріальних препаратів. В першу чергу це наявність у дитини гемоколіту, шигельоз, амебіаз, клостридіоз, кампілобактеріоз, ентерогеморагічні ешерихіози, холера, гострий лямбліоз, імунодефіцитного стану, всі тяжкі форми ГКІ, незалежно від віку дитини і тяжкості захворювання. До антибактеріальних засобів першого ряду, які застосовуються при ГКІ у дітей, відноситься Ніфуросазид, нітрофуран місцевої дії. В клініці дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця за дорученням Державного фармакологічного центру у 2005 р. проведено вивчення безпеки та ефективності препарату при ГКІ у дітей. Дослідження проведені у 400 дітей, хворих на ГКІ. Їх результати показали, що висока ефективність при застосуванні Ніфуросазиду при ГКІ у дітей мала місце у 97,3% пацієнтів. Побічні ефекти при застосуванні препарату у вигляді нудоти, блювоти, висипу на шкірі мали місце у 3,25% дітей. Виявлені побічні ефекти були слабкої виразності і не потребували відміни препарату. Проведені дослідження свідчать про достатню ефективність і безпечність застосування Ніфуросазиду при ГКІ у дітей.

Світова практика і власний досвід показали, що при ГКІ у дітей крім адекватної антибактеріальної та регідратаційної терапії, дієтотерапії застосування таких засобів допоміжної терапії як ентеросорбція сприяє скороченню тривалості діареї, інтоксикації, покращенню загального стану. В клініці дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця є 10 річний досвід застосування при ГКІ у дітей такого сорбенту як Смекта. Підключення Смекти до комплексу терапії ГКІ у дітей позитивно впливає на інволюцію патологічних симптомів захворювання. Так, на фоні застосування Смекти на 2-4 дні раніше ліквідуються симптоми інтоксикації, на 1-3 дні раніше нормалізується температура тіла, на 2-4 днів - консистенція стула, на 2 – 3 дні - зникали патологічні домішки із стула. Ефективність терапії ГКІ при застосуванні Смекти у дітей досягає 91,6%.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВІБРОЦИЛУ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО РИНИТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Ю.В. МАРУШКО

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

ВСВОЇЙ роботі лікарі практично кожний день зустрічаються з проявами риніту. У дітей, особливо раннього віку, риніт протікає децю інакше, ніж у дорослих, що потребує і відповідних ліку-

вальних заходів. Мета роботи – узагальнити данні літератури та особистий досвід по лікуванню гострого риніту у дітей раннього віку.

Ряд факторів в дитячому віці складають певні умови для легкого проникнення повітряно-крапельної інфекції в організм дитини. Серед них: 1) анатомо-фізіологічні особливості слизової оболонки верхніх дихальних шляхів; 2) неспроможність імунологічної реактивності у дітей, особливо раннього віку; 3) більша частота atopічного діатезу, алергічних харчових реакцій; 4) вікова гіперплазія лімфоїдної тканини. Охолодження – один з факторів для активації умовно-патогенної мікрофлори в порожнині носа, носоглотці і порожнини рота.

На конференції Російської спільноти ринологів в місті Уфа (1997), запропонована наступна класифікація: I. Гострий риніт: 1. Інфекційний: а) специфічний, б) неспецифічний. 2. Алергічний (сезонний). 3. Травматичний. II. Хронічний риніт: 1. Інфекційний. 2. Катаральний. 3. Алергічний (цілорічний). 4. Вазомоторний. 5. Гіпертрофічний. 6. Атрофічний. 7. Озена.

Одним із головних принципів лікування гострого риніту є відновлення носового дихання. Для попередження ускладнень необхідно усунути набряк слизової оболонки носа. С цією метою в педіатричній практиці використовують переважно місцеві антиконгестанти. На сьогодні є багато місцевих препаратів проти набрякової дії, однак деякі з них не відповідають стандартам безпеки в педіатрії. Отруєння назальними деконгестантами зустрічаються у всіх вікових групах, починаючи з періоду новонародженості (Mahieu L.M. et al., 1993, Claudet I., 1997). Такий факт обмежує застосування окремих препаратів у дітей, особливо раннього віку.

Серед ряду препаратів деконгестантів в останній час фірмою «Новартис Консьюмер Хелс» бул запропонований препарат Віброцил, що містить 2 активні компоненти – фенілефрин (селективний альфа-1 адреноміметик) та диметиндена малеат (антигістамінний компонент).

Перевагою Віброцилу є поєднана проти набрякова і гіпосенсибілізуюча дія; відсутність морфологічного і функціонального ураження слизової оболонки носа (порушення кровообігу, атрофії) навіть при тривалому застосуванні; відсутність системних ефектів у вигляді генералізованого звуження судин й порушень загальної циркуляції крові у дітей раннього віку; значення рН порівняно з таким слизової носа, ізотонічність. Завдяки нейтральній рН забезпечується ритмічний рух вії мерцального епітелію, зберігається мукоціліарний транспорт й дренажна функція носової порожнини.

Віброцил (форма – краплі для носа) – дозволений до використання з грудного віку. На сьогодні є декілька схем застосування препарату, що використовуються в різних клініках. За нашим

досвідом препарат високоефективний. Токсичних та і побічних дій ми не спостерігали.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ФЛЕМОКЛАВУ У ЛІКУВАННІ ПОЗАЛІКАРНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Є.В.ПРОХОРОВ, І.М.ОСТРОВСЬКИЙ, Н.А.АКИМОЧКІНА
Державний медичний університет ім. М.Горького

УСТРУКТУРІ захворюваності органів дихання пневмонія займає одне з важливих місць, перш за все, зважаючи на вірогідність грізних ускладнень і несприятливого прогнозу. Останній багато в чому пов'язаний з невірним вибором стартового антибіотика, оскільки педіатри недостатньо свідомі про сучасні пневмотропні збудники і про фармакокінетичні та фармакодинамічні властивості антибактеріальних препаратів.

В даний час, враховуючи провідну етіологічну роль гострого запалення легень пневмококка, гемофільної палички, моракселли, а також їх придбану резистентність, яка обумовлена продукцією β -лактамаз, найбільш ефективно лікування досягається у випадках використання, в першу чергу, інгібіторзахищених напівсинтетичних амінопеніцилінів.

Нами проведена клінічна апробація препарату Флемоклав (Astellas). Під спостереженням знаходилося 19 дітей у віці від 3 до 14 років з «типовою» позалікарняною пневмонією. У всіх випадках діагноз пневмонії підтверджений даними рентгенологічного дослідження органів грудної клітини.

Ефективність лікування оцінювали на підставі провідних, перш за все, клінічних синдромів (інтоксикація, включаючи рівень гіпертермії, дихальна недостатність) і симптомах (характер кашлю, наявність і локалізація хрипів та ін.), а також показниках гемограми.

В дослідження не включали пацієнтів з вказівкою в анамнезі на алергічні реакції, пов'язані з прийомом антибіотиків ряду пеніциліну, а також тих хворих, які одержували або почали одержувати будь-які антибактеріальні препарати за місцем проживання.

Препарат призначали з розрахунку 25 мг/сут амоксициліна і 7,5 мг/сут клавуланової кислоти на 1 кг маси тіла в 3 прийоми. Дослідження показало високу терапевтичну ефективність Флемоклава, використаного як стартовий антибіотик при позалікарняній, пневмонії с типовим перебігом у дітей. Випадків, будь-яких побічних реакцій, пов'язаних з прийомом Флемоклава не відмічено.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ УКРАИНСКО-БЕЛАРУССКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В. В. Поворознюк¹, Э. В. Руденко², Н. В. Григорьева¹, Т. А. Карасевская¹,
Е. В. Бутылина³, Е. В. Руденко², Е. И. Подлианова⁴, О. Н. Слюсаренко¹,
Ю. Б. Гречанина⁵, Т. А. Крючко⁵, И. А. Коленко⁵, А. С. Школяр⁶, И. В. Павлюк⁷

¹Институт геронтологии АМН Украины, Украинский научно-медицинский центр проблем остеопороза (Киев, Украина); ²БелМАПО (Минск, Республика Беларусь);

³Национальный медицинский университет (Киев, Украина); ⁴Запорожский медицинский университет (Запорожье, Украина); ⁵Харьковский специализированный медико-генетический центр (Харьков, Украина); ⁶Украинская стоматологическая академия (Полтава, Украина); ⁷Харьковский медицинский университет (Харьков, Украина); ⁷Ивано-Франковский медицинский университет (Ивано-Франковск, Украина)

ЦЕЛЬ работы: изучение фактического питания у детей и подростков Украины и Беларуси.

Объект исследования. В рамках выполнения программы совместного украинско-белорусского проекта по изучению состояния костной ткани у детей и подростков нами изучено фактическое питание у учащихся гимназии г.Минска (I группа), Лельчицкой (II группа) (районный центр в Гомельской области, Беларусь) и Машевской (III группа) школ (Полтавская область, Украина). Обследовано 359 человек в возрасте 11-17 лет: I группа - 103 (средний возраст - 13,4 ± 0,3 лет); II группа - 108 (средний возраст - 12,9 ± 0,4 лет); III группа — 148 (средний возраст — 14,2 ± 0,2 лет).

Методы исследования: фактическое питание оценивали анкетно-весовым методом по методике трехдневной выборки.

Результаты исследования. Основные показатели фактического питания у обследованных детей и подростков представлены в Табл. 1.

Таблица 1. Показатели фактического питания обследованных детей и подростков.

Группы	БЖ, г	БР, г	ЖЖ, г	РЖ, г	Кальций, мг	Цинк, мкг	Вит. D, мкг
I группа	26,6 ± 0,9	18,9 ± 0,6	45,5 ± 1,6	20,0 ± 1,1	531 ± 21	6004 ± 168	0,62 ± 0,05
II группа	21,6 ± 1,0	19,8 ± 0,5	50,2 ± 3,5	23,6 ± 1,1	403 ± 21	5706 ± 181	0,72 ± 0,08
III группа	28,9 ± 1,6	28,6 ± 0,9	60,2 ± 2,7	25,2 ± 1,2	504 ± 27	7518 ± 281	0,90 ± 0,08
F	1,4	29,1	9,1	3,0	1,4	10,4	2,8
P	0,25	< 0,000001	0,00019	0,055	0,25	0,00006	0,065

Примечания: M ± m; БЖ - белки животного происхождения; БР - белки растительного происхождения; ЖЖ — жиры животного происхождения; РР - жиры растительного происхождения; F — критерий Фишера.

Место проживания оказывало достоверное влияние на уровень потребления растительных белков ($F = 29,1$; $p < 0,000001$), животных жиров ($F=9,1$; $p = 0,00019$), цинка ($F = 10,4$; $p=0,00006$), калия ($F=23,8$; $p < 0,000001$), магния ($F=21,4$; $p < 0,000001$), марганца ($F = 12,6$; $p = 0,000009$), меди ($F=14,2$; $p = 0,000002$), рибофлавина ($F=5,3$; $p=0,0059$), тиамина ($F=29,9$; $p < 0,000001$).

Выводы. Выявлены региональные особенности содержания нутриентов в фактическом рационе питания детей и подростков. Уровень потребления кальция и витамина D у украинских и белорусских школьников значительно ниже рекомендованной нормы. Исследование продолжается.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ УКРАИНСКО-БЕЛАРУССКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В. В. Поворознюк¹, Э. В. Руденко², Е. В. Бутылина³, Е. И. Подлианова⁴,
Е. В. Руденко², Т. А. Крючко⁵, И. А. Коленко⁶, Т. А. Карасевская¹,
Ю. Б. Гречанина⁵, И. И. Дзерович¹, А. С. Школяр⁶, И. В. Павлюк⁷

¹Институт геронтологии АМН Украины, Украинский научно-медицинский центр проблем остеопороза (Киев, Украина); ²БелМАПО (Минск, Республика Беларусь); ³Национальный медицинский университет (Киев, Украина); ⁴Запорожский медицинский университет (Запорожье, Украина); ⁵Харьковский специализированный медико-генетический центр (Харьков, Украина); ⁶Украинская стоматологическая академия (Полтава, Украина); ⁷Харьковский медицинский университет (Харьков, Украина); ⁸Ивано-Франковский медицинский университет (Ивано-Франковск, Украина)

Цель работы: изучение структурно-функционального состояния костной ткани у детей и подростков Украины и Беларуси.

Объект исследования. В рамках выполнения программы совместного украинско-белорусского проекта нами изучены антропометрические показатели (рост, масса тела), состояние костной ткани у детей и подростков, учащихся гимназии г. Минска (I группа), Лельчицкой (II группа) (районный центр в Гомельской области, Беларусь), Полтавской (III группа) и Машевской (IV группа) (Полтавская область, Украина) школ. Обследовано 734 человека в возрасте 10-16 лет: I группа - 182 (средний возраст - $13,4 \pm 0,1$ лет); II группа - 193 (средний возраст - $13,0 \pm 0,2$ лет); III группа - 157 (средний возраст - $13,1 \pm 0,1$ лет); IV группа - 202 (средний возраст - $13,4 \pm 0,2$ лет)

Методы исследования: состояние костной ткани изучали с использованием ультразвукового денситометра «Achilles+»;

определяли скорость распространения ультразвука (СРУ, м/сек), широкополосное ослабление ультразвука (ШОУ, дБ/МГц), индекс плотности костной ткани (ИП).

Результаты исследования. Основные антропометрические характеристики, показатели структурно-функционального состояния костной ткани представлены в табл. 1. Место проживания оказывало достоверное влияние на рост ($F = 7,5$; $p < 0,0001$) и вес ($F = 3,1$; $p = 0,025$) у мальчиков, рост ($F=5,9$; $p=0,0006$) у девочек, показатели ШОУ ($F=9,59$; $p < 0,000001$) и ИП ($F=4,1$; $p=0,0069$) у мальчиков, СРУ ($F = 5,15$; $p = 0,0017$) и ШОУ ($F = 8,75$; $p=0,00013$) - у девочек. Наиболее низкие показатели были у жителей Лельчиц.

Таблица 1. Антропометрические характеристики, показатели структурно-функционального состояния костной ткани обследованных детей и подростков в зависимости от места проживания и пола

Группы	Возраст, лет	Рост, м	Масса, кг	СРУ, м/сек	ШОУ, дБ/МГц	ИП, %
Мальчики						
I группа	13,2 $\pm 0,2$	1,64 $\pm 0,013$	53,8 $\pm 1,5$	1564 ± 3	111,8 $\pm 1,0$	92,0 $\pm 1,4$
II группа	12,9 $\pm 0,2$	1,55 $\pm 0,015$	48,3 $\pm 1,5$	1566 ± 3	102,3 $\pm 1,4$	86,5 $\pm 1,6$
III группа	13,1 $\pm 0,2$	1,62 $\pm 0,014$	54,0 $\pm 1,5$	1566 ± 3	110,1 $\pm 1,3$	91,8 $\pm 1,6$
IV группа	13,7 $\pm 0,2$	1,61 $\pm 0,012$	52,1 $\pm 1,3$	1574 ± 3	110,3 $\pm 1,3$	94,3 $\pm 1,7$
Девочки						
I группа	12,6 $\pm 0,2$	1,58 $\pm 0,009$	48,3 $\pm 1,0$	1561 ± 2	109,4 $\pm 1,1$	89,8 $\pm 1,3$
II группа	12,7 $\pm 0,2$	1,53 $\pm 0,009$	46,5 $\pm 1,0$	1574 ± 2	102,3 $\pm 1,2$	88,6 $\pm 1,4$
III группа	13,2 $\pm 0,2$	1,57 $\pm 0,009$	48,4 $\pm 0,9$	1574 ± 3	109,0 $\pm 1,2$	92,9 $\pm 1,4$
IV группа	13,3 $\pm 0,2$	1,57 $\pm 0,010$	48,1 $\pm 1,1$	1568 ± 3	104,8 $\pm 1,1$	88,8 $\pm 1,4$

Выводы. Выявлены региональные и возрастные особенности структурно-функционального состояния костной ткани у обследованных детей и подростков. Исследование продолжается.