

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

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали IV конгресу педіатрів України
(17–19 жовтня 2007 р., Київ)

За редакцією
О.М. Лук'янової, Ю.Г. Антипкіна, В.Г. Майданника

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

О.М. Лук'янова, Ю.Г. Антипкін, В.Г. Майданник,
Н.А. Фатюшина, В.В. Бережний
Ю.К. Больбот, 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

Розділ 1.

Проблеми організації надання медичної допомоги дітям в сучасних умовах

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ ДІТЕЙ – ОСНОВА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ

Ю.Г. АНТИПКІН

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України», м. Київ

Система диспансерного спостереження за станом здоров'я – ефективний засіб первинної профілактики та раннього виявлення захворювань, своєчасної реабілітації і оздоровлення дітей та підлітків.

Незважаючи на постійну увагу з боку керівництва держави до питань охорони здоров'я дітей, динаміка основних показників здоров'я дитячої популяції та демографічна ситуація в Україні залишаються невтішними.

Спостерігається зростання природжених вад розвитку гострої та хронічної захворюваності, збільшується кількість дітей-інвалідів, викликає стурбованість збільшення числа дітей і підлітків з розладами психіки та поведінки. Все це загострює актуальність питання щодо проведення всеукраїнської диспансеризації дітей з постійним моніторингом їх здоров'я в подальшому та створенням державної програми, спрямованої на збереження здоров'я дитячого населення України.

За даними медичної статистики МОЗ України в структурі малюкової смертності передують перинатальні чинники (38,9%) та природжені аномалії розвитку (29,7%), а внесок природженої та спадкової патології в структуру загальної захворюваності та інвалідності дітей і підлітків постійно зростає. Це зумовлює необхідність розробки сучасних технологій їх профілактики ще до народження дитини. Особливої уваги вимагають питання удосконалення та впровадження в практику диспансеризації плодів, новонароджених та дітей раннього віку. Своєчасне виявлення факторів ризику та рання діагностика порушень розвитку плода й стану здоров'я новонароджених дають змогу запобігти або скоригувати значну частину порушень і відновити стан здоров'я. Це, насамперед, завдання регіональних перинатальних

центрів, де може бути впроваджена система надання медичної допомоги в єдиному просторі пологовий будинок-хірургічне або спеціалізоване відділення для новонароджених дітей з забезпеченням умов для подальшої реабілітації.

Потребує також значного підвищення своєї якості диспансеризація дітей з сільської місцевості, яка повинна здійснюватись за участю спеціалістів різного профілю та забезпечувати не лише оцінку стану здоров'я та ранню діагностику хвороб, але й заходи з своєчасного оздоровлення дітей, реабілітації та збереження їх здоров'я. Питання профілактики повинні стати першочерговими не тільки в роботі лікарів педіатрів, але й у повсякденній практиці сімейного лікаря. Для запобігання втраті здоров'я дітьми під час шкільного навчання вкрай важливим є збереження й поліпшення якості шкільної медицини, значне підвищення ефективності медично-профілактичних заходів в освітніх установах, насамперед, шкільних закладах із застосуванням новітніх технологій.

В науковому аспекті важливим є поглиблене вивчення причин механізмів формування та особливостей клінічного перебігу преморбідних станів і функціональних порушень у дітей, особливостей періоду ремісій при хронічних захворюваннях та розробка патогенетично обґрунтованих реабілітаційних заходів та індивідуалізованих програм оздоровлення дітей в умовах місцевих санаторіїв та на курортах України з застосуванням сучасних немедикаментозних і медикаментозних технологій.

Всеукраїнська диспансеризація населення з використанням сучасних комп'ютерних технологій дозволить виявити дітей, які потребують постійного спостереження та лікування, визначити потребу в лікарях-спеціалістах, санаторних ліжках і оздоровчих закладах, стане підґрунтям для удосконалення роботи органів управління охороною здоров'я на державному та місцевому рівнях щодо забезпечення умов для поліпшення стану здоров'я дітей України.

ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НОВОНАРОДЖЕНИМ В УМОВАХ ЗАПРОВАДЖЕННЯ КРИТЕРІЇВ ВООЗ

В.Г. МАЙДАННИК, Л.В. КОВІНЬКО, Л.С. ТЕРЕЩЕНКО,
Г.М. ПАВЛЮК, Н.Т. МУРАВІЙОВА

Головне управління охорони здоров'я та медичного
забезпечення Київської міської державної адміністрації

Загальновідомо, що смертність дітей першого року життя є важливим інтегрованим показником, який свідчить про соціально-економічне благополуччя суспільства та державну політику в питаннях охорони материнства і дитинства. З 2007 року наша країна запровадила критерії реєстрації малюкової смертності відповідно до рекомендацій ВООЗ.

Перший досвід свідчить, що рівень малюкової смертності по м. Києву за 6 місяців 2007 року підвищився на 28,3% порівняно з аналогічним періодом 2006 року, а без іногородніх – на 23,3%. Але необхідно зазначити, що без урахування померлих, що мали надзвичайно низьку масу при народженні, малюкова смертність за 6 місяців 2007 року підвищилась лише на 4,7%, а без іногородніх та народжених з надзвичайно низькою масою малюкова смертність у поточному році навіть знизилася на 4,0%.

Звертає увагу те, що збільшення показника малюкової смертності в поточному році відбулось виключно за рахунок росту більш ніж в 1,5 разу ранньої неонатальної та неонатальної смертності (відповідно на 56,3 і 50,8%). З усіх дітей, померлих в м. Києві (територія) віком до одного року, 71% померли в неонатальному періоді. При цьому рівень постнеонатальної смертності знизився на 10,8%.

В структурі малюкової смертності за причинами на перше місце вийшли окремі стани, які виникають у перинатальному періоді, на друге – природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (з них 21,4% природжені пороки серця та системи кровообігу) і на третє місце – захворювання органів дихання. Необхідно вказати, що серед всіх перинатальних причин 34,5% складають природжені інфекційні захворювання та 28,5% – внутрішньоплодочкові крововиливи.

В 2007 році значно збільшилась кількість дітей, померлих в усіх пологових стаціонарах, що знаходяться на території міста. При цьому 82% смертності на етапах пологових стаціонарів складають втрати, що стались в ранньому неонатальному періоді.

Необхідно зазначити, що підвищення рівня неонатальної смертності відбулося не лише за рахунок дітей, які народилися з масою до 1000 г, як очікувалось, а й за рахунок тих, котрі народилися з масою від 1000 до 1500 г. Це свідчить про певні труднощі з наданням висококваліфікованої медичної допомоги даному контингенту новонароджених. На жаль, на сьогодні в пологових будинках міста практично відсутнє обладнання, за допомогою якого можна надавати адекватну медичну допомогу дітям з низькою та надзвичайно низькою масою тіла при народженні. Необхідність надання медичної допомоги дітям з низькою та надзвичайно низькою масою при народженні як на етапі пологового будинку, так і на наступних етапах реанімації та реабілітації, призвела до нестачі реанімаційних місць в пологових будинках та у відділеннях реанімації другого етапу.

З метою зниження малюкової смертності за умов запровадження критеріїв ВООЗ та удосконалення надання медичної допомоги новонародженим необхідно впроваджувати нові перинатальні технології у веденні пологів, післяпологового періоду та періоду новонародженості відповідно до сучасних досягнень, дооснастити відділення для новонароджених всіх етапів відповідним сучасним лікувально-діагностичним обладнанням, збільшити кількість реанімаційних ліжок у відділеннях реанімації новонароджених другого етапу, а також відшукати можливості для вирішення кадрових проблем у структурах, що надають допомогу новонародженим.

ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПЕДІАТРИЧНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ В УКРАЇНІ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

У теперішній час основними проблемними питаннями в системі охорони здоров'я дітей в Україні залишаються: 1) зниження рівня здоров'я дитячого населення, підлітків і молоді, ефективності профілактичних програм, диспансерних оглядів, 2) низький рівень оснащеності та фінансування медичних закладів для дітей, 3) реформування системи первинної медико-санітарної допомоги з педіатричної моделі на модель сімейного лікаря, 4) переорієнтація служби на роботу з підлітками, 5) актуалізація питання насилья над дітьми, дитячого травматизму, смертності внаслідок нещасних випадків, травм і отруєнь, 6) підсилення уваги до питань дотримання прав дитини.

Для поліпшення показників стану здоров'я дітей України, які нині є значно гіршими, ніж в європейських країнах, необхідні значні державні інвестиції в охорону здоров'я, зміна кадрової політики, раціональне використання ресурсів та приведення якості надання медичної допомоги у відповідність до стандартів ВООЗ. Важливим завданням також є удосконалення та розширення потенціалу педіатричної фармакотерапії.

Аналіз фармацевтичного ринку України свідчить про те, що сьогодні на ньому представлені усі основні лікарські засоби для фармакотерапії дитячих хвороб. Водночас питома вага ліків, дозволених для застосування у дітей, складає лише від 1 до 54% від загальної кількості препаратів у кожній групі. І хоча дефіциту ліків для дітей начебто й немає, проте є суттєва нестача педіатричних форм. Незважаючи на те, що ентеральний (пероральний, перектальний) шлях застосування ліків у педіатрії є переважаючим, спостерігається жорсткий дефіцит саме цих лікарських форм. Так, найбільш сприятливою формою для перорального застосування у дітей є суспензії, проте її представленість на ринку не більша, ніж 22% від реальної потреби (Черних В.П., 2006). Насамперед, переважають таблетовані (67%) та ін'єкційні форми лікарських засобів, що застосовуються в педіатрії.

Дуже мала кількість педіатричних препаратів серед наркотичних – 13%; снодійних – 7%; транквілізаторів – 17%; седативних – 16%; антидепресантів – 23%; ноотропних – 30%. У групах противиразкових

та антигіпертензивних лікарських засобів є лише поодинокі випадки їхнього можливого застосування в педіатрії (ранітидин, каптоприл, пропранолол).

Найбільш нагальними фармацевтичними проблемами практичної педіатрії є: 1) розширення переліку лікарських засобів, що мають визначене дозування для дитячого віку; 2) збільшення кількості лікарських форм для дітей раннього віку, що не містять алкоголю; 3) відповідно до міжнародного досвіду збільшення кількості ліків, які випускаються у вигляді крапель, сиропів, суспензій, супозиторіїв; 4) забезпечення випуску таблетованих форм медикаментів з розділовою смугою; 5) розширення випуску жувальних таблеток для дітей. На жаль, нерідко педіатри призначають невиправдано велику кількість лікарських засобів, хоча від поліпрагмазії до алергізації дітей і надалі до розвитку побічних дій та лікарської хвороби дуже короткий шлях.

Таким чином, проблеми сучасного стану здоров'я дітей та особливості педіатричної фармакотерапії є нерозривно пов'язаними і взаємозалежними, тому вирішення цих питань лежить в площині державних та галузевих рішень з урахуванням потреб вітчизняної педіатричної науки та практики.

ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

В.Ф. МАРЧЕНКО, Л.Л. ДЯЧЕНКО

Обласна дитяча лікарня, м. Житомир

Основою всіх медико-гігієнічних і психолого-педагогічних заходів, які проводяться з дітьми в організованих дитячих колективах, є моніторинг здоров'я дітей, які в них виховуються.

Характерними рисами сучасного навчального процесу є активне впровадження різноманітних педагогічних інновацій, часто без врахування індивідуальних психічних, фізіологічних особливостей дітей, стану їх здоров'я, особливості індивідуальної адаптації до навчального процесу.

Проаналізувавши стан здоров'я дітей шкільного віку, рівень організації та надання їм медичної допомоги, визначилися наступні проблеми:

1. За останні роки значно погіршився стан здоров'я дітей шкільного віку.

- Відмічено ріст захворюваності за всіма класами хвороб, особливо, щодо хвороб нервової, сечовидільної систем, органів кровообігу, ока, дихання, шкіри;
- збільшилась кількість випадків хвороб, які були характерні для дорослого населення;
- відмічено ріст соціально-значущих хвороб;
- зростає перехід гострих форм хвороб у хронічні.

Так, кожна друга дитина вже до школи має поєднану патологію (2 і більше діагнозів), лише за останні п'ять років питома вага дітей з хронічною патологією серед школярів зросла на 13%.

2. Залишається недостатнім мінімальний пакет медичних послуг, особливо, що стосується дітей сільської місцевості, підлітків: допомога психолога, логопеда, психіатра, нарколога та інших фахівців.

3. Реформування педіатричних дільниць на засадах сімейної медицини вимагає комплексного та систематичного підходу щодо поповнення рівня знань сімейних лікарів з питань патології дітей

шкільного віку, підлітків. На це вказує той факт, що повний обсяг оздоровчих заходів, призначений сімейним лікарем після поглибленого огляду школярів, значно нижчий, ніж у педіатра.

3. Не забезпечуються сучасні вимоги до надання медичних послуг дітям шкільного віку та підліткам:

- вивчення та розуміння проблем сім'ї, залучення батьків до формування здоров'я дітей;
- спільний пошук шляхів зміни поведінки дитини, спрямований на збереження здоров'я;
- міжвідомчий підхід у вирішенні проблем здоров'я школярів.

4. Недостатній рівень знань, з боку причетних до охорони здоров'я дітей, щодо діючої нормативно-правової бази.

Отже, виходячи з цих умов, потрібні значні консолідовані зусилля владних інституцій, медичних, соціальних, педагогічних працівників, громадських організацій, батьків і окремих громадян, щоб реалізувати стратегічні плани щодо збереження здоров'я підростаючого покоління. Ці завдання повинні сприйматись як загальнодержавні, вирішення яких вимагає виключно комплексного, а не відомчого підходу.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ШКОЛЯРАМ

В.П. НЕДІЛЬКО, Т.М. КАМІНСЬКА, С.А. РУДЕНКО,
Л.В. БОНДАРЕНКО

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України», м. Київ

Політичні та економічні перетворення, які відбуваються в Україні, викликають потребу в удосконаленні організації виховання гармонійно розвинутих та здорових дітей. В цьому плані особливої уваги заслуговують діти шкільного віку, як найбільш значний кількісний контингент дитячого населення.

Протягом останніх років наукові дослідження свідчать про незадовільний стан соматичного і психологічного здоров'я школярів, що пов'язано зі значним навантаженням їх, недотриманням ними здорового способу життя та недостатньою увагою до цих питань з боку директорів шкіл, медичних працівників та батьків.

На наш погляд, проблему збереження здоров'я школярів слід вирішувати з періоду підготовки дитини до вступу у школу.

Наші дослідження показали, що велика група дітей, які готуються до школи, має значні відхилення в стані здоров'я – 51,8% з них мали хронічну патологію, 24,6% дітей були віднесені до другої групи здоров'я, а здоровими можна було вважати лише 22,7% дітей.

Оцінка психологічного стану дітей виявила велику питому вагу його порушення. Гармонійний фізичний розвиток мали лише 55% дітей. Це свідчить про необхідність посилення уваги до підготовки дітей до школи.

Існуюча система медичного забезпечення освітанських закладів має безліч недоліків і не може надавати дітям відповідної лікувально-реабілітаційної допомоги. В результаті цього протягом шкільних років стан здоров'я дітей погіршується, хронічна патологія у дітей старших класів досягає 62%.

Наш досвід свідчить, що питання збереження здоров'я дітей можливе лише за наявності зацікавленості з боку дирекції шкіл, батьків та медичних працівників.

При проведенні поглибленого обстеження школярів ми надаємо значення інформованості батьків, яку встановлюємо шляхом анкетування умов життя. Це дає можливість враховувати при огляді дитини погляд батьків на стан її здоров'я. Поряд з цим наш досвід показує, що параметри відхилення в стані здоров'я дітей не завжди збігалися з даними батьків. Так, аналізуючи показники захворювань носоглотки у дітей, ми звернули увагу на те, що у 25,9% було виявлено патологію, про яку не знали батьки. Між тим у 14,1% дітей батьки вказували на ознаки гастроентерологічної патології, яких не було виявлено лікарем.

Це вказує на необхідність залучення батьків при організації оздоровчих заходів для дітей у школі.

Ми в своїй роботі з організації заходів, спрямованих на підвищення стану здоров'я дітей шкільного віку, пішли шляхом створення в умовах школи лікувально-реабілітаційних кабінетів, але це великою мірою залежить від ініціативи директорів шкіл.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ У ПРОЦЕСІ СИСТЕМАТИЧНОГО НАВЧАННЯ ТА ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ ЇЇ ПОРУШЕНЬ

Л.В. КВАШНІНА, В.П. РОДІОНОВ, А.В. КОСТЕНКО,
К.В. НЕСВІТАЙЛОВА, В.В. МАТВІЙЧУК

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
АМН України», м. Київ

Мікросоціальні умови, з якими зустрічається дитина з початком систематичного навчання, як правило, носять стресогенний характер та супроводжуються у більшості школярів псевдодизадаптаційним синдромом. Функціональне напруження метаболізму, яке виникає при цьому, потребує високої активності мембранних та мітохондріальних ферментів, що супроводжується активацією систем перекисного окислення ліпідів та протіоксидантного захисту. За цих умов, первинні дисметаболічні порушення викликають дисбаланс нейровегетативної регуляції, що й зумовлює характер та спрямованість адаптивних реакцій.

Враховуючи, що метаболічні процеси, які відбуваються на мембранах імуніцитів та стають пусковим механізмом імунорезистентності, з метою вивчення особливостей метаболічного синдрому у молодших школярів під час адаптації до систематичного навчання, та можливості корекції цих процесів, нами було проведено дослідження у 114 учнів 1–3 класу середньої школи наприкінці учбового року.

Досліджували ензимний спектр крові (ферменти протіоксидантної системи), рівні лактату, пірувату, SH-груп та імунний статус. З метою корекції виявлених порушень застосовували вітчизняні вітамінно-мінеральні комплекси (вітам, есмін, мікродевіт, юнівіт) та синглетний кисень.

Як показали проведені дослідження, для процесів дизадаптації у дітей молодшого шкільного віку типовим є дисбаланс систем оксидантного та протіоксидантного захисту, клінічним еквівалентом

якого є астеновегетативний синдром. У 76% дітей відмічено активацію процесів ПОЛ за рівнем малонового діальдегіду та зниження рівня SH-груп, але водночас активуються процеси АОЗ та енергетичні мітохондріальні процеси тканинного дихання, про що свідчить превалювання аеробного типу клітинного дихання над гліколізом. Функціональна напруженість метаболізму в таких умовах потребує достатньої кількості вітамінів та мікроелементів, як коферментів мембранних та внутрішньоклітинних ензимів. Диференційоване, залежно від ступеня метаболічних порушень, застосування препаратів вітам, есмін, мікродевіт, юнівіт та/або синглетного кисню викликає позитивну динаміку в регресії проявів дизадаптаційного синдрому у дітей молодшого шкільного віку, а терапія синглетним киснем сприяє достовірному збільшенню рівня SH-груп і певною мірою виступає буфером гемічної гіпоксії. Виразно простежується стабілізуючий вплив препаратів, особливо з вмістом координаційних металолігандних комплексів, на адекватність адаптаційних процесів у дітей даного віку, імунна система яких набуває більш високого ступеня адаптації до антигенних навантажень за рахунок активуючої процесів клітинної диференціації. Корекція метаболічних відхилень підвищує кількість стимульованого інтерферону з одночасним зниженням рівнів спонтанного та сироваткового, що свідчить про посилення експресії клітинних інтерферон-зв'язуючих рецепторів.

Результати дослідження дозволяють стверджувати, що для корекції метаболічного синдрому, який супроводжує процеси дизадаптації у молодших школярів, повинні застосовуватись як препарати з антиоксидантними властивостями, так і окислювачі, а застосування синглетного кисню у низьких дозах сприяє підвищенню резистентності дитячого організму до стресових факторів.

ЛАТЕНТНИЙ ДОНОЗОЛОГІЧНИЙ ДЕФІЦИТ КАЛЬЦІУ ТА ВІТАМІНУ D (ХАРЧОВА ТА МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ)

Л.В. КВАШНІНА, Л.І. АПУХОВСЬКА, В.В. РАЧКОВСЬКА

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
АМН України», м. Київ

Раціональне харчування є одним з основних факторів, відповідальних за збереження здоров'я дитячого населення. Для дітей шкільного віку це має особливе значення у зв'язку з особливостями росту та розвитку в цьому періоді, а також з інтенсивним навчальним навантаженням. В цьому віковому періоді продовжується формування організму, яке характеризується високою швидкістю росту, збільшенням маси тіла, інтенсивністю процесів обміну, завершенням формування скелета та скелетної мускулатури, а також серцево-судинної, легеневої системи, травного тракту, системи імунологічного захисту, перебудовою нервово-ендокринної системи і, зокрема, статевим дозріванням. Для здійснення цих важливих процесів необхідно достатнє за кількістю та якістю надходження харчових речовин та енергії. Як показали проведені в Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України дослідження, до 80–88% здорових дітей мають недостатньо збалансоване хар-

чування, в якому визначається виражений дефіцит кальцію (споживання кальцію за добу в групі обстежених дітей становило від 400 до 700 мг) та наявність клініко-лабораторних ознак D-гіповітамінозу. Низький вміст кальцію у харчуванні дітей і підлітків може не проявлятися клінічно тривалий час. Але в подальшому це нерідко стає причиною недостатньої кісткової маси у більш старшому віці, а в критичні періоди життя (перший рік, 1–2, 5–7, 12–14 років) призводить до остеопорозу.

Для обґрунтування профілактично-реабілітаційних заходів з корекції дисметаболических порушень кальцій-фосфорного обміну у школярів на донозологічному етапі було обстежено 98 здорових дітей віком 6–10 років. Встановлено, що у період фізіологічно-напруженого стану дитячого організму (критичні періоди розвитку) у 87,8% дітей спостерігається гіпокальціємія ($1,95 \pm 0,3$ ммоль/л), при цьому у 19,5% дітей рівень загального кальцію дуже низький – 1,76 ммоль/л, у 9,8% дітей кількість кальцію знаходиться нижче нижнього рівня норми (2,24 ммоль/л), а 2,4% дітей мають нормальний вміст кальцію, який знаходиться на нижньому рівні норми. Вміст 25 OH D_3 у сироватці крові в середньому складає 19,15 нг/мл, що свідчить про наявність у дітей D-вітамінної недостатності та доклінічного латентного D-гіповітамінозу. Після профілактичного курсу, який включав постійне раціональне харчування та курсову медикаментозну корекцію (на прикладі продукту, збагаченого кальцієм і вітаміном D – Растішка, виробництва фірми «Danon», прийом препарату Кальціум-Д виробництва фірми «Юнарк» та препарату вітаміну D_3 – «Відеїн» виробництва Київського вітамінного заводу, який призначався залежно від рівня D-гіповітамінозу), вміст перелічених факторів мав стійку тенденцію до нормалізації. При цьому спостерігались зрушення вмісту загального кальцію у бік його біологічно-активної форми.

Таким чином, проведені нами дослідження свідчать, що у здорових дітей шкільного віку, на фоні харчового дефіциту кальцію, у критичні періоди розвитку існує D-гіповітаміноз, який суттєво впливає на кальцій-фосфорний гомеостаз та молекулярну організацію клітинних мембран. Дефіцит кальцій-вітаміну D_3 слід розглядати як широко розповсюджений патологічний стан, який є фактором ризику широкого кола захворювань, і розцінювати як преморбідний стан. Для корекції порушень кальцій-фосфорного обміну у здорових дітей на донозологічному етапі з великою ефективністю може застосовуватись раціональне харчування та препарати кальцію і вітаміну D_3 .

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДІТЕЙ СЬОГОДЕННЯ

О.Є. ФЕДОРЦІВ

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

Стан здоров'я дітей є одним із найчутливіших біологічних показників якості довкілля. Динамічне спостереження за станом здоров'я дитячого населення України свідчить про суттєве його погіршення. За даними ряду авторів загальна дитяча захворюваність

зросла на 50%. Збільшилась частка дітей з граничними станами та тих, що відносяться до групи підвищеного медико-соціального ризику. Негативний вплив різноманітних чинників проявляється зростанням захворюваності, летальності, смертності, порушенням фізичного розвитку. Результати досліджень ряду авторів вказують на негативний вплив на стан здоров'я дітей раннього віку ксенобіотиків, нікотину, алкоголю, наркотиків, ряду лікарських препаратів.

Проблема антропогенного забруднення довкілля є особливою актуальною для України. Кількість забруднень, що припадає на 1 км² площі, в 6,5 рази більша, ніж у США, в 3,2 рази більша, ніж у Європейському екологічному союзі. Чутливість до негативних факторів довкілля зростає в періоди росту, статевого дозрівання. Вона висока у новонароджених та дітей раннього віку, що зумовлено анатомо-фізіологічними особливостями дитячого організму ці періоди.

Важливою проблемою зон екологічного неблагополуччя є невиношування вагітності та передчасне народження дітей. У жінок з цих зон виявляються соматичні та гінекологічні захворювання, ускладнення вагітності та пологів, що зумовлює розвиток хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода, передчасне народження дітей. Відмічається стійка тенденція до збільшення хворих з серцево-судинною патологією неревматичної природи. Швидкий розвиток науково-технічного прогресу негативно вплинув на дитячий організм, що призвело до росту алергічних захворювань. Атопічний дерматит в 1,7 рази частіше зустрічається в дітей з районів з підвищеним вмістом нітратів та важких металів у ґрунті. Більшість наших регіонів мають недостатній вміст йоду в ґрунті, воді, продуктах харчування. Діти, народжені в ендемічних за йодом регіонах, мають в середньому на 10% нижчий коефіцієнт інтелектуальних здібностей, порівняно з тими, які народилися в звичайних регіонах. Ще однією важливою медичною проблемою є дефіцит заліза. У 70% новонароджених від матерів з анемією виявляються перинатальні ураження нервової та серцево-судинної систем гіпоксично-ішемічного генезу, порушення гемо-ліквородинаміки, імунної системи, метаболічної адаптації, різні дизадаптаційні синдроми. Наступна проблема, впритул пов'язана з екопатологією дитячого віку, – це проблема грудного вигодовування. Проблема низького розповсюдження грудного вигодовування в нашій країні набуває особливої актуальності в зв'язку з неблагополучною демографічною ситуацією, а також зменшенням числа дітей раннього віку, яких можна вважати здоровими, ростом аліментарно-залежних захворювань, особливо харчової непереносимості, алергії, анемії.

Таким чином, в сучасних умовах організм дитини зазнає впливу поліфакторних екологічних, медико-біологічних, соціально-економічних чинників, які викликають порушення з боку практично всіх органів та систем, суттєво збільшують показники захворюваності, летальності, інвалідності. Перспективами наступних досліджень в цьому напрямі є подальше вивчення екозалежних та психосоматичних захворювань з метою їх попередження та поліпшення ефективності лікування, розробка комплексу заходів санітарно-гігієнічного характеру, спрямованих на поліпшення стану здоров'я дитячого населення України та суспільства в цілому.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ТА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ З СОЦІАЛЬНО ДИЗАДАПТОВАНИХ СІМЕЙ

Н.А. БЕЛИХ

Управління охорони здоров'я Луганської облдержадміністрації.
Луганський державний медичний університет

Дизадаптоване дитинство формує субцивілізований, дисфункціональний за своїми наслідками для соціальної структури суспільства певний прошарок. Найважна соціалізація, умови та спосіб життя родини зумовлюють стан здоров'я дітей.

З метою вивчення стану здоров'я та фізичного розвитку дітей в соціально дизадаптованих сім'ях було обстежено 219 дітей Луганської області віком від 7 до 15 років з соціально-дизадаптованих сімей (I група) та 30 дітей того ж віку з нормальних сімей (II група). В дослідженні брали участь 124 хлопчики та 95 дівчаток. За ступенем соціальної недостатності дітей I групи було розподілено на 4 підгрупи: 89 дітей виховувались в неповних сім'ях, 71 дитина з соціально неблагополучних родин, 39 дітей соціальних сиріт, які виховувались в школі-інтернаті, та 20 дітей, позбавлених батьківського піклування, які перебували під опікою родичів.

Результати клінічної оцінки стану здоров'я дітей дозволили виявити, що серед дітей з асоціальних сімей за типом конституції домінував нормостенічний тип (42,2%) та астенічний (40,0%). Гармонійний розвиток мали лише 40,2% дітей з соціально дизадаптованих сімей, в той же час діти з адаптованих сімей – 56,7%. Серед дітей з соціально дизадаптованих сімей дисгармонійний та різко дисгармонійний фізичний розвиток мали 40,2 та 19,2% відповідно проти 36,7 та 3,3% серед дітей із звичайних сімей, частіше зустрічались низькорослі хлопчики і дівчатка в кожній віковій групі. Особливо помітну різницю в довжині тіла відмічено в період активного росту.

У дітей I групи порівняно з дітьми II групи мало місце збільшення загального рівня захворюваності в 2,6 разу (5 424,7 проти 2 033,3‰, $p < 0,05$). При цьому в структурі загальної захворюваності перше місце займали хвороби органів дихання (18,6%), друге місце – хвороби органів травлення (16,7%) за рахунок дисфункцій жовчного міхура, третє місце – хвороби ЛОР-органів за рахунок хронічної патології, на четвертому місці – хвороби нервової системи (11,2%). Кожна друга дитина з соціально дизадаптованих умов мала патологію щитовидної залози за рахунок гіперплазії 1–2 ступеня. Серед даної категорії дітей частіше, ніж в популяції, поширені шкідливі звички (тютюнопаління, зловживання алкоголем, вживання наркотиків), злочинності. Серед дітей з соціально дизадаптованих сімей достовірно частіше зустрічались тубінфіковані діти (6,7 проти 3,3% в III групі, $p < 0,05$).

Таким чином з'ясовано, що стан здоров'я та фізичний розвиток дітей в соціально дизадаптованих сім'ях знаходиться у великій залежності не стільки від екологічних особливостей регіону, скільки від впливу негативних чинників навколишнього середовища. Ця категорія дітей потребує спостереження не тільки педіатрів та надання психологічної підтримки, але й уваги з боку соціальних служб та громадських організацій, враховуючи соціальний статус їх родин.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ М. ДНІПРОПЕТРОВСЬКА

В.І. ЧЕРГІНЕЦЬ, Н.С. БАШКІРОВА

Дніпропетровська державна медична академія

Захворювання дихальної системи продовжують посідати провідне місце в структурі загальної захворюваності як серед дорослого, так і серед дитячого населення. У зростанні чисельності хворих на бронхолегеневу патологію велике значення належить тютюнопалінню як одному з провідних факторів ризику виникнення та несприятливого перебігу захворювань дихальної системи. Не тільки активне паління, а й забруднення атмосфери приміщень тютюновим димом є фактором ризику у виникненні легеневих захворювань. У попередніх дослідженнях нами було визначено, що під впливом тютюнового диму в першу чергу вже в дитячому віці порушується функціональний стан осморецепторів бронхів, холінорецепторів та регуляція тонуусу бронхів з боку вегетативного відділу центральної нервової системи. Метою нашого дослідження було визначення розповсюдженості тютюнопаління серед дітей та підлітків на сучасному етапі.

Проведено анкетне опитування школярів 5–11 класів шести шкіл міста Дніпропетровська з паралельним анкетуванням їх батьків. В опитуванні взяли участь 2202 школяри віком від 10 до 17 років та їх батьки. Анкетування проводили анонімно. Дітям та їх батькам пропонували відповіді на запитання анкети Meijer (1996 р.) з доповненнями, які стосувались стану здоров'я дітей. Серед більш ніж двох тисяч дітей в анкетне опитування було залучено 1039 (47,2%) хлопців та 1163 (52,8%) дівчат.

За результатами анкетування було встановлено, що негативного впливу тютюнового диму тією чи іншою мірою зазнають 2039 (92,6%) дітей шкільного віку. Активними курцями виявилися 652 (29,6%) школяри, пасивними курцями – 1387 (63,0%), некурцями – 163 (7,4%). Середній «стаж» активного паління у 40% (874) склав більше п'яти років, що свідчить про ранній початок паління у значного контингенту дитячого населення. Зіставлення отриманих результатів з аналогічними, проведеними у Росії, Беларусі, Франції та США, показали, що у Придніпровському регіоні діти палять дещо частіше, а співвідношення між різними формами тютюнопаління збігається. Оскільки діти частіше є пасивними курцями, є всі підстави вважати, що головні зусилля щодо запобігання змінам у здоров'ї дітей, що виникають під дією тютюнового диму, необхідно концентрувати як на зменшенні числа активних курців-підлітків, так і курців серед дорослого населення.

ДО ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ

Г.М. ДАНИЛЕНКО, Л.І. ПОНОМАРЬОВА, Г.О. БОРИСКО,
Н.О. КОСТЮРІНА, О.Ю. КУРАКСА, А.В. КОСОВЦОВА,
В.І. ВОЛОСОВА, І.М. ЗАХАРЧУК

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
АМН України», м. Харків

Здоров'я дітей та підлітків формується під впливом різноманітних факторів навколишнього середовища, серед яких вкрай важливою є організація на-

вчальної діяльності як основного системоутворюючого фактора усієї життєдіяльності школярів.

Невідповідність навантаження функціональним можливостям організму дитини, гігієнічно нераціональна організація навчального процесу можуть спричинити погіршення здоров'я учнів. При аналізі динаміки стану здоров'я школярів, за даними медичних оглядів, виявлено значне підвищення загальної патологічної ураженості учнів (від 2411,0 до 2882,0‰) за період навчання в молодшій школі (1–4 класи) та при переході до предметного навчання (5 класи). Поширеність хронічних захворювань та морфофункціональних порушень в першому класі була вищою серед дівчат (2525,0‰) порівняно з хлопчиками (2272,7‰), але в наступних класах частота хвороб переважала у хлопців, збільшуючись в п'ятому класі до 3000,0‰ проти 2782,6‰ у дівчат. Аналіз структури хвороб школярів у цілому показав, що в перші три навчальні роки найчастіше реєструвалися розлади психіки та поведінки, хвороби ока та придаткового апарата, патологія органів дихання, кістково-м'язової системи та сполучної тканини з підвищенням кількості захворювань органів дихання у другому і третьому навчальних класах. З третього навчального класу відбувалося постійне підвищення кількості ендокринопатій, які в третьому класі посідали третє місце, в четвертому – друге і в п'ятому вийшли на перше рангове місце.

Крім того, в четвертому навчальному році на перше рангове місце виходили хвороби ока та придаткового апарата, які в п'ятому класі поступалися ендокринній патології і займали друге місце. Комплексна оцінка стану здоров'я школярів, що проводилася за результатами медичних оглядів (2002-2006 рр.), дозволила встановити, що кількість школярів із I групою здоров'я під час навчання в початковій школі й при переході до предметного навчання знизилась від 6,2% в першому класі до 2,8% – в п'ятому. Найбільш численною була II група здоров'я, однак кількість школярів з цією групою за період спостереження знизувалась від 62,8 до 48,9%. Зниження кількості учнів із I та II групами відбувалось за рахунок збільшення поширеності III групи – від 30,3% у першому класі до 47,2% – у п'ятому, а також IV групи – від 0,7 до 1,1%.

Отже, порівняльний аналіз даних, отриманих у 2002 і 2006 рр., свідчив про несприятливі тенденції у стані здоров'я школярів за період їх навчання в початковій школі, які зберігалися і під час переходу учнів до предметного навчання. Усе вищевикладене, по-перше, вимагає посиленої уваги до організації профілактично-оздоровчих заходів протягом навчання в молодшій школі і при переході до предметного навчання; по-друге, визначає, що основним джерелом відомостей про рівень соматичного і психічного здоров'я дітей і підлітків є моніторинг стану здоров'я школярів, який можна розглядати як критерій здоров'язберігаючої діяльності шкіль та який потрібно враховувати в розробках програм з охорони здоров'я школярів.

ДИТЯЧА ІНВАЛІДНІСТЬ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

С.Р. ТОЛМАЧОВА

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

Дитяча інвалідність є актуальною проблемою сучасного суспільства. В останні десятиліття відмічається прогресуюче зростання хронічної соматичної патології в дітей і підлітків, що зумовлює розвиток тяжких наслідків хвороб, які, у свою чергу, призводять до соціальної дизадаптації. Як самостійна багатопланова проблема дитяча інвалідність у країні почала формуватися з 1992 року, коли в практику охорони здоров'я було введено Міжнародну номенклатуру порушень, обмежень життєдіяльності й соціальної недостатності, рекомендовану ВООЗ у 1989 році, й статистичні показники за окремими нозологічними захворюваннями стали аналізуватися окремо для дорослого й дитячого населення. В Україні близько 140 тис. дітей-інвалідів у віці до 18 років. У структурі дитячої інвалідності хронічні соматичні захворювання займають значне місце, а їхня частота в осіб молодого працездатного віку становить уже більше половини, і збільшення показників загальної інвалідності в них зростає за рахунок соматичної патології. Дослідженнями, що проведені співробітниками Інституту в рамках Національної програми «Діти України», встановлено, що в 10,9% дітей інвалідність пов'язана із хронічними соматичними захворюваннями. Виявлено, що крім порушень у системі, що призвели до інвалідизації дитини, діагностуються різні зміни й з боку інших органів і систем, але частіше зустрічаються розлади нервової системи. У структурі інвалідності за головним порушенням в дітей із хронічною соматичною патологією найчастіше відмічаються вісцеральні й метаболічні порушення. Цей контингент хворих найбільш складний у проведенні відновного лікування.

У педіатрії важлива роль у профілактиці хронізації захворювання дитини й проведенні реабілітаційних заходів належить батькам. Родини з дітьми-інвалідами відносяться до групи високого медико-демографічного й соціального ризику. За нашими даними 62,6% родин несприятливі за багатьма медико-психологічними і соціально-економічними показниками. У 25,4% випадків мати одна виховує хвору дитину, 40,7% матерів не працюють у зв'язку з необхідністю догляду за нею. Неможливість працевлаштування за фахом спостерігається у 44,0% батьків і 38,2% матерів, що мають середньо-спеціальну або вищу освіту. Тільки 29,3% батьків чітко виконують усі рекомендації фахівців з лікування дитини-інваліда в домашніх умовах.

На сучасному етапі підвищується роль і значущість реабілітації як комплексу медичних, педагогічних, професійних і правових заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушень функцій дитячого організму. На цей час відсутній єдиний концептуальний підхід до медико-соціальної реабілітації дитини-інваліда із хронічною соматичною патологією. Для оптимізації медико-соціальної допомоги необхідно мати відомості про основні компоненти наслідків хвороби, прояви яких спричиняють проблеми й потреби дітей і їхніх родин.

Реабілітація в педіатрії має свої особливості у зв'язку зі своєрідністю організму дитини, яка постій-

но розвивається. Вона повинна забезпечувати не тільки відновлення, але й подальший розвиток всіх органів і систем, запобігаючи або істотно згладжуючи затримку й дисгармонійність росту й розвитку.

Пріоритетними напрямками в цей час є: вивчення поширеності, структури й причин інвалідності саме в дитячому віці, розробка науково-обґрунтованих програм профілактики й оптимізації реабілітаційно-реабілітаційного процесу.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ – ВИХОВАНЦІВ БУДИНКУ ДИТИНИ

Ю.К. БОЛЬБОТ, О.В. КЛИМЕНКО, С.В. АЛІФАНОВА,
О.В. КЛІМОВА, А.В. ЧУЧВА*, О.Є. ХОТИНЕНКО*,
Н.Д. ТИЩЕНКО*

Дніпропетровська державна медична академія.

*Будинок дитини № 2, м. Дніпропетровськ

Питання стану здоров'я дітей, позбавлених батьківської опіки, що виховуються в державних інтернатних закладах, є дуже актуальними. За даними центру медичної статистики МОЗ України, в структурі захворювань дітей раннього віку – вихованців будинку дитини провідні місця посідають патологія респіраторного тракту та розлади центральної нервової системи.

Високий рівень респіраторної захворюваності, неврологічні розлади, формування психосоматичної патології, порушення адаптаційних механізмів вказують на необхідність комплексного підходу до реабілітації дітей раннього віку, позбавлених батьківського піклування.

Нами проведено дослідження стану здоров'я 52 дітей віком від 6 міс до 4 років, які виховуються в Будинку дитини № 2 м. Дніпропетровська. Контрольну групу склали 34 клінічно здорових дитини, які виховуються в сім'ї. За віком та статтю групи суттєво не відрізнялись.

Відставання у фізичному розвитку відмічено у 70% дітей з Будинку дитини проти 5% у контролі. Значно вищою виявилась і частота реєстрації фонових станів (відповідно 88 та 23%). Аналіз респіраторної захворюваності показав, що вихованці Будинку дитини хворіли на ГРІ в середньому 5 разів на рік. Майже в усіх випадках ГРІ мали ускладнений перебіг. У структурі цих ускладнень провідне місце займає ЛОР-патологія та обструктивний бронхіт. У групі контролю на ГРІ діти хворіли у 2,5 рази рідше, а ускладнення спостерігались не більше, ніж в третині випадків.

У всіх дітей з групи спостереження було виявлено неврологічні розлади на тлі перинатальних уражень центральної нервової системи. Резидуальні церебрально-органічні ураження мозку у вихованців Будинку дитини клінічно поєднувалися з різноманітними симптомами та синдромами: розладами руху, гіпертензійним синдромом різного ступеня тяжкості, епісіндромом. Практично у всіх дітей мала місце затримка психомоторного та мовного розвитку, у 6 дітей діагностовано дитячий церебральний параліч. Найбільш вагомими чинниками, що визначали порушення у стані здоров'я дітей, за нашими даними, є алкоголізм та наркоманія матерів, внутрішньо-утробні інфекції, хронічна фетоплацентарна недостатність, психічні розлади у матерів.

Діти з Будинку дитини перебувають під систематичним спостереженням педіатра, невролога, лікаря ЛФК, логопеда, ортопеда. Включення нами до комплексу реабілітаційних заходів, крім загальнооздоровчої та вітамінотерапії, тримісячного курсу препарату Анаферон дитячий (1 таблетка на добу) дозволило у 2 рази знизити рівень респіраторної захворюваності та зменшити кількість випадків ускладненого перебігу ГРІ у 1,5 разу.

В реабілітаційній терапії неврологічних розладів провідне місце посідають немедикаментозні методи: метод індуктивної педагогіки Петью (мотивація та вплив на сенсорні функції дитини), фізіотерапія, масаж, ЛФК (Бобат- та Войта-терапія). Після проведення курсів відновлювальної терапії у половини дітей з тяжкими неврологічними розладами спостерігалася значна позитивна динаміка, а третину дітей знято з обліку невролога.

Таким чином, запропоновані реабілітаційні заходи для вихованців Будинку дитини є високоефективними і безпечними та можуть широко застосовуватись у закладах інтернатного типу.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ

Л.П. АРАБСЬКА, Ю.Г. АНТИПКІН, О.А. СМІРНОВА,
С.І. ТОЛКАЧ, Н.О. СТАХУРСЬКА

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
АМН України», м. Київ

«Шкільні фактори ризику» неминуче призводять до зрушення адаптаційно-компенсаторних можливостей організму, внаслідок чого з'являються або погіршуються соматичні розлади. Проведено пілотні дослідження 428 школярів молодшого шкільного віку (6–9 років) з різними типами психофізіологічної організації.

Серед обстежених дітей ліворукі становили 19,6%, рівнорукі – 9,8%, праворукі – 70,6%. Тобто, діти, які не є праворукими, склали третину (29,4%). У 50% обстежених ліворуких дітей біологічний вік відповідав паспортному (у рівноруких – у 28,6%, у праворуких – у 49,0%), у 42,9% ліворуких дітей він був більшим від паспортного (у рівноруких – у 71,4%, у праворуких – у 35,0%), 7,1% дітей ліворуких та 16,0% праворуких відставали від паспортного віку. Переважна більшість обстежених дітей мали розлади сну: ліворукі – 71,4%, рівнорукі – 86,0%, праворукі – 23,5%; підвищену збудженість мали 28,6, 42,9 та 34,0% дітей відповідно. Емоційно лабільними були 7,1% ліворуких, 28,6% рівноруких, 25,8% праворуких, роздратованими – 50,0, 14,3 та 32,0% дітей відповідно. Швидка втомлюваність була характерна для 28,6% ліворуких, 71,4% рівноруких і 23,8% праворуких дітей, а сонливість – для 21,4, 14,3 та 5,3% дітей відповідно. Логоневроз виявлено у 14,3% ліворуких та у 4,6% праворуких, неправильно вимовляли букви 21,4% ліворуких, 14,3% рівноруких та 8,6% праворуких дітей. Характер мимовільного запам'ятовування був подібний у ліворуких і рівноруких дітей (частіше середній і вище середнього), у праворуких – середній, вище середнього та високий. Продуктивність запам'ятовування у більшості ліворуких і рівноруких

дітей була середнього рівня (50,0 і 42,9% дітей відповідно), у праворуких дітей – нижче середнього (22,5%), середнього (35,1%), вище середнього (25,8%), високого (27,8%). Обсяг уваги у ліворуких і рівноруких був достатнім у половини дітей, у праворуких – у 65%.

Вміння аналізувати та об'єднувати, практично, було однаковим як у ліворуких, так і у рівноруких, і у праворуких, але у рівноруких частіше відмічався рівень вище середнього та високий. Рівень сприйняття і здатність синтезувати у всіх дітей був частіше середнім, більш високим – частіше у рівноруких дітей. Сформованість зорово-просторового уявлення у праворуких частіше мала середній рівень, у рівноруких – вище середнього, а у ліворуких – середній, вище середнього, високий рівень виявлявся, практично, з однаковою частотою. Рівень розвитку учбових здібностей був переважно середнім та високим у всіх дітей. Деякі із обстежених дітей 6–9-річного віку мали психоемоційні розлади. Так, серед ліворуких розлади поведінки та порушення уваги мали 75,0% дітей, частіше (62,5%) у поєднанні з гіперактивністю (серед рівноруких – 25,0% порушення ізольованої функції уваги; серед праворуких – 23,4% ізольованої функції і 14,3% у поєднанні з гіперактивністю).

Лише у 6,5% праворуких дітей розлади поведінки були обмежені умовами сім'ї. Дітям цього віку був притаманний страх: у ліворуких – у 12,5% страх генералізований, у 25,0% – страх бути самотнім; у рівноруких – у 25,0% генералізована тривожність, у 25,0% – страх бути самотнім; у праворуких – у 6,5% генералізована тривожність, у 5,2% – генералізований страх, у 2,6% – страх незнайомих людей, у 11,7% – страх самотності. Реактивні розлади прив'язливості у 25,0% ліворуких проявлялися розгальмованістю, у 12,5% були у вигляді страждання (у праворуких розгальмованість – у 9,1%, страждання – у 13,0% дітей). Транзиторні тики виявлено у 12,5% ліворуких та у 6,5% праворуких дітей. Рухові стереотипії виявлено у 37,5% ліворуких (кусання нігтів), у 25,0% рівноруких (мастурбація), у 27,3% праворуких (у 20,8% – кусання нігтів, у 5,2% – колупання у носі, у 1,3% – мастурбація). Порушення розвитку у вигляді розладу експресивної мови виявлено у 12,5% ліворуких та 5,2% праворуких, крім цього, у праворуких у 5,2% – розлади артикуляції, у 2,6% – лепетання, у 1,3% – розлади читання, у 1,3% – розлади рахування, у 6,5% – розлади спеленгування, у 1,3% – змішані розлади шкільних навичок, у 1,3% – змішані розлади розвитку.

Таким чином, проведені пілотні дослідження дітей молодшого шкільного віку показали, що майже третина дітей відрізняється від праворуких дітей за своєю психофізіологічною організацією, і у них раніше розвиваються процеси раннього біологічного старіння організму. Раннє формування «шкільного стресу» позначається на здоров'ї всіх школярів, незалежно від латеральності конституції, але з деякими особливостями.

Для дітей ліворуких і рівноруких втричі частіше, ніж для праворуких, характерні різні розлади сну, а також схильність до роздратування у кожній другій дитині. Для ліворуких частіше характерні розлади поведінки та порушення уваги у поєднанні з гіперактивністю, різні форми тривоги та страху, реактивні розлади прив'язливості, розлад експресивної мови.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ЇХ ГОТОВНІСТЬ ДО СИСТЕМАТИЧНОГО НАВЧАННЯ В ШКОЛІ

С.О. МОКІЯ-СЕРБІНА, В.В. ЧЕЧЕЛЬ

Кафедра педіатрії та клінічної лабораторної діагностики
ФПО Дніпропетровської державної медичної академії,
м. Кривий Ріг

Вивчення стану здоров'я дитячого населення є однією з найважливіших проблем медицини, оскільки висвітлює не тільки суто медичні питання, але є основним критерієм оцінки досягнень суспільства. На жаль, останнім часом в Україні спостерігається погіршення стану здоров'я дітей в усіх вікових групах. Особливої уваги потребують діти дошкільного віку – саме в цьому періоді онтогенезу закладаються основи здоров'я, правильного фізичного розвитку, відбувається становлення учбово-пізнавальної діяльності, психічних особливостей, виховуються вольові якості, відбувається підготовка до навчання в школі.

Метою нашої роботи було вивчення стану здоров'я дітей старшого дошкільного віку та визначення їх готовності до систематичного навчання в школі. Проаналізовано фізичний розвиток дітей, результати комплексних медичних оглядів і лабораторного обстеження (клінічні аналізи крові та сечі), проведено психофізіологічне обстеження за допомогою «Орієнтовної комплексної програми вивчення готовності дитини до шкільного навчання».

Нами обстежено 185 дітей віком 6 років, які виховуються в дошкільних дитячих закладах м. Кривого Рогу. При аналізі результатів комплексних медичних оглядів за групами здоров'я встановлено, що 22,7% дітей мали I групу здоров'я, 58,4% – II, 18,9% – III групу. Серед хронічних захворювань найбільш поширеними були захворювання бронхолегеневої системи (4,3%), сечовивідних шляхів (3,8%) та шлунково-кишкового тракту (3,8%). Серед функціональних відхилень 21,1% становила отоларингологічна патологія, 18,9% – патологія опорно-рухового апарату, 12,4% – офтальмологічна. Частохворіючі діти склали 14,6%.

У 32,5% дітей фізичний розвиток оцінено як нижче середнього (3 центильна зона); 20,5% – вище середнього (5 центильна зона). Серед обстежених 97,8% дітей фізичний розвиток визначено як гармонійний. Дисгармонійність зумовлювалась ретардацією росту, зниженням маси тіла (0,5%), акселерацією та ожирінням (1,7%).

Заслугує уваги той факт, що готовими до систематичного навчання у школі були визнані лише 20,0% дітей. Це, в основному, діти I групи здоров'я. Біологічно незрілими є 75,0% дітей, про що свідчить відсутність своєчасного напівзростового стрибка та затримка зміни молочних зубів на постійні. При цьому зрілість кори головного мозку становила 95,0%. Інтелектуальний розвиток відповідав віку у 98,0% дітей, але у 54,6% пацієнтів встановлено зниження пам'яті; 38,2% дітей мали недостатнє володіння зв'язним мовленням. У 80,0% дітей рівень уваги визначено як слабкий; 70,0% мали середній та слабкий рівень вміння діяти за зразком. Навчальна мотивація у 91,0% дітей носила зовнішній або ігровий мотив.

Отже, досить значна частина дітей старшого дошкільного віку має відхилення в стані здоров'я та не готова до систематичного навчання в школі.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УКРАЇНІ: ЗАКОНОДАВСТВО, СТАН ЗДОРОВ'Я. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ

Н.Ю. РЕЗНИЧЕНКО, Ю.Г. РЕЗНИЧЕНКО, Г.І. РЕЗНИЧЕНКО

Запорізький державний медичний університет.
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Запоріжжя

На сьогодні в державі існує негативна тенденція до погіршення стану здоров'я населення, в тому числі дитячого. Збереження та поліпшення стану здоров'я населення можливе лише за адекватного функціонування системи охорони здоров'я. Система охорони здоров'я повинна передбачати не лише надання медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я, але й комплекс заходів щодо створення належних умов проживання, праці, харчування, розвитку, соціального захисту. На державному рівні поліпшенню стану здоров'я повинні сприяти нормативно-правова база та достатнє фінансування.

Обговорення в суспільстві проблем охорони здоров'я населення, його законодавчого та фінансового забезпечення, незадовільний стан здоров'я дітей в Україні спонукали авторів тез до поглибленого вивчення стану здоров'я дітей, аналізу фінансування та законодавчого забезпечення охорони здоров'я дітей і видання монографії «Охорона здоров'я дітей і жінок в Україні: законодавство, стан здоров'я. Шляхи вдосконалення», яка вийшла в 2007 році. В монографії наводяться основи чинного законодавства щодо охорони здоров'я, соціального захисту, прав жінок та дітей. Враховуючи становлення України як правової держави, особливу важливість законодавчого забезпечення та низьку інформованість медичних працівників і населення з питань нормативно-правової бази організації охорони здоров'я, цьому питанню в книжці присвячено окремий розділ. Починаючи з 80 років ХХ сторіччя, періоду перебудови, українське суспільство поступово, а з моменту отримання незалежності все швидше переходить від адміністративно-командної системи управління до ринкових відносин. Єдиним острівцем адміністративної системи в океані ринкових відносин залишається медична галузь. Наявні закони стримують розвиток ринкових відносин в галузі охорони здоров'я. В суспільстві, серед політиків і управлінців триває дискусія з приводу оптимальної організації охорони здоров'я. Проте принципових рішень на законодавчому рівні майже немає. На сьогодні взаємовідносини в системі охорони здоров'я населення регулюються численними законами і ще більшою кількістю підзаконних актів. Між ними нерідко немає порозуміння, багато актів суперечать один одному і не відповідають взаємовідносинам, що склалися в суспільстві на сьогодні.

На підставі офіційних статистичних даних та 15-річних особистих спостережень аналізуються зміни демографічних показників, стану здоров'я жіночого та дитячого населення, вплив на них соціально-економічних, психологічних та екологічних чинників. Розглядається стан фінансування медичної галузі та кадрове забезпечення акушерсько-педіатричної служби. Отримані дані дозволили зробити висновок про неадекватність нормативно-правової бази та фінансування медичної галузі сьогоднішнім потребам охорони здоров'я матері та дитини. Головним шляхом поліпшення стану здоров'я повинно стати вирішення соціальних проблем, дотримання здорового способу життя, поліпшення екологічного стану.

Необхідно законодавчо та фінансово забезпечити адекватне функціонування охорони здоров'я дітей. Пропонується етапність змін нормативно-правової бази охорони здоров'я, що дозволить суттєво поліпшити здоров'я населення, в тому числі дитячого.

СФОРМОВАНІСТЬ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ГАРМОНІЙНОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

В.С. ХІЛЬЧЕВСЬКА, Н.К. БОГУЦЬКА, О.О. ШАХОВА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вивчення стану здоров'я та фізичного розвитку школярів у сучасних умовах неможливе без дослідження їх когнітивних функцій. Найдоступнішими й ефективними методами оцінки розумових властивостей є визначення показників розумової працездатності та сформованості інтелектуальної функції.

Метою дослідження було вивчення когнітивних функцій дітей шкільного віку у взаємозв'язку з показниками фізичного розвитку і факторами, тісно пов'язаними з якістю життя, та вдосконалення комплексної оцінки стану їх здоров'я. Об'єктом дослідження стали 530 дітей віком від 8 до 17 років. Дослідження включало загальноклінічний, антропометричний та психодіагностичний методи обстеження. Показники розумової працездатності оцінювали методикою швидкочитання та коректурною пробою, сформованість інтелектуальної функції – за допомогою тесту Кеттела. Для аналізу отриманих даних використовували загальноприйняті методи варіаційної статистики, кореляційного та регресійного аналізу.

За індексом гармонійності частка школярів з гармонійним фізичним розвитком склала 78,0%. Кількість дисгармонійно розвинутих дітей з дефіцитом і надлишком маси тіла по відношенню до зросту становила відповідно 9,5 та 12,5%. В групі дисгармонійних дітей з надлишком маси тіла достовірно переважали дівчата. Серед хлопчиків спостерігався вдвічі більший відсоток дітей з дефіцитом маси тіла, ніж серед дівчат. До збільшення відсотка дітей з дисгармонійним розвитком призводили шкідливі звички в сім'ї, нераціональне харчування, недостатнє перебування на свіжому повітрі, недотримання режиму дня, низька фізична активність. При оцінці показників розумової працездатності, а саме точності та продуктивності розумової роботи, відмічалось помітне зменшення їх приросту у віковому періоді 11–13 років, що корелювало зі змінами у фізичному розвитку. Встановлено, що періодам прискорення фізичного розвитку, які припадають на вік 9–12 років у дівчаток та 11–14 років у хлопчиків, відповідає уповільнення темпів інтелектуального розвитку та продуктивності психомоторної діяльності, показник якої знижується від $39,0 \pm 1,7$ до $29,2 \pm 2,0$ ум. од. ($p < 0,05$). В ці періоди збільшувалась кількість дітей з гіперреактивністю та синдромом дефіциту уваги. Високий темп розумової діяльності у дітей асоціював з більш високими показниками зросту, маси тіла, артеріального тиску та гіперстенічною конституцією. Гіперстеніки показали більш високий рівень продуктивності розумової роботи, ніж діти з астеничною конституцією ($2,3 \pm 0,3$ порівняно з $3,0 \pm 0,2$ балу, $p < 0,05$). Щодо сформованості інтелектуальної функції, здатності до логічного мислення, то в групах ді-

тей з такими відхиленнями у фізичному розвитку, як низький зріст та надлишок маси тіла, їх показники знаходились на нижчому рівні, ніж в групах з середніми показниками. Найбільш достовірним виявився кореляційний зв'язок з конституційним типом ($r = -0,33$, $p < 0,05$). Це свідчить про те, що астенична конституція дитини асоціювала з вищим показником інтелекту. За регресійним аналізом з показником інтелекту у дитини негативно асоціювали дисгармонійний фізичний розвиток з надлишком маси тіла ($\beta_{st} = -0,246$) та зоб різного ступеня ($\beta_{st} = -0,203$). Для показників розумової працездатності негативними виявились наявність у дитини хронічного захворювання ($\beta_{st} = -0,142$), зобу різного ступеня ($\beta_{st} = -0,203$), високий рівень нервозності ($\beta_{st} = -0,119$).

Отже, комплексна оцінка розумових здібностей дитини та її фізичних особливостей дає більш повну картину гармонійності розвитку, може використовуватись для впровадження у практику критеріїв інтегральної оцінки стану здоров'я школярів.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ 1–3 РОКІВ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ДЕРЖАВНОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ

Н.В. ЛАГУНОВА, О.С. БОБКОВА, А.В. ЛУЗІН, Т.В. СЕМЕНЧУК,
О.Я. ХРІПУН*, Г.Б. ТИМОФЕЄВА*

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського.

*Республіканський будинок дитини «Ялинка»,
м. Сімферополь

Важливою особливістю нашого часу є погіршення стану здоров'я дітей: збільшуються показники гострої та хронічної захворюваності, порушується фізичний й нервово-психічний розвиток, з'являються захворювання, раніш не характерні для дитячого віку. Також відмічається зростання чисельності дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківської опіки.

Метою роботи була оцінка стану здоров'я дітей 1–3-х років, які знаходяться на державному забезпеченні.

Під нашим спостереженням знаходилось 60 дітей віком 1–3 роки з будинку дитини «Ялинка», котрі позбавлені батьківської опіки, та 30 відносно здорових дітей того ж віку й статі, що мають батьків та виховуються у своїх сім'ях. Нами з'ясовано, що практично всі діти з будинку дитини «Ялинка» мали різноманітну патологію: понад 60% дітей – білково-енергетичну недостатність, залізодефіцитну анемію і затримку стато-кінетичного розвитку, що достовірно вище, ніж у групі здорових дітей (6,7%; $p < 0,05$). Серед дітей основної групи виявлено фетальний алкогольний синдром в 13,3% випадків, причому з розвитком природженої гідроцефалії – у 3 дітей. Аналізуючи дані щодо захворюваності на гострі респіраторні інфекції, з'ясовано, що практично всі діти хворіють по одному разу на ГРЗ, й 71,7% – переносять ГРЗ 2–3 рази протягом зимового періоду.

Вивчаючи фізичний розвиток, було встановлено, що у дітей, які знаходяться на державному забезпеченні, як у хлопчиків, так і у дівчаток, не зустрічається фізичного розвитку вище середнього. Середній фізичний розвиток спостерігається приблизно в 4 рази менше, ніж у дітей контрольної групи ($p < 0,001$), але переважним є низький фізичний розвиток, який не відмічено

у дітей здорової групи ($p < 0,001$). У дітей з будинку дитини «Ялинка», на жаль, дисгармонічний фізичний розвиток також є переважаючим ($p < 0,001$).

Аналізуючи нервово-психічний розвиток, з'ясовано, що 98,3% дітей з будинку дитини «Ялинка» відстають в психомоторному розвитку. В групі здорових найбільший відсоток припадає на дітей, які не мають відставання в психомоторному розвитку (до 80,0%; $p < 0,001$). Також відмічено, що більше 60% дітей відстає по 1–3 показниках і до 30% дітей, які відстають по 4–5–6 показниках нервово-психічного розвитку. В групі здорових дітей нема відставання по 4–5–6 показниках нервово-психічного розвитку.

Встановлено також напруження процесів адаптації у дітей, які знаходяться на державному забезпеченні: адаптаційні реакції більш ніж у 68% дітей відносились до низького рівня реактивності, та понад 38% дітей знаходились в стадії виснаження адаптаційних можливостей серцево-судинної системи з підвищеним показником адаптаційного потенціалу.

Таким чином, діти 1–3 років, які знаходяться на державному забезпеченні, мають більш низькі показники фізичного, нервово-психічного розвитку та адаптаційно-приспосувальних механізмів, ніж діти, які мають батьків та виховуються у своїх сім'ях, і, тому, потребують до себе більш прискіпливої уваги як в медичному, так і в соціальному плані.

ОЦІНКА ТЕМПІВ РОЗВИТКУ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЗОРОВОГО АНАЛІЗАТОРА СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

І.В. СЕРГЕТА, Л.І. ГРИГОРЧУК, Р.В. ТЕКЛЮК, Н.В. ГРИГОРЧУК

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Метою дослідження була гігієнічна характеристика процесів професійної адаптації на підставі поглибленого аналізу особливостей формування та розвитку показників функціонального стану зорового аналізатора студентів вищих медичних навчальних закладів у природних умовах перебування.

Провідними характеристиками функціонального стану зорового аналізатора прийнято вважати показники критичної частоти злиття світлових миготінь та точність лінійного окоміру, які водночас надають можливість отримати відомості і про стан лабільності вищої нервової діяльності, і про рівень розвитку зорово-рухової координації та швидкості формування й перебудови робочого динамічного стереотипу, який є необхідним для ефективного виконання повсякденної діяльності.

Під спостереженням в динаміці навчання знаходились студенти (271) 1, 2 та 3 курсів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, які були сформовані у три дослідні групи. Групи характеризувались високим ступенем однорідності і, отже, забезпечували якісну та кількісну репрезентативність одержаних результатів.

В результаті досліджень величини критичної частоти злиття світлових миготінь, надзвичайно важливого критеріального показника функціонального стану зорового аналізатора як серед дівчат, так і серед юнаків впродовж періоду спостережень відмічались чітко виражені тенденції щодо поліпшення.

Зокрема, серед перших її значення і відповідно ступінь лабільності зорового аналізатора зростав з $32,48 \pm 0,72$ до $35,5 \pm 0,50$ Гц (9,3%; $p(t)_{1,3} > 0,05$; $p(x^2)_{1,3} > 0,05$), серед других – з $31,80 \pm 0,56$ до $35,26 \pm 0,50$ Гц (10,8%; $p(t)_{1,3} < 0,001$; $p(x^2)_{1,3} > 0,05$). Однак періоди прискороного розвитку функції, що вивчалась, у статевому аспекті були різними – у дівчат пік зрушень позитивного змісту та характеру припадав на другий та третій роки навчання у вищому навчальному медичному закладі, у юнаків – на перший та другий роки навчання. Зрештою, слід підкреслити, що статистично достовірні статеві відмінності між даними реєструвались лише у студенток-другокурсниць.

Щодо визначення точності лінійного окоміру студентів, то у дівчат величина помилки у ході оцінки цієї кореляти функціонального стану зорового аналізатора поступово, проте неухильно та переважно достовірно зменшувалась з $12,6 \pm 0,49$ до $10,17 \pm 0,37$ мм (13,4%; $p(t)_{1,3} < 0,001$; $p(x^2)_{1,3} < 0,001$). Разом з тим, у юнаків помилка в ході визначення точності лінійного окоміру на початку періоду спостережень становила $11,54 \pm 0,39$ мм, далі дещо зменшувалась ($11,21 \pm 0,39$ мм) і знову зростала до $11,66 \pm 0,43$ мм (1,0%; $p(t)_{1,3} > 0,05$; $p(x^2)_{1,3} > 0,05$). Слід відмітити і той факт, що статево зумовлені розбіжності показників, що визначались, не мали постійно вираженого характеру.

Отже, таке розмаїття тенденцій щодо змін провідних показників функціонального стану зорового аналізатора і, отже, відсутність однозначних, подібних за змістом зрушень засвідчує наявність явищ напруження адаптаційних механізмів, свідчить про незавершеність процесів професійної адаптації протягом перших трьох років навчання та вимагає розробки заходів, які забезпечують удосконалення перебігу адаптаційних процесів.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА ПРИ ДЕЯКИХ СТАНАХ У ДІТЕЙ

М.О. БЕРЕГОВА, Л.А. БЛАГІНЯ, О.В. ШЕВЧУК

Житомирський інститут медсестринства,
Центральна дитяча міська лікарня, м. Житомир

Проведено клініко-епідеміологічний аналіз стану здоров'я дітей та підлітків з вегетативними дисфункціями, одним з проявів яких є гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба.

Тільки за останні роки кількість госпіталізованих дітей з вегетативними дисфункціями збільшилась в 3 рази, а поширеність даної патології досягає 7,5 на 1000 дитячого населення, з них 30–35% дітей мають прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

Захворювання шлунка і дванадцятипалої кишки – найбільш поширені серед хвороб органів травлення і складають 58–65% в структурі гастроентерологічної патології. Поширеність захворювань травної системи за останні 10 років зросла від 80 до 140%.

Зростання даних патологічних станів призводить до підвищеної захворюваності дітей та підлітків та зниження якості їхнього життя. Під впливом різноманітних негативних факторів (стрес, вогнища хронічної інфекції, підвищений рівень йонізуючої радіації, забруднення навколишнього середовища та ін.) виникає хронізація процесів, збільшується кількість хворих з тяжкими формами захворювання, схильністю до рецидивуючого перебігу.

Беручи до уваги тривалість підліткового дисгормону і вегетативних порушень, функціональні захворювання травної системи в цьому віці вимагають тривалого етіопатогенетичного лікування і особливо медико-соціальної реабілітації.

Обґрунтовано необхідність комплексного підходу до медико-соціальної реабілітації дітей та підлітків, які страждають на вегетативні дисфункції, а також з проявами рефлюксної хвороби.

Розроблено схеми етапності реабілітації, згідно з якими хворий послідовно проходить лікування в стаціонарі, амбулаторно-поліклінічній етап, санаторно-курортне оздоровлення, етап реабілітації при поверненні до активного життя (дотримання режиму дня, раціонального харчування, дозоване фізичне навантаження тощо).

ЗАГРОЗОМЕТРИЧНИЙ КОНТРОЛЬ В СИСТЕМІ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ

М.Д. БОБЕР

Житомирський інститут медсестринства

Розроблено параметри і систему функціонування контролю за станом здоров'я дітей з метою запобігання виникненню станів, пов'язаних із порушенням діяльності життєво важливих органів.

Система передбачає участь в контролі стану здоров'я дитини батьків, дільничної служби та спеціалізованих служб невідкладної допомоги.

Отримано позитивний результат у зменшенні критичних станів у дітей, зменшенні летальності при критичних станах та малюкової смертності.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ (ВІХІ) РОЗВИТКУ ПЕДІАТРІЇ ЖИТОМИРЩИНИ

О.К. ТОЛСТАНОВ, О.Я. ГУСАК, В.Ф. МАРЧЕНКО,
Т.В. ШЕВЧЕНКО, ІННА БОНДАРЧУК

«... Людство знає, що поки ще немає таких дітей, котрі б не хворіли... Отже, лікарі-педіатри, наука педіатрія були потрібні вчора, потрібні сьогодні, будуть потрібні завтра...»

Очевидним є те, що розвиток та становлення практичної педіатрії на Житомирщині історично починається із губерньської медицини; а, найбільш, із земської медицини, яка була підтримана культурною елітою краю, меценатами та Товариством лікарів Волині. Обов'язки земських лікарів були наближені до теперішніх вимог до сімейних (дільничних) лікарів:

- організація та надання медичної допомоги населенню, в т.ч. дітям на закріплених дільницях;
- спостереження за епідеміологічною ситуацією на дільниці;
- проведення дезінфекції;
- щеплення проти віспи;
- збирання лікарських трав та виготовлення ліків;
- ведення статистики захворювань і смертності з контролем реєстрації народжень у церкві.

Відомими земськими лікарями, які успішно лікували дітей, були: Іринея Немиловський із Новоград-

Волинська (лікував Лесю Українку), Йосип Юркевич із села Криве нинішнього Попільнянського району. Він лікував родину Рильських, був опікуном малого Максима Рильського.

Але, безпосередньо, як окрема самостійна галузь, педіатрія на Житомирщині утвердилась в 1914 р., коли у Волинській земській лікарні почала працювати Л.В. Семенова – випускниця Петербургського Медичного інституту, лікар-педіатр за фахом. З її ініціативи того ж таки року було відкрито на базі дитячого притулку лікарні «дитячу лікарню» на 25 ліжок, молочну кухню «Крапля молока», дитячі ясла для дітей співробітників та консультативний пункт для матері та дитини, де було запроваджено обов'язкове медичне обстеження дітей до 3-х років. Дитяча лікарня при Волинській лікарні стала координуючим Центром з педіатрії для всіх повітових лікарень.

У важкі роки становлення радянської медицини на Житомирщині лікарня під завідуванням Лариси Василівни Семенової забезпечила в 1921–1923 рр. надання лікувальної допомоги голодуючим дітям Поволжжя та Півдня України: близько 7,5 тис. дітей пролікувалось від анемії, дистрофії та інфекційних хвороб в цій лікарні, а також в Любарській, в Новоград-Волинській повітових лікарнях, в лікарні Червоного Хреста. З 1922 року, після з'їзду в Харкові, у Волинській губернії організовано «Охматдит», який очолила також Л.В. Семенова, в управлінській структурі охорони здоров'я «Охматдит» був представлений сектором лікувально-профілактичної допомоги матерям та дітям. В 1924 р. відкрила двері перша дитяча поліклініка міста Житомира і відразу заслужила авторитет у населення: якщо в 1923 р. дитячу консультацію відвідали 11949 дітей, то в 1928 р. – 38585 дітей із губернії.

В 20–30-ті роки в педіатрії започатковано профілактичний напрямок – огляди дітей-школярів, організація літнього оздоровлення в піонерських таборах та санаторіях. Основні проблеми – боротьба з гострими дитячими інфекційними захворюваннями, туберкульозом, дистрофіями.

В післявоєнні роки становлення педіатричної служби проходило важко – відбудова зруйнованих медичних закладів, нестача кадрів, медичного обладнання. В 1948 році за наказом Міністерства охорони здоров'я проведено об'єднання всіх дитячих медичних закладів – поліклінік, консультацій, лікарень – в єдиний об'єднаний медичний заклад – під назвою «дитяча лікарня». Налагоджено зв'язок з кафедрою педіатрії Київського Медичного Інституту (професор О.М. Хохол), відновлено роботу Товариства педіатрів, в методики лікування та діагностики введено широко антибіотики, рентгендіагностику, функціональні обстеження, розширено діапазон клініко-лабораторних досліджень, активізовано роботу з проведення щеплень проти дифтерії та туберкульозу.

З 1979 року Житомирську дитячу міську лікарню, яка продовжувала частково виконувати функції обласної, очолює Володимир Йосипович Башек. За його активної участі в лікарні в 1981 році на базі нового корпусу було відкрито перше в області дитяче відділення реанімації та інтенсивної терапії. В 1985 році в м. Житомирі побудовано нову дитячу поліклініку. Тут, з січня 1986 року, відкрито перший в Україні «хірургічний стаціонар» одного дня, де щорічно і досі проводиться 350 операційних втручань. На базі поліклініки відкрито центр реабілітації дітей з особливими потребами «Поклик».

В 1985 році педіатрія області вийшла на нові рубежі – вступила до ладу обласна дитяча лікарня, з перших днів її роботу очолив Віктор Федорович Марченко. Це один із небагатьох лікувально-профілактичних закладів України, який будували за новим сучасним проектом з урахуванням світових архітектурних стандартів. На сьогодні – ліжок 430, надається консультативна допомога з 30 спеціальностей, функціонує 7 спеціалізованих центрів.

Щороку в закладі лікується 14,5 тисячі дітей, відвідування в консультативній поліклініці складають близько 84 тисяч. В практику впроваджується близько 50-ти нових методик, до 10-ти раціоналізаторських пропозицій. З ініціативи спеціалістів дитячої лікарні введено виїзну форму роботи з реабілітації дітей-інвалідів.

На базі обласного будинку дитини започатковано систему ранньої медико-соціальної реабілітації дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківської опіки. Досвід роботи обласного будинку (м. Житомир) представлений на VII Міжнародному Українсько-Баварському симпозиумі з питань реабілітації дітей.

29 квітня 1986 року до всіх медичних закладів надійшло повідомлення про аварію на ЧАЕС. Педіатрична служба області з перших годин включилась в важку кропітку роботу з надання медичної допомоги дітям, які постраждали від аварії.

Сьогодні в Житомирській області працює: педіатрів – 267, неонатологів – 43, вузьких спеціалістів – 248, з них 1 доктор медичних наук, 4 кандидати медичних наук, 5 заслужених лікарів України, нагороджених відзнакою «Відмінник охорони здоров'я» – 20 осіб. Продовжує свою діяльність громадська організація «Товариство лікарів-педіатрів Житомирської області».

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВЗАЄМВІДНОСИН ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В СУЧАСНІЙ ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

О.С. КРИВОПУСТОВ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Наша держава удосконалює нормативно-правову базу у сфері охорони здоров'я відповідно до вимог міжнародно-правових актів, беручи до уваги документи з прав людини, враховуючи світові тенденції в охороні здоров'я, адаптуючи їх до вітчизняних традицій та соціально-економічних реалій нашого життя, створюючи гуманоцентричну систему охорони здоров'я. Важливим інструментом реформ є розробка стандартів щодо захисту прав пацієнта, підвищення якості життя суспільства. «Професійна діяльність лікаря ґрунтується на верховенстві загальнолюдських і духовних принципів», – зазначено у Етичному кодексі українського лікаря.

Взаємовідносини лікаря та пацієнта регламентовано численними міжнародними документами, зокрема Всесвітньої медичної асоціації. Це, зокрема, «Міжнародний кодекс медичної етики» (1983), «Рекомендації для лікарів, що проводять біомедичні дослідження на людині» (1964), «Дванадцять принципів надання медичної допомоги у будь-якій системі охорони здоров'я» (1983), «Заява про політику у сфері охорони здоров'я дітей» (1987), «Заява про доступність медичної допомоги» (1988), «Декларація

про жорстоке ставлення до людей похилого віку і старих» (1990) тощо.

В Міжнародному кодексі медичної етики (Лондон, 1949, з доповненнями, Сідней, 1968 та Венеція, 1983), Ліссабонській декларації (1981, 1995) чітко зазначені обов'язки лікаря стосовно хворих. Так, пацієнти мають право: на високоякісне медичне обслуговування, свободу вибору, самовизначення, отримання інформації, конфіденційність, санітарну просвіту, людську гідність, релігійну підтримку, а також визначено права пацієнта, що перебуває у стані коми і є недієздатним та умови, коли процедури проводяться проти волі пацієнта.

Права людини у сфері охорони здоров'я закріплюються у міжнародних та регіональних правових актах з прав людини, одним з таких актів є Європейська соціальна хартія 1961 р. Ці норми підтверджено Конституцією України (ст. 49).

Однак слід зазначити, що на сьогодні актуальними стали питання не лише етики та деонтології лікаря, але й етики та деонтології пацієнта. Поважаючи права та гідність пацієнта, лікарям слід пам'ятати й про власну гідність, вимагаючи від пацієнтів та їх оточення такого ж ставлення до себе. Потребу часу є правовий і соціальний захист медичних працівників та реалізація їх прав.

Слід зазначити, що сьогодні етичні та деонтологічні вимоги до лікаря ґрунтуються на цінностях, перевірених часом, та враховують сучасні потреби суспільства. Клініцисту слід володіти питаннями біоетики, до яких відносяться проблеми трансплантології клітин, тканин та органів, етики проведення медичних досліджень, етичні аспекти генетики, моральні аспекти ВІЛ/СНІДу та багато інших.

ВПРОВАДЖЕННЯ СТАНДАРТІВ АНТИМІКРОБНОЇ ТЕРАПІЇ В ПЕДІАТРІЇ – АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

С.П. КРИВОПУСТОВ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Значення раціонального лікування інфекційної патології неможливо переоцінити, саме інфекційні захворювання складають більше половини усієї патології людини. При цьому основу терапії складає саме етіологічне лікування, в якому центральне місце займають антимікробні засоби й, особливо, антибіотики.

Цікаво, що антибіотики є єдиним класом лікарських засобів, активність яких знижується з часом, екологічні зміни у світі мікроорганізмів нерідко випереджають сучасні можливості клінічної фармакології, а уявлення лікарів про найефективніші антибіотики з часом змінюються. Вкрай складною сучасною проблемою антибіотикотерапії залишається резистентність збудників антимікробних засобів.

На жаль, слід визнати, що на сьогодні не завжди лікарі-педіатри у необхідній мірі застосовують систематичні знання та досвід щодо оптимальних режимів призначення антибіотиків. Це поглиблюється складністю в деяких випадках диференціального діагнозу вірусних, бактеріальних та грибкових інфекцій, недостатньою можливістю ідентифікувати збудника. Вищезазначене сприяє, з одного боку, необґрунтованому використанню антибіотиків при вірусних інфекціях, з іншого – не виправданій відмові від них при отитах, стрептококових тонзилофарингітах тощо.

Нам вкрай необхідні власні дослідження щодо вивчення провідних збудників інфекційних захворювань, зокрема, респіраторного тракту, в конкретному регіоні, моніторинг чутливості патогенів до антибіотиків.

Наступна проблема – нераціональна стартова емпірична терапія інфекцій. При цьому слід пам'ятати, що стартовий антибіотик повинен мати не тільки широкий, а саме оптимальний спектр антимікробної дії. Невиправдані внутрішньом'язові ін'єкції антибіотиків у разі нетяжких інфекцій на дому, коли достатньо орального шляху призначення сучасних ліків. Недостатньо в Україні до цього часу впроваджена схема ступінчастої антимікробної терапії тяжких інфекційних захворювань, зокрема, пневмоній у дітей за умов стаціонару.

Отже, лише широке впровадження в практику педіатрії раціональної стратегії антибіотикотерапії є реальним напрямом у вирішенні проблеми ефективного та безпечного лікування сучасних інфекцій, запобігання селекції та поширенню антибіотикополірезистентних збудників. Важливим шляхом реалізації цієї стратегії має бути широке запровадження стандартів лікування інфекційних захворювань в педіатрії, протоколів раціонального вибору та використання антибіотиків при поширених захворюваннях дитячого віку.

Ці стандарти антибіотикотерапії мають ґрунтуватися на даних Доказової медицини, світових стандартах, зокрема, щорічному виданні Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, постійно оновлюватися відповідно до отриманих даних в конкретному регіоні.

Проблеми додипломної та післядипломної підготовки лікарів-педіатрів

ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ДОДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ

В.Ф. МОСКАЛЕНКО, В.Г. МАЙДАННИК, О.Л. КОВАЛЬЧУК

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Кредитно-модульна система організації навчального процесу (КМСОНП) є основою Європейської кредитно-трансферної та акумулюючої системи (ECTS). Вважають, що впровадження системи ECTS – один із ключових напрямів інтеграції вищої освіти України до загальноєвропейського освітнього простору. Крім того, вважається, що при впровадженні ECTS полегшується академічне визнання дипломів і кваліфікацій, стають прозорими освітні програми і навчальні плани. Ця система має зробити вищу освіту України більш привабливою для студентів з різних країн. Але ця модель вимагає розробки сучасних механізмів здійснення навчального процесу, визначення результатів якості освіти. Зокрема, модульні технології передбачають варіативність навчання, пристосування навчального процесу до можливостей та запитів студентів. За допомогою модульних технологій можна ефективно сформулювати змістові та операціональні функції майбутнього спеціаліста. Але у кожному випадку застосування, зміст і дидактичне наповнення її змінюються. Це пов'язано з розв'язанням певних психолого-педагогічних проблем навчального процесу в будь-якій конкретній ситуації.

Метою даної роботи було узагальнення досвіду впровадження кредитно-модульної системи в навчальний процес додипломної підготовки лікарів-педіатрів.

Як відомо, КМСОНП включає вивчення дисциплін, що структуровані на модулі, як задокументова-

ну логічно завершену частину навчальної програми, що реалізуються відповідними формами організації навчального процесу і закінчуються підсумковим модульним контролем. При цьому впровадження залікових кредитів ECTS, як одиниці виміру навчального навантаження студента, дозволяє оцінити засвоєння навчальної дисципліни. Результати екзаменів і заліків зазвичай виражаються в оцінках. Однак у Європі співіснують багато різних систем оцінювання. До того ж питання перезарахування оцінок було однією з найсуттєвіших проблем студентів – учасників ECTS: а) з одного боку, тлумачення оцінок значно відрізняється в одній країні від іншої, від одного предмета до іншого, і від одного закладу до іншого; б) з іншого боку, помилка при перезарахуванні оцінки може мати серйозні наслідки для студентів. Шкалу оцінювання ECTS було розроблено для того, щоб допомогти закладам перенести оцінки, виставлені місцевим закладом. Вона представляє додаткову інформацію щодо роботи студентів, а не замінює загальні оцінки. Вищі навчальні заклади приймають власні рішення щодо використання шкали оцінювання у своїй власній системі. Коли місцевий та закордонний заклади вирішать, як їхні бали відповідатимуть оцінкам системи ECTS, відбувається перезарахування оцінок.

Однак при розробці положення про КМСОНП робоча група допустилася серйозної методичної помилки. Її суть полягає в тому, що в багатьох рекомендаціях, і зарубіжних, і вітчизняних, в якості прикладу наведено шкалу розподілу успішності студентів, в якій наведено відсоток студентів, які, зазвичай, успішно досягають відповідної оцінки. Але розробниками вітчизняних рекомендацій вказана шкала використовується для оцінки знань студентів та їх ранжування, яке проводиться співробітниками деканату. Однак це абсолютно різні речі. Більше того, в наказі МОН України за № 48 від 23.01.2004 р. «Про

проведення педагогічного експерименту з запровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу» відсутнє поняття ранжування.

Досвід впровадження розробленого робочою групою положення призвів до того, що серед студентів 1–2 курсів, які навчаються за КМСОНП, студентів-відмінників лише 0,9%, тобто їх в 10 разів менше, ніж має бути за визначенням шкали ECTS. При цьому, на жаль, лише 20–25% студентів отримують стипендії.

Таким чином, досвід впровадження кредитно-модульної системи в навчальний процес додипломної підготовки лікарів-педіатрів свідчить, що вказана система потребує суттєвого удосконалення.

УДОСКОНАЛЕННЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ПІД ЧАС ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, С.П. КРИВОПУСТОВ, О.Л. ДЗЮБА,
М.М. СРЄБНИЙ, О.Ф. ЧЕРНИЙ, І.О. ЛОГІНОВА,
О.М. РУДНЄВ, М.П. ПРОХОРОВА, В.Є. ХОМЕНКО,
Н.В. БАЛІКІНА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Інтернатура є першим кроком лікарів-педіатрів у становленні їх як фахівців. Наш досвід вказує на необхідність особливої уваги до первинної спеціалізації дитячих лікарів, які, закінчуючи вищі навчальні заклади, мають добре теоретичне підґрунтя, але, на жаль, недостатню практичну підготовку.

Ефективна післядипломна освіта лікарів, в тому числі педіатрів, можлива лише за умов поєднання зусиль навчальних закладів із закладами охорони здоров'я, клінічними базами – обласними, міськими, центральними районними дитячими лікарнями, поліклініками тощо. Практична спрямованість підготовки забезпечує орієнтацію її на реальне, практичне щоденне застосування здобутих знань та вмій. Тому обов'язковою є повсякденна участь інтерна у лікувальному процесі та чергування в стаціонарі під безпосереднім постійним контролем з боку кваліфікованого керівника. Лікар-інтерн повинен здійснювати діагностично-лікувальний процес у прикріплених за ним хворих, в його обов'язки входить участь у проведенні додаткових обстежень і лікувальних маніпуляцій, що проводяться цим хворим. Відповідно до чинного законодавства одночасно у відділенні може працювати не більше двох лікарів-інтернів.

При викладанні теоретичних розділів особлива увага має приділятися питанням алгоритмізації діагностики та диференціальної діагностики, лікування та профілактики поширених захворювань дитячого віку. Акцент має робитися на питання доказової медицини в терапії дітей різного віку, залученні сучасних протоколів та стандартів лікування. Лекції для лікарів (обсяг лекційних занять у межах 5% від загальної кількості годин на циклі) мають читатися як проблемні, гарно ілюстровані, з використанням мультимедійної системи демонстрації презентацій, можуть використовуватися як лекції-візуалізації або прес-конференції. Завдяки оглядовим лекціям у лікарів-інтернів формується сучасна понятійна база знань та конкретизуються мотиваційні цілі навчання. У майбутньому доцільно розвивати також дис-

танційні лекції провідних фахівців на базі комп'ютерних технологій.

Для післядипломного навчання не втрачають свого значення й інші традиційні форми роботи з лікарем-інтерном: курація хворих, клінічні розбори, проведення семінарів, практичних занять. Потрібні вирішення тестових завдань, ситуаційних задач, участь в науково-практичних та клініко-патолого-анатомічних конференціях, реферативна робота. Однак поряд з використанням загальноприйнятих контролюючих методів навчання (усне опитування, тестові завдання), зростає значення спілкування «викладач-інтерн» та «інтерн-інтерн», дискусій під час проведення семінарських занять. Важко переоцінити значення самостійної роботи лікаря з елементами комп'ютерного дистанційного навчання у мережі Інтернет. Підвищується значення наявності якісних web-сторінок кафедр з опублікованими спрямованими матеріалами для лікарів-інтернів, переліком рекомендованих джерел інформації з тієї чи іншої проблеми.

Не можна забувати й про питання етики та деонтології: без таких суто людських моральних якостей, як чуйність, доброта, милосердя, чесність, комунікабельність не може відбуватися становлення медика.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ПЕДІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

В.Ю. МАРТИНЮК

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України, м. Київ

Проголошені вищим керівництвом держави наміри на суттєве удосконалення системи професійної підготовки фахівців медичної галузі однозначно позитивно сприйнято в суспільстві. Однак за останні роки, на жаль, не зменшується кількість звернень громадян на всі рівні виконавчої та законодавчої влади з приводу незадовільної якості надання медичної допомоги.

Зазначене має відношення і до дитячого населення, насамперед, дітей-інвалідів, дітей з хронічними захворюваннями.

Оскільки більшість скарг пацієнтів надходять внаслідок незадоволення спілкуванням та ставленням до них медичних фахівців, доцільно включити до програм навчання фахівців педіатричного профілю основи комунікації, де передбачено розділи з основних компонентів спілкування, зосередженого на пацієнті; причини ускладнення педіатричної консультації; психологічні детермінанти в означенні реабілітаційних програм у дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Це сприяє зміні парадигми, що істотно розширює сприйняття дитини, як суб'єкта лікувально-консультативного процесу, надавши, таким чином, більше можливостей для обговорення психосоціальних проблем, незалежно від проблеми власне зі здоров'ям.

Серед інших питань, які підлягають обговоренню та вирішенню в рамках означеної проблеми, доцільно вказати на наступні:

- впровадженню в Україні біопсихосоціальної моделі хвороби (ICIDH – 2), Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності й здоров'я (ICF), поняття «якість життя, що пов'язано зі здоров'ям» (QL), тобто практичній реалізації основних положень соціальної моделі інвалідності.

Концептуальною основою медичної реабілітації є біопсихосоціальна модель хвороби (ICIDH), яка визначає здоров'я і хворобу як результат взаємодії фізіологічних і соціальних процесів та опирається на ознаки порушень відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (ICF).

На відміну від медичної реабілітації, стаціонарне лікування первинно націлено на лікування причини захворювання та усунення гострих симптомів і синдромів патологічного стану. Система відношень при стаціонарному лікуванні гострого захворювання, як правило, відбувається відповідно до біомедичної моделі хвороби та опирається на ознаки етіології, патогенезу і локалізації (ICD-10);

- прийняття протоколів і стандартів надання медичної допомоги, що надасть можливість реально призупинити необґрунтовану поліпрагмацію;

- включення до програм додипломної і післядипломної підготовки фахівців основних директивних документів МОЗ України в площині означеної проблеми, зокрема сучасної моделі реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи «Тандем-партнерство», «дитина-сім'я-фахівець», яка затверджена у 1998 році Вченою медичною радою МОЗ України.

АКТУАЛЬНІСТЬ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ ЗА ФАХОМ «ПЕДІАТРІЯ»

В.В. БЕРЕЖНИЙ, В.В. КОРНЕВА

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Провідним завданням під час навчання в інтернатурі з «Педіатрії» є удосконалення професійних навичок. Головним інструментом у досягненні такої мети є самостійна робота інтернів. Збільшення терміну навчання в інтернатурі до 2-х років дозволяє не тільки збільшити час для самостійної роботи, але й рекомендувати більш різноманітні її форми. Багаторічний досвід роботи кафедри педіатрії № 2 НМА-ПО з інтернами дозволяє рекомендувати певні види самостійної роботи в інтернатурі, які підвищують мотивацію до навчання та знань.

Крім традиційної роботи з хворими, цікавою є робота з «банком» архівних історій хвороб або іншої медичної документації у разі незначно поширеної патології. Такі «банки» повинні бути як на кафедрах, так і у керівників базового навчання. Можливий аналіз «електронних» варіантів історій хвороб, які повинні бути в кафедральній Інтернет-бібліотеці.

Доцільним є також проведення порівняльного аналізу медичної документації дітей. Така робота підвищить не тільки рівень знань у інтернів, але й розкриє можливості дослідницької роботи. Рекомендовано самостійне засвоєння навичок з складання плану ведення хворого в амбулаторно-поліклінічних умовах. Важливою є самостійна робота з оволодіння сучасними медичними технологіями: засвоєння методики проведення та оцінки скринінгу на ФКУ, гіпотироз у новонароджених; засвоєння найбільш доступних методів генетичного обстеження та ін. Актуальною є робота в кабінетах функціональної та променевої діагностики з архів-

ними ЕКГ, рентгенограмами, ЕЕГ та ін. Ефективна робота з муляжами з вдосконалення практичних навичок.

З ряду розділів педіатрії, а саме – харчування дітей раннього віку, невідкладні стани в педіатрії (вирішення конкретних ситуаційних задач) молоді фахівці можуть писати письмові роботи з обов'язковим їх викладенням на конференціях інтернів. Досвід проведення такої форми самостійної роботи на кафедрі педіатрії № 2 НМАПО протягом 10 років дав позитивні результати, дозволив підвищити мотивацію знань та вмінь у інтернів.

Багатовекторність наведених форм самостійної роботи дозволить оптимізувати навчання на циклах спеціалізації (інтернатури) за фахом «Педіатрія», допоможе підвищити якість медичного обслуговування дитячого населення країни.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ІСПИТУ КРОК-3

В.В. КОРНЕВА, Н.П. ГЛЯДЕЛОВА, В.В. КОЗАЧУК,
І.Б. ОРЛЮК, Н.К. УНІЧ

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Педіатрія є одним з пріоритетних напрямів розвитку та вдосконалення медико-санітарної допомоги населенню України. Тому поліпшення підготовки молодих фахівців з питань педіатрії, особливо під час спеціалізації (інтернатури), перевірка рівня підготовки до майбутньої роботи є державним завданням, що стоїть перед фахівцями вищої школи. Таким цілям відповідає проведення ліцензійного іспиту Крок-3, який є обов'язковим для інтернів як терапевтичного, педіатричного, так і хірургічного, акушерсько-гінекологічного профілю.

Аналіз банку тестових завдань педіатричного профілю, які можуть бути включені до іспиту Крок-3, проведений у квітні-травні 2007 року співробітниками кафедри, показав, що достатня частина завдань педіатричного профілю можуть бути включені до іспиту. Велика частка з них присвячені діагностиці та наданню невідкладної допомоги при ургентних ситуаціях в педіатрії.

Але, на жаль, багато тестових завдань не відповідають вимогам іспиту такого рівня, не завжди збігаються з сучасними вимогами, особливо з протоколами лікування в педіатрії.

Аналіз розділу завдань з дитячої кардіології (154 тестових завдань) дозволив зробити наступні висновки. Непомірно велика кількість завдань (близько 17%) з питань кардіоміопатії в дитячому віці. Причому більшість з них присвячена питанням діагностики, а не наданню першої невідкладної допомоги таким хворим.

Достатньою є кількість завдань з розділу природжених пороків серця (26%), але й вони носять переважно діагностичну спрямованість. Причому явно недостатня кількість завдань стосовно дітей неонатального та грудного віку.

Розділ вегетативних дисфункцій у дітей представлений недостатньо, особливо невідкладна допомога при пароксизмальній вегетативній недостатності. В цілому в розділі дитячої кардіології неналежну увагу приділено питанню первинної діагностики та невід-

кладної допомоги при кардіологічних захворюваннях у підлітків.

Зауваження до розділу первинної діагностики та невідкладної допомоги при нефрологічних захворюваннях у дітей та підлітків багато в чому співзвучні з вищенаведеним розділом. Гостра ниркова недостатність складає в структурі питань 28%, але ці питання переважно діагностичного, а не ургентно-лікувального характеру. Майже не відображені в тестових завданнях питання первинної діагностики та невідкладної допомоги при мікробно-запальних захворюваннях сечової системи серед дітей перших років життя. Аналогічні зауваження стосуються розділу природжених вад розвитку сечової системи, особливо у ранньому віці.

У розділі пульмонологія необхідно збільшити кількість завдань з невідкладної пульмонології, особливо з позиції лікаря неперіатричної спеціалізації. Аналогічні зауваження щодо розділу дитячої алергології. Особливу увагу слід приділити питанню надання невідкладної допомоги при анафілактичному шоці з урахуванням сучасних протокольних вимог. Алгоритм дій лікаря будь-якого фаху за цієї нозологічної форми є вкрай актуальним. На жаль, завдань за цим розділом дуже недостатньо.

Щодо розділу дитячої реанімації та невідкладної терапії, то звертає на себе увагу велика частина завдань (більше 20% в структурі розділу) з питань ураження електричним струмом, обмороження. А питання серцево-дихальної реанімації, особливості невідкладної допомоги у різних вікових групах наведені вкрай недостатньо.

Як загальні побажання щодо удосконалення банку завдань для проведення іспиту Крок-3 (за розділом педіатрія) необхідно збільшити кількість завдань для неонатологічного віку, а також для підліткового контингенту хворих. Переважна кількість завдань повинні бути спрямовані на питання надання невідкладної допомоги дітям на догоспітальному етапі.

ПІСЛЯДИПЛОМНЕ НАВЧАННЯ ПЕДІАТРІВ І БОЛОНСЬКИЙ ПРОЦЕС

О.М. ОХОТНИКОВА, О.І. УСОВА, К.В. МЕЛЛІНА,
Н.Ю. ЯКОВЛЕВА, Т.М. ТКАЧОВА

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Післядипломне навчання лікарів педіатричних спеціальностей за наказом МОЗ України № 86 від 04.03.98 р. входить до складу системи вищої освіти на базі «Положення про освітньо-кваліфікаційні рівні (ступеневу освіту)».

Вже декілька років у вищих навчальних закладах України проводиться експеримент з впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу (наказ МОЗ України від 22.03.2004 № 148 «Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної і фармацевтичної освіти на 2004–2005 роки»). Сьогодні ці положення відпрацьовані у вищих навчальних медичних закладах додипломного навчання, і, таким чином, постало питання оптимізації навчання за новими стандартами на післядипломному етапі підготовки лікаря-спеціаліста.

Кредитно-модульна система, як один із принципів Болонської декларації, передбачає, що лікар, по-пер-

ше, повинен навчатись протягом всього професійного життя, по-друге, таке навчання повинно бути планованим, динамічним і піддаватися стандартам оцінки професійної компетентності та кваліфікації лікаря. Саме тому сьогодні обговорюються оптимальні варіанти вимог до планованого підвищення кваліфікації лікаря.

На кафедрі педіатрії № 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика вже більше 85 років проводиться післядипломне навчання дитячих лікарів, в зв'язку з цим накопичено багатий досвід методичних, педагогічних та психологічних аспектів роботи з педіатрами різного лікарського стажу, різного досвіду та фахової категорії. Сьогодні кафедра педіатрії № 1 проводить цикли інтернатури за спеціальністю «Педіатрія», спеціалізації та тематичного удосконалення з педіатрії та дитячої алергології, інтернатури та тематичного удосконалення з педіатричних аспектів роботи сімейного лікаря, стажування з педіатрії, передатестаційні цикли з педіатрії та дитячої алергології. Різноманітність навчальних курсів, які проводяться, дозволила узагальнити наші багаторічні враження та зробити висновки щодо стану постійного професійного навчання педіатрів.

Незважаючи на те, що педіатрична спеціальність є однією з найменш оплачуваних, більшість сучасних педіатрів працюють та навчаються завдяки власному ентузіазмові та альтруїстичним звичкам. У лікарів з більшим життєвим та лікарським досвідом в переліку мотиваційних характеристик післядипломного навчання частіше постають питання професійного удосконалення, здобуття сучасних медичних знань. Поряд з цим слід зазначити, що чисельна недостатність педіатрів і тому велика їх завантаженість стають перепоною для планового, організованого підвищення кваліфікації. Саме тому більшість лікарів приїждять на курси тільки перед атестацією і часто мають на меті не отримання якісних знань, а складання іспитів та отримання чергового сертифікату спеціаліста. На тематичне удосконалення, відвідування семінарів, конференцій, виставок та ін. у лікарів просто не вистачає ані часу, ані сил. До того ж адміністрація більшості лікувальних закладів України не в змозі часто відряджувати лікаря для навчання, особливо на довготривалі курси.

Саме тому ми підтримуємо ідеї кредитно-модульної системи, за якими педіатр зможе планувати етапи свого післядипломного навчання і зараховувати всі навчальні заходи, що він мав протягом певного підзвітного періоду, як необхідну і достатню кількість кредитів, щоб оновлювати компетентність та підтверджувати свою кваліфікацію.

АНАЛІЗ ВИКОНАННЯ ПРОГРАМИ З ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ НА КАФЕДРІ ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ ХМАПО

О.А. ЦОДІКОВА, Т.П. ЄФІМЕНКО, С.С. БРИНЦОВА,
Н.І. БІЛОЗОРОВА, О.О. РОЖНОВ, Н.М. ГРИДНЄВА,
І.Г. ЛАПІНА, О.П. КРИЩЕНКО

Харківська медична академія післядипломної освіти

Проаналізовано готовність до роботи сімейними лікарями слухачів-курсантів, які пройшли спеціалізацію з питань педіатрії на циклах за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» (ЗПСМ) за період реформування галузі на засадах сімейної медицини з точки зору оцінки кафедри та їх самооцінки.

З 1998 по 2005 рр. на кафедрі поліклінічної педіатрії навчалися 755 слухачів за фахом «Загальна практика-сімейна медицина». Серед 190 медичних працівників, які вже працюють сімейними лікарями в Харківській області, проведено анкетування з метою вивчення задоволеності якістю їх роботи.

Встановлено, що 60,2% слухачів циклів спеціалізації за фахом ЗПСМ становила група терапевтів, 25,8% – педіатрів. Вузькі спеціалісти та головні лікарі районних та центральних лікарень зараховувалися на цикли у 4,3 та 7,5% випадків відповідно. Невелику частку становили фахівці, які вже нині, не маючи офіційного статусу сімейного лікаря, виконували його професійні обов'язки – 2,2%. За віком лікарі-слухачі розподілялися наступним чином: до 30 років – 19,5%, 31–40 років – 35,2%, після 40 років – 45,3% (серед них 4,8% осіб були працюючими пенсіонерами). Відповідно до стажу чверть лікарів мали 20–30-річний досвід роботи, 40,5% – від 11 до 20 років, 20,0% – 5 років.

Викладачі кафедри звернули увагу на те, що лікарі, які приходили на цикли відразу після закінчення медичного університету, або мали невеликий стаж роботи, навчалися з більшим натхненням і більш продуктивно (за даними заліків та іспитів). Лікарі, які протягом 11–30 років займалися терапевтичною чи педіатричною справою (65,6%), а також пенсіонери, не мали належної мотивації до навчання. Щодо перенавчання вузьких спеціалістів (офтальмологів, гінекологів, невропатологів, хірургів), то більшість з них за шість місяців опанувати в достатньому обсязі теоретичні та практичні навички не змогли.

Самі ж медичні працівники, здебільшого терапевти, які працювали на засадах сімейної медицини після циклів спеціалізації, при анкетуванні відмітили відсутність достатнього досвіду (25,0%) та знань з питань педіатрії (16,9%). Серед суттєвих факторів, що негативно впливали на професійну діяльність, сімейні лікарі визначали обмеженість часу навчання (65,5%), невідповідність нормативам кількості прикріпленого населення (16,9%). Майже 37,5% респондентів вважали за необхідне внести зміни до програми спеціалізації та тематичного удосконалення (ТУ) сімейних лікарів та щодо відпрацювання практичних навичок.

Процес перенавчання лікарів за фахом ЗПСМ на етапі реформування галузі диктує необхідність:

- приділити увагу психологічним аспектам комплектування циклів з урахуванням мотивації до навчання;
- переглянути програму спеціалізації та ТУ сімейних лікарів, запровадження мережі тренінгових центрів для безперервного навчання;
- проведення моніторингу за якістю рівня кваліфікації сімейних лікарів з питань педіатрії, в тому числі дистанційних декадників, науково-практичних конференцій на базі кафедр, де проводилася первинна спеціалізація.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ З ПЕДІАТРІЇ НА ЦИКЛАХ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ТА ІНТЕРНАТУРИ

Л.С. ОВЧАРЕНКО, Т.Г. АНДРІЄНКО, В.П. МЕДВЕДІВ,
А.О. ВЕРТЕГЕЛ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Проведення попереднього анкетування лікарів сімейної медицини на початку циклів навчання до-

зволяє виділити головні теми в розділі підготовки з педіатрії, що викликають стабільно високий інтерес лікарів, незалежно від рівня попередньої підготовки. Серед педіатричних тем лідируючі позиції займають питання вигодовування, догляду, патології раннього дитячого віку, невідкладні стани в педіатрії, стандарти та протоколи діагностики і лікування дитячих хвороб, освоєння практичних навичок.

Для лікарів сімейної медицини так само існує проблема відсутності специфічних для педіатрії навичок (консультування батьків, спостереження й організація догляду за здоровими і хворими дітьми). Необхідним компонентом успішної підготовки фахівця будь-якого профілю є наявність переконливих мотивацій до навчання.

Недосконалість в організації лікарських амбулаторій сімейного лікаря, що спостерігається часто в даний час, призводить до зниження мотивації оволодіння спеціальністю. На етапі заочного навчання залишається не до кінця врегульованим питання про раціональне використання діючих амбулаторій сімейного лікаря в підготовці лікарів-інтернів за фахом загальної практики – сімейна медицина.

Ідеальна модель навчання для лікаря загальної практики на заочному циклі інтернатури складається з роботи в амбулаторії сімейного лікаря з можливістю опановувати в багатопрофільній клініці практичні навички, необхідні в роботі «універсального фахівця». В реальних умовах заочне навчання, яке продовжується 10 місяців, відбувається часто однобічно. Або лікар-інтерн знаходиться на базі лікувальної установи, де немає діючої амбулаторії сімейного лікаря, і тоді він продовжує освоювати практичну частину окремо (повторюючи схему очного циклу) відповідно в «дитячих» і «дорослих» підрозділах, не засвоюючи специфіки майбутньої роботи на посаді сімейного лікаря; або – за наявності лікарської амбулаторії сімейного типу – лікар-інтерн відразу прямує туди, маючи обмежену можливість консультування з вузькими фахівцями, що украй необхідно молодому лікарю, робота якого буде в подальшому пов'язана з первинною діагностикою і допомогою при захворюваннях різного профілю.

Проблема вимагає розгляду, оскільки в існуючих умовах сформувані у майбутнього сімейного лікаря клінічне мислення, спрямоване на усвідомлення себе «пастирем свого приходу», достатньо складно. Крім того, слід враховувати, що і для населення звернення дітей і дорослих до одного лікаря є новим варіантом надання медичної допомоги і сприймається неоднозначно, вимагає «виховання» довіри до «свого сімейного лікаря».

До завдань післядипломної підготовки, таким чином, входить: підвищення інтересу до оволодіння практичними навичками, створення умов для реалізації зв'язку теоретичних знань з практичними навичками й уміннями, організація сумісного прийому з викладачами і практичними лікарями в поліклініці, включаючи вузьких фахівців, організація можливостей консультування з фахівцями для лікарів-інтернів під час проходження заочного циклу навчання.

В плані реалізації загальнодержавної програми створення системи сімейної медицини прийшов час аналізувати накопичений за цей період досвід практичної роботи даної ланки охорони здоров'я.

ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЛІКАРЯМ-ІНТЕРНАМ ЗА ФАХОМ «ПЕДІАТРІЯ»

С.О. МОКІЯ-СЕРБІНА, Т.І. ЄЛЬЧАНІНОВА, Н.В. ВАСИЛЕНКО

Кафедра педіатрії та клінічної лабораторної діагностики
ФПО Дніпропетровської державної медичної академії,
м. Кривий Ріг

В системі післядипломної підготовки інтернів з педіатрії значне місце відводиться набуттю теоретичних знань з питань клінічної лабораторної діагностики.

Жодна спеціальність не обходиться без лабораторних досліджень для діагностики, диференціальної діагностики, моніторингу різних захворювань і оцінки індивідуальності їх перебігу. Однак методи досліджень постійно удосконалюються, з'являються нові технології, знання яких необхідні для практичної роботи лікаря.

Основною метою викладання є систематизація знань з проблем клінічної лабораторної діагностики та формування у інтернів стійких навичок застосування лабораторних методів в лікувально-діагностичному процесі на принципах доказової медицини.

Це можливо при вирішенні наступних завдань: ознайомлення з асортиментом і якісними можливостями сучасних лабораторних досліджень з урахуванням чутливості, специфічності, допустимої варіації методів, стандартизації і забезпечення якості лабораторних досліджень на переданалітичному та постаналітичному етапах; закріплення навичок складання плану лабораторного обстеження; клінічна інтерпретація результатів лабораторного дослідження.

В період навчання інтернів на кафедрі викладачі значну увагу приділяють правилам проведення доаналітичного етапу, до подробиць вивчаються лабораторні методи діагностики реактивних змін в системі кровотворення і при захворюваннях системи крові, клініко-діагностичне значення досліджень показників системи гемостазу і реологічних характеристик крові, лабораторна оцінка функціонального стану нирок.

Враховуючи актуальність проблеми залізодефіцитних станів, значна увага приділяється вивченню еритроцитарних індексів, оскільки аналіз даних гематологічного аналізатора є дуже важливою складовою ранньої діагностики. Діагностика за допомогою автоматичного аналізатора відрізняється малотравматичністю та відносно дешевою і може застосовуватися у якості скринінгового методу.

Застосовується комплексний підхід до призначення лабораторних досліджень та інтерпретації їх результатів з урахуванням технологічних можливостей сучасної лабораторії в оцінці стану органів шлунково-кишкового тракту, діагностиці онкопатології, дослідженні ліквору, трансудатів та ексудатів, мокротиння. Особливу увагу приділяють алгоритмам лабораторної діагностики захворювань, в тому числі при невідкладних станах.

Методика проведення занять базується на поєднанні аудиторної форми навчання і самостійної роботи інтернів. Для самостійної роботи сформовано бібліотеку, комп'ютерні програми для навчання та контролю знань (Гематологічний атлас, Гастропанель в діагностиці захворювань шлунково-кишкового тракту та ін.).

Таким чином, викладання на сучасному рівні аспектів клінічної лабораторної діагностики інтернам-педіатрам є важливою складовою в багатогранній підготовці інтерна як спеціаліста.

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ З НЕОНАТОЛОГІЇ

І.І. РЕДЬКО

Запорізька медична академія післядипломної освіти

В умовах демографічної кризи, погіршення здоров'я дітей головними показниками лікувально-профілактичної роботи педіатрів є показники малюкової смертності та захворюваності. Первинне значення перинатальних причин в структурі малюкової смертності змушує лікарів-педіатрів у своїй практичній діяльності володіти достатнім обсягом знань з основних розділів сучасної неонатології. Тому організація з 2003 р. циклу тематичного удосконалення з неонатології для лікарів-педіатрів є своєчасною і відповідає вимогам практичного педіатра.

Досвід роботи показує, що зміст учбової інформації повинен бути індивідуальним і визначається професійним складом слухачів (інтерни, лікарі поліклінік, стаціонарів). На кафедрі в якості форм організації учбового процесу за розділом неонатології виступають лекції, семінари, практичні заняття, консультації, самостійні заняття, застосування комп'ютерного контролю знань для базисного, проміжних і заключного контролю.

Метою занять є оволодіння основними професійними вміннями та практичними навичками за розділом неонатології. Велика роль відводиться вмінню педіатра оцінити біологічний та генеалогічний анамнез жінки та виявити фактори ризику, які можуть мати значення в своєчасній постановці діагнозу у новонародженого (НН) та розробці алгоритмів обстеження. Робота на базі відділення патології новонароджених (ВПН) дозволяє оволодіти практичними навичками, оцінити результати об'єктивного обстеження НН (оцінка фізичного розвитку, ступеня зрілості, виявлення малих та великих аномалій розвитку). Значне поширення нервової патології у НН вимагає від педіатра володіти вмінням оцінити неврологічний статус вже при першому патронажі. До практичних навичок педіатра відноситься володіння алгоритмами клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, оцінка результатів, вміння обґрунтувати схему лікувальної тактики, оцінити ефективність терапевтичних заходів, своєчасно виявити побічні ефекти.

На кожному занятті демонструються витяги з історій хвороб НН з різною патологією. Проводяться обходи у ВПН щотижня.

В якості контролю знань застосовуються клінічні ситуаційні задачі з тестовими питаннями до них.

З метою стимулювання запам'ятовування матеріалу, що вивчається, застосовуються також питання тестового та комп'ютерного контролю з варіантами відповідей.

В якості самостійних занять застосовується робота з інтернетом, читання обов'язкової літератури, написання рефератів за заданими темами, виконання різних процедур у ВПН (діагностичні, лікувальні, лабораторні), чергування у ВПН та пологовому будинку.

Таким чином, вивчення основних розділів сучасної неонатології у рамках тематичного циклу удосконалення сприяє поліпшенню основних показників неонатальної захворюваності та смертності.

Сучасні аспекти раціонального харчування дітей

СУЧАСНІ АСПЕКТИ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ШКОЛЯРІВ

В.І. ВЕЛИЧКО

Одеський державний медичний університет

В дитячому віці правильне харчування має велике значення, оскільки, окрім задоволення постійної потреби в харчових речовинах, необхідно забезпечувати процеси росту і розвитку організму. Дефекти харчування, як правило, позначаються на здоров'ї дітей не відразу, а в старшому віці. Також важливо раціональне харчування в сучасних умовах в зв'язку з акселерацією. Раціональне харчування передбачає суворе дотримання режиму прийому їжі.

Своєрідність харчування дітей шкільного віку зумовлюється багатьма біологічними і соціальними факторами. Фізіологічні особливості організму дітей цього віку — продовження інтенсивного обміну речовин, процесу зростання і збільшення маси тіла, формування скелета й м'язів. Причому, чим молодша дитина, тим суттєвіше виражені ці процеси і тим більшими затратами енергії та харчовими речовинами вони супроводжуються. В період статевого дозрівання поряд з інтенсивними процесами росту відбуваються глибокі зміни функції різних органів і систем, особливо нервової, ендокринної, серцево-судинної. Важливими вимогами раціонального харчування є регулярність, передбачуючи не тільки певний час прийому їжі й інтервали між ними, а й кількісний і якісний розподіл їжі протягом дня. Для дітей шкільного віку рекомендується частіший, ніж для дорослих, прийом їжі (4–5-кратний з проміжками в 3,5–4 години).

Нами було обстежено 320 школярів (178 дівчаток, 142 хлопчики) віком від 6 до 10 років (в середньому $8,61 \pm 1,87$ року). Серед обстежених у 5,9% маса тіла була нижчою нормальних значень (індекс маси тіла – ІМТ нижче 18 кг/мІ), у 45,6% – відповідала нор-

мальним значенням (ІМТ у межах від 18 кг/мІ до значень 84 перцентилу згідно з віком та статтю дитини). Надмірна маса тіла (ІМТ 85–95 перцентиль) виявлялась у 29,8%, а ожиріння (ІМТ більше 95-го перцентилу) – у 18,7% обстежених.

Всі діти заповнили опитник щодо харчування протягом 3 дб. Виявилось, що тільки 57,8% дотримуються режиму приймання їжі та підтримується співвідношення кількісного і якісного розподілу їжі протягом дня. У цих дітей в раціоні переважали овочі та фрукти, за калорійним складом не перевищували нормативних показників. 8,6% дітей приймають їжу двічі, рідко тричі на добу. Серед цих дітей більша половина віддавали перевагу вуглеводній їжі, відмічалось збільшення разової порції. У 33,6% дітей кількість прийомів їжі перевищувала 5 разів на добу. Тільки у 20,4% таких дітей кількісний і якісний розподіл їжі відповідав віковим стандартам. Решта значно перевищувала як кількісний, так і якісний склад продуктів. Також слід відмітити, що в цій групі значна кількість дітей надто пізно закінчувала останній прийом їжі (після 21 години).

Крім опитування щодо харчування, було простежено режим дня та фізичну активність школярів. Близько 30% опитуваних мали недостаток сну, що прямо впливає на рівень фізичної активності. Тільки 23,4% дітей додатково займались фізичним навантаженням.

Таким чином, раціональне харчування є одним із найбільш важливих та ефективних передумов, що забезпечують здоров'я і гармонійний розвиток дітей, воно сприяє нормальному зростанню дитини, правильному розвитку органів і тканин. Зміна режиму прийому, порушення кількісного і якісного розподілу їжі разом з нераціональним фізичним навантаженням приводить до порушення фізичного розвитку, більш за все зростання кількості дітей з надлишковою масою тіла.

ПРИНЦИПИ ПІДХОДУ ДО ЕНТЕРАЛЬНОГО ВИГОДОВУВАННЯ У ДІТЕЙ З РІЗНИМИ ПАТОЛОГІЧНИМИ СТАНАМИ

Л.В. ВАЩЕНКО, В.О. ОГНЯНОВА, Л.І. ВАКУЛЕНКО,
Л.П. БАДОГІНА, Т.К. РІЗНИК, Л.Д. ЗАБОЛОТНА, Г.С. ГУНЯ

Дніпропетровська державна медична академія.
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Дніпропетровськ

Вигодовування відіграє ключову роль в процесах росту й розвитку дітей, а для хворої дитини зниження живання їжі під час будь-якого гострого захворювання підсилює катаболічні процеси, характерні для гострої фази. Вигодовування хворих дітей, організоване з урахуванням як наявної патології у дитини, так і супутніх захворювань і відхилень в розвитку і стані здоров'я, повинне бути спрямоване, в першу чергу, на нормалізацію процесів обміну, адекватний антиоксидантний захист, порушений в результаті хвороби.

Сучасна якісна суміш для ентерального вигодовування – це не лише підбір білків, жирів, вуглеводів, але й присутність в суміші аргініну, глютамінової кислоти, карнітину, триптофану, мікроелементів Se, Zn, Cu, кожний з яких має доведену терапевтичну дію.

Нині в харчуванні хворих дітей стали широко використовуватися спеціальні полімерні суміші, які мають збалансований склад відповідно до потреб, життєво важливі вітаміни і мікроелементи, що забезпечують оптимальний антиоксидантний статус й активну роботу імунної системи, високоякісні білки з оптимальним складом амінокислот, зокрема сироваткових білків, амінокислотний склад яких сприяє синтезу глютаміну, найважливішого антиоксиданту організму, а також поліненасичені жирні кислоти в оптимальному співвідношенні, що знижує активність запальних процесів. Відсутність глютену, лактози дозволяє використовувати ці продукти в харчуванні дітей за різних патологічних станів.

На базі обласної дитячої клінічної лікарні було оцінено ефективність та переносимість суміші Пептамен у 27 дітей 4–16 років із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (гастроуденіти, хвороби жовчовивідних шляхів, підшлункової залози); суміші Клінутрен Юніор у 19 дітей 1–10 років з низькою масою тіла на тлі хронічної бронхолегеневої патології, включаючи муковісцидоз, залізодефіцитну анемію, лактазну недостатність, та 2 дітей до 2-х років з первинною білково-енергетичною недостатністю; суміші Клінутрен Діабетіс у 10 дітей 5–12 років при ацетонемічному синдромі на тлі харчової токсикоінфекції; суміші Модулен у 2 дітей 12–14 років з хворобою Крона.

Суміші призначалися з метою зондового, беззондового ентерального вигодовування і як нутритивна підтримка. Тривалість їх призначення визначалась індивідуально і відповідала часу відновлення функції шлунково-кишкового тракту, стабілізації основного патологічного процесу, позитивній динаміці в надбавці маси тіла. Проводилися загальноклінічні, біохімічні, імунологічні дослідження, оцінка фізичного розвитку.

Нами отримано позитивну динаміку клініко-параклінічних показників у всіх дітей, які знаходилися на ентеральному вигодовуванні з використанням вказаних сумішей виробництва фірми «Нестле», при диференційованому підході до їх призначення.

Своєчасне їх включення є одним із провідних чинників для позитивного прогнозу гострого патологічного процесу у дітей із запобіганням розвитку вторинної білково-енергетичної недостатності.

ПЕРОРАЛЬНЕ КЛІНІЧНЕ ЖИВЛЕННЯ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ НА ФОНІ НУТРИТИВНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

М.В. ХАЙТОВИЧ, Т.О. ВАХХАНОВА, Т.Є. СОСНОВСЬКА,
О.С. КАЧАЛОВА, О.К. МУХІНА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

В наш час нутритивна підтримка (НП) відноситься до високоефективних методів інтенсивної терапії. Традиційно НП спрямована на запобігання у хворих, які знаходяться в тяжкому (або вкрай тяжкому) стані, втраті маси тіла і зниженню синтезу білка, розвитку імунодефіциту, електролітного і мінерального дисбалансу, дефіциту вітамінів та інших нутрієнтів. Серед хворих, котрі знаходяться протягом одного тижня на стаціонарному лікуванні, 37,5% втрачають більше 1 кг маси тіла. Вкрай небезпечним гіперметаболічний процес є у дітей, які вже мають дефіцит маси тіла, оскільки зниження нутритивного статусу робить їх особливо чутливими до розвитку інфекційних ускладнень, збільшує тривалість лікування.

Нами досліджувалась ефективність включення НП до комплексу лікування дітей з респіраторними захворюваннями (гострий бронхіт, гостра бронхопневмонія, ГРВІ, гіпертермічний синдром), природженою вадою серця, нервовою анорексією, хронічними захворюваннями травної системи (панкреатитом, холециститом, гастроуденітом), які знаходились на стаціонарному лікуванні в дкл № 6 м. Києва.

Обстежено 29 дітей віком від 4 до 17 років. Основним критерієм включення хворих до основної групи було зниження маси тіла (індекс маси тіла в середньому $16,1 \pm 1,25$ кг/м²). Іншим загальним симптомом у хворих, незалежно від нозології, була скарга на зниження або відсутність апетиту. Крім того, у всіх хворих відмічались слабкість, нудота, у більшості – біль у животі.

Нп полягала у включенні до раціону дитини пероральної ізокалорійної (1 ккал/1 мл) суміші для клінічного живлення. Енергетична цінність НП на добу становила 200–250 ккал. У дітей 4–10 років використовували суміш Клінутрен Джуніор («Нестле», Швейцарія), старше 10 років – Клінутрен Оптимум («Нестле», Швейцарія). Дітям контрольної групи (44 дитини) призначали звичайний комплекс терапії.

Оцінку ефективності проводили на підставі динаміки клінічних симптомів захворювання, антропометричних показників (периметра плеча, маси тіла), рівня альбуміну периферичної крові.

Встановлено, що у дітей основної групи провідні прояви інтоксикаційного синдрому зникали на 1–2 дні раніше при гострих і на 5–7 днів раніше при хронічних захворюваннях.

У дітей контрольної групи при гострих захворюваннях через 2 тижні лікування в середньому маса тіла не змінилась, при хронічних захворюваннях за місяць відмічалось зростання маси тіла на $0,130 \pm 0,064$ кг. У дітей основної групи на фоні гострого захворювання вже через 3–4 дні маса тіла в середньому підвищилась на $0,316 \pm 0,388$ кг, а через 2 тижні – на $1,30 \pm 1,24$ кг ($p < 0,05$), периметр плеча також збільшився суттєво – відповідно на $0,12 \pm 0,098$ і $0,50 \pm 0,55$ см ($p < 0,05$). На фоні хронічного захворювання природіст маси тіла за 1 міс становив у середньому $0,27 \pm 0,8$ кг.

Вміст альбуміну в крові дітей контрольної групи суттєво не змінився, а у хворих, які отримували НП, – збільшився від $40,0 \pm 7,07$ до $43,5 \pm 4,94$ г/кг ($p < 0,05$).

Отже, включення нутритивної підтримки до комплексу лікування дітей із захворюваннями дихальної, травної та серцево-судинної систем, які мають дефіцит маси тіла, сприяє прискоренню ліквідації симптомів захворювання, зростанню маси тіла та периметра плеча, вмісту альбуміну в крові.

ДО ПИТАННЯ ГІПЕРНАТРИЄМІЧНОЇ ДЕГІДРАТАЦІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

О.С. КАЧАЛОВА, О.О. ЮЗВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Гіпернатріємічна дегідратація новонароджених – патологічний стан, який виникає внаслідок підвищення рівня натрію в плазмі крові понад 150 ммоль/л і супроводжується розвитком несприятливих для плода стану й ускладнень, перш за все, порушенням водно-електролітного обміну.

Через брак досліджень на дану тему, звертається мало уваги матерями при порушенні загального стану немовляти та клініцистами при вступі дитини до стаціонару на можливість виникнення гіпернатріємічної дегідратації при грудному вигодовуванні. Внаслідок невчасної діагностики гіпернатріємічної дегідратації можуть виникати тяжкі ускладнення.

Метою даної роботи було встановлення основних клініко-лабораторних проявів гіпернатріємічної дегідратації та розробка алгоритму її діагностики.

Дослідження проводили на базі Київської клінічної дитячої лікарні № 6. Під спостереженням було 40 дітей – хлопчиків 26 (65,0%), дівчаток 14 (35,0%). Всі діти були народжені в строк. За віком дітей було розподілено на чотири групи: I (1 тиждень) – 0, II (2 тижні) – 9 (22,5%), III (3 тижні) – 18 (45,0%), IV (4 тижні) – 13 (32,5%) дітей.

Фізіологічна втрата маси спостерігалась у всіх випадках, проте в 1 (2,5%) вона складала до 10% від початкової маси тіла, в 26 (65,0%) – 10–20% від початкової маси і в 13 (32,5%) – більше 20% від початкової маси тіла.

Прикладання до груді в пологовій залі відбулося в 16 (40,0%) та протягом першої доби – в 21 (52,5%) випадку. Вигодовування в 38 (95,0%) дітей було вільним і в 2 (5,0%) – по годинах. Із 40 випадків в 23 (57,5%) матері знали об'єм молока, що виділяється на одне годування. Із тих, хто знали об'єм виділеного молока, даний об'єм становив в 8 (20,0%) менше 30 мл/годування, в 11 (27,5%) – близько 30 мл/годування і в 4 (10,0%) – більше 30 мл/годування. Допоювання дитини проводилося в 1 (2,5%) і не проводилося в 39 (97,5%) випадках. Першими провісниками гіпернатріємічної дегідратації, що були виявлені при огляді дітей і проявлялися, в більшості випадків були втрата маси тіла понад 10% в 97,50% дітей, сонливість або різка дратівливість – в 65,0%, жовтяниця новонароджених – в 45,0%, знижена смоктальна активність – в 23,0%, відмова від годування – в 18,0%, зниження частоти виділення сечі (<6 разів/день) та калу (<4 рази/день) – в 31,0% дітей.

Аналізуючи лабораторні дані, ми виявили, що показники гематокриту новонароджених в 6 (15,0%)

дітей складала до 40%, в 24 (60,0%) – 40–50%, в 10 (25,0%) – 50–60%.

Вимірювання електролітів було проведено в 33 (82,5%) немовлят. Виявилось, що гіпернатріємія з рівнем натрію понад 150 ммоль/л була в 21 (52,5%) випадку. Рівень білірубину вище 220 ммоль/л при гіпернатріємії виявлено в 17 (42,5%) випадках. Рівень глюкози був у межах фізіологічної норми.

Таким чином, виділено: ранні ознаки гіпернатріємічної дегідратації при грудному вигодовуванні – втрата маси тіла більше 10%, жовтяниця новонароджених, сонливість або різка дратівливість, знижена смоктальна активність, відмова від годування, гарячка, зниження частоти виділення сечі (<6 разів/день) та калу (<4 рази/день), відсутність жовтого забарвлення випорожнень після 4-го дня, які необхідно відмітити матерям при порушенні стану новонародженого і звернутися за медичною допомогою; пізні – сухість видимих слизових оболонок, западання великого тім'ячка, знижений тургор шкіри, можлива наявність судом, підвищення температури тіла понад 37°C, жовтяничне забарвлення видимих слизових та шкірних покривів, сонливість дитини при огляді, зниження рефлексів новонародженого, а також лабораторні показники (Ht, рівень Na^+ , білірубину, глюкози).

Отже, питання гіпернатріємічної дегідратації надзвичайно важливе при грудному вигодовуванні, тому вимагає уваги з боку лікарів для вчасної діагностики, лікування та запобігання ускладненням.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ХАРЧУВАННЯ ТА РОЛЬ ПОЛІФЕНОЛІВ У ФОРМУВАННІ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ – ВИХОВАНЦІВ ШКІЛ-ІНТЕРНАТІВ

Т.А. СІРОТЧЕНКО, О.М. ГЕТТА, Г.Г. БОНДАРЕНКО

Луганський державний медичний університет

Повноцінне харчування є суттєвим та постійно діючим фактором, що забезпечує адекватні процеси росту й розвитку дитячого організму. Незбалансоване харчування є одним із провідних факторів ризику формування певної соматичної патології (хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, печінки, жовчного міхура та інших). У дітей, які перебувають в системі шкіл-інтернатів, характер та якість харчування залежать від державного фінансування, що є достатнім протягом останнього часу, збалансованості раціону, виконання режимних моментів.

Нами було проаналізовано 30 добових меню-розкладок (по 15 за осінній та зимовий період). За нашими даними загальна калорійність добового раціону в 23,3% випадків перевищувала показник максимальної норми (2700 ккал на добу). Діти не мали щоденного вживання кисломолочних виробів, свіжих фруктів та овочів, проте рееструвалось надмірне вживання макаронних виробів, злакових каш, картоплі, випічки, хліба. За аналізом вмісту мікроелементів в раціоні дітей встановлено, що діти отримують лише близько 50% добової норми кальцію. Це залежить від того, що з набору продуктів, що містять кальцій, діти отримують тільки сир (термічно оброблений), твердий сир та молоко в недостатній кількості. Дефіцит вживання магнію є незначним (5,3%), більш помітним був дефіцит фосфору – 23,8% та заліза – 33,4%, що можна пояснити практично відсут-

ністю в раціоні печінки, морепродуктів, свіжих ягід, свіжого сиру, незначною кількістю свіжих фруктів. Співвідношення кальцію та фосфору складає 1:1,5. Можна також прогнозувати дефіцит таких основних мікроелементів, як цинк, йод, калій, мідь, тому що діти практично не отримують в раціоні винограду, бананів, горіхів, родзинок, морепродуктів. Нами визначено зниження вживання основних вітамінів групи В, А та РР (60,0, 54,4 та 41,3%, відповідно). Позитивним є те, що протягом зимового періоду діти отримують відвар шипшини, що зменшує дефіцит за вітаміном С. Дуже важливим, на наш погляд, було вивчення вмісту флавоноїдів (Ф) у раціоні шкіл-інтернатів, що є активними метаболітами клітинного обміну та відіграють суттєву роль в регуляції різних фізіологічних процесів, в захисті від інфекційних агентів. Найбільша кількість флавоноїдів міститься в фруктах, ягодах, овочах, зеленому та чорному чаї. Сумарне вживання флавоноїдів в нормі складає близько 1 г на добу.

Отримані дані свідчать, що основним джерелом флавоноїдів для вихованців шкіл-інтернатів є овочі, картопля, чай та значно меншою мірою свіжі фрукти. Сумарний вміст флавоноїдів (з урахуванням їх співвідношення з надходженням аскорбату) визначає їх внесок до загальної забезпеченості аліментарними антиоксидантами. За отриманими даними, вміст Ф в раціоні був в 1,3–1,5 разу меншим норми, найбільший дефіцит визначався за вмістом кверцетину (в 1,3–1,6 разу менше норми), катехінів (в 1,2–1,3 менше норми), кемпферолу (в 1,4–1,5 разу менше).

Таким чином, ми визначили, що раціон дітей шкіл-інтернатів, незважаючи на достатнє фінансування з боку держави, залишається незбалансованим за вмістом основних складових (білки, жири, вуглеводи), з надлишковою калорійністю, дефіцитарним за вживанням основних вітамінів, мікроелементів та флавоноїдів. Це може певною мірою пояснювати схильність дітей шкіл-інтернатів до частих інфекційних респіраторних захворювань, до формування хронічних хвороб шлунково-кишкового тракту, до atopічних захворювань шкіри за рахунок зниження резистентності організму.

ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З ПІДВИЩЕНИМ РИЗИКОМ РОЗВИТКУ АТОПІЇ

Т.І. МИЗГІНА, Л.В. ГУРОВСЬКА, Т.М. ГОРЯЧЕВСЬКА,
О.А. ЩЕРБАНЬ

Вищий державний навчальний заклад
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Материнське молоко є єдиним оптимальним продуктом харчування для вигодовування дітей до 5–6-місячного віку, разом з тим, майже 20% немовлят в Україні знаходяться на штучному вигодовуванні. Значна частина з них потребує призначення лікувального харчування. Найчастіше у дітей першого року життя необхідність в цьому пов'язана з харчовою алергією та транзиторною непереносимістю лактази. Важливим заходом профілактики в такому разі, безумовно, є тривале природне вигодовування.

Наявність секреторних імуноглобулінів, які надходять з материнським молоком, сприяє заселенню кишечника нормальною мікрофлорою, запобігає

сенсibiliзації дитини потенціальною алергенами. Найчастіше зустрічаються прояви алергії до білка коров'ячого, що розвиваються після введення в раціон харчування дитини штучних замінників материнського молока. Більшість штучних замінників, на відміну від жіночого молока, містять значну кількість потенціальною алергенів. Саме тому увагу фахівців привертають суміші на основі гідролізатів коров'ячого білка, які зменшують ризик сенсibiliзації.

Метою нашого дослідження було визначення можливості проведення Штучного вигодовування дітей першого року життя з проявами atopії гіпоалергенними сумішами НіРР-ГА1 та НіРР-ГА2.

Під спостереженням перебували 18 дітей першого року життя з проявами atopічного діатезу, які знаходилися на штучному вигодовуванні.

Проведені дослідження дозволили визначити найбільш вірогідні чинники розвитку atopічних захворювань (спадковість, вік матері при народженні дитини, гестози, ізоімунний конфлікт, ВУІ, пологи шляхом кесарева розтину, постнатальні інфекції, раннє штучне вигодовування). Клінічні прояви харчової алергії були досить різноманітними (atopічний дерматит, порушення з боку ШКТ та ін.). Прояви atopії досить часто маніфестували вже у неонатальному віці при порушенні жінкою-годувальницею режиму харчування. До переведення дітей на штучне харчування прояви atopії були більш ніж в третини немовлят.

З метою зниження частоти й поширеності atopічних проявів, нами постійно підкреслювалася важлива роль виключно грудного вигодовування до виповнення дитині 4–6 місяців та проводилися заходи щодо відновлення лактації. На жаль, лише в 17% випадків дітей, які знаходилися під спостереженням, було переведено на змішане вигодовування. Обстеженим дітям було рекомендовано довготривале призначення гіпоалергенних сумішей НіРР-ГА1, НіРР-ГА2, які на основі гідролізатів коров'ячого білка та сприяють розвитку толерантності. Такий підхід дозволив значно знизити частоту розвитку алергічних проявів у цих дітей. Слід також відмітити, що показники фізичного розвитку в них достовірно не відрізнялися від показників в їхніх здорових однолітків, які знаходилися на природному вигодовуванні.

Таким чином, з метою зменшення розвитку проявів харчової сенсibiliзації, діти з високим ризиком atopії до 5–6 місяців повинні отримувати виключно грудне молоко. За відсутності можливості грудного вигодовування для проведення штучного або змішаного вигодовування у дітей першого року життя з проявами atopії з лікувальною метою можуть застосовуватися гіпоалергенні суміші НіРР-ГА1, НіРР-ГА2, які поряд з цим повністю забезпечують фізіологічні потреби дитини.

ЗАСТОСУВАННЯ ЙОДОМАРИНУ У ЖІНОК-ГОДУВАЛЬНИЦЬ З МЕТОЮ ЗАПОБІГАННЯ ГІПОГАЛАКТІЇ

Г.М. ТРАВЕРСЕ, С.М. ЦВІРЕНКО, О.М. КОВАЛЬОВА,
М.О. ТРАВЕРСЕ, Ю.О. ВОВК

Вищий навчальний державний заклад «Українська медична
стоматологічна академія», м. Полтава

Достатнє за тривалістю природне вигодовування (ПВ) дитини було і залишається однією з основних проблем практичної педіатрії, зумовлюючи актуальність прогнозування та профілактики гіпогалактії у матерів-годувальниць. Однією з причин розвитку гіпогалактії у жінок-годувальниць є дефіцит йоду в організмі. Йод бере участь в синтезі гормону щитовидної залози – тироксину, який є прямим синергістом пролактину. Роль тироксину особливо зростає в період становлення лактації на другому-третьому місяці після народження дитини.

Метою нашої роботи було визначення основних факторів, які сприяють розвитку гіпогалактії у жінок-годувальниць з метою проведення профілактики гіпогалактії серед матерів з високим ризиком її розвитку шляхом поповнення запасів йоду в організмі матерів препаратом йодомарин.

Для виявлення факторів, що провокують розвиток гіпогалактії у жінок-годувальниць, нами було проведено анкетування 930 матерів, які мають дітей віком 1–3 років. Встановлено, що в перші три місяці після народження дитини розвиток гіпогалактії у матері тісно корелював з ускладненим перебігом вагітності й пологів, гіпоксією та асфіксією новонародженого, захворюваністю дітей в неонатальному періоді. На підставі виявлених факторів нами було розраховано прогностичні коефіцієнти розвитку гіпогалактії й виділено 60 матерів з високим ризиком розвитку гіпогалактії в перші три місяці після народження дитини, які знаходилися з дітьми у відділенні патології новонароджених дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави.

У всіх матерів вагітність протікала з ускладненнями, серед яких найчастіше спостерігалися загроза переривання вагітності (36%), фетоплацентарна недостатність (26%), анемія вагітних (13%), нефропатія (10%). Показаннями до госпіталізації дітей були гіпоксична енцефалопатія, кон'югаційна гіпербілірубінемія, внутрішньоутробна інфекція. З боку матерів спостерігалися скарги на швидку втомлюваність, дисфункцію кишечника у вигляді здуття, закріпів, періодичного болю у животі.

30 жінок (основна група) з першого дня вступу до відділення отримували йодомарин по 100 мкг двічі на день після їди протягом місяця. Прийом препарату розпочинався у стаціонарі і продовжувався в амбулаторних умовах. 30 жінок порівняльної групи йодомарину не отримували. У всіх жінок основної групи на 1, 7 і 15-ту доби прийому препарату визначалася лактограма шляхом контрольного зважування дитини до і після годування протягом доби. На 1-шу добу кількість молока у матерів виявлялася однаковою в обох групах, на 7-му добу у матерів основної групи кількість молока збільшилася, але статистично не відрізнялася від порівняльної групи, однак 80% жінок основної групи відмітили значне поліпшення самопочуття і нормалізацію функції кишечника. Достовірно збільшення лактації у матерів основної групи спостерігалось на 15-ту добу прийому

препарату ($p > 0,05$). На кінець 3-го місяця ПВ отримували 28 (93,0%) дітей матерів основної групи, на кінець 6-го місяця – 26 (86,0%) дітей, в порівняльній групі – 20 (67,0%) і 15 (50,0%) дітей відповідно.

Таким чином, застосування йодомарину на першому місяці після пологів у жінок-годувальниць групи ризику з розвитку гіпогалактії дозволяє зберегти ПВ їх дітей та подовжити його тривалість.

СУМІШ КЛІНУТРЕН ДІАБЕТ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

О.Є. АБАТУРОВ, О.О. АГАФОНОВА, О.І. БІЛОУСОВА,
Д.В. ЛОГВІНОВ, Л.М. ПОЧЕРНЯЄВА

Дніпропетровська державна медична академія.
Міська дитяча клінічна лікарня № 1, м. Дніпропетровськ

Раціональне харчування для хворих на інсулінзалежний цукровий діабет (ІЗЦД) є важливою частиною терапії, оскільки найбільш значні коливання вмісту цукру в крові відбуваються після прийому їжі.

Дієтотерапія при цукровому діабеті – не тимчасовий лікувальний захід, а один з основних елементів контролю й керування цукровим діабетом, позначається як раціональне планування харчування і дозволяє нормалізувати метаболічні порушення, забезпечити нормальні фізіологічні процеси.

Мета раціонального планування харчування полягає в тому, щоб збалансувати раціон харчування дитини, рівень фізичної активності та дозу інсуліну, а також підтримувати коливання концентрації глюкози крові в мінімальному діапазоні, уникаючи гіперглікемії та гіпоглікемії. Таким чином, знижується ризик розвитку ускладнень (мікроангіопатія, ретинопатія, нефропатія та ін.).

Метою визначення переносимості суміші Клінутрен Діабет, а також для оцінки її впливу на постпрандіальну глікемію у хворих на ІЗЦД ми застосували зазначену суміш у харчуванні дітей з ІЗЦД, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в обласному ендокринологічному відділенні. Групу дослідження склали 56 дітей з цукровим діабетом 1 типу віком від 1,5 до 16 років. Усі діти знаходилися на інсулінотерапії.

Суміш Клінутрен Діабет було використано нами для додаткового прийому їжі між сніданком та обідом. Всі діти отримували по 200 мл суміші, що відповідало 2 вуглеводним одиницям (ВО).

У всіх хворих визначали рівень глюкози крові натще та рівень глікемії через 90 хвилин після додаткового прийому їжі.

Рівень постпрандіальної глікемії порівнювали з рівнем базальної. Крім того, визначали медіану базальної і постпрандіальної глікемії ($\Sigma_{1+2+n} : n$, де n – кількість обстежених дітей). Медіана базальної глікемії складала 7,8 ммоль/л, медіана постпрандіальної глікемії – 7,6 ммоль/л. Ці дані свідчать про те, що через 90 хвилин після прийому суміші Клінутрен Діабет рівень цукру нормалізувався в усіх дітей. Смакові якості та переносимість суміші Клінутрен Діабет оцінено пацієнтами як відмінні та добрі в 89,3% випадків.

Таким чином, суміш Клінутрен Діабет забезпечує організм дитини з ІЗЦД основними харчовими субстратами (вуглеводи, білки, жири, вітаміни, мінерали, клітковина, вода); може використовуватись як

єдине джерело харчування, або як додаток до звичної їжі; полегшує контроль рівня глюкози в сироватці крові та знижує ризик розвитку віддалених ускладнень ІЗЦД у дітей.

ОЦІНКА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПІДТРИМКИ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ

А.В. САМОХВАЛОВА, М.Б. ШКОЛЬНИК, О.Я. СЕНІВ

Інститут спадкової патології АМН України.
Обласна клінічна лікарня, м. Львів

Грудне молоко – ідеальна їжа для немовлят. Воно дивовижно пристосоване до всіх особливостей травлення і обміну речовин кожного новонародженого і немовляти. Білковий, жировий, вуглеводний компонент жіночого молока, вітаміни, мінеральні речовини – тонко й ідеально відповідають потребам дитини, а деякі речовини, що входять до складу молока, – унікальні.

Грудне вигодовування є основою формування почуття любові та взаєморозуміння матері й дитини.

Впровадження сучасних методів ведення лактації та підтримки грудного вигодовування регламентовано Наказом № 50 МОЗ України від 09.03.2000 року, яким затверджено Програму підтримки грудного вигодовування на 2000–2005 рр., серед завдань якої зазначено сертифікацію родопомічних закладів відповідно до звання «Лікарня, доброзичлива до дитини».

Протягом 2003–2006 рр. було проведено моніторинг ефективності впровадження грудного вигодовування на базі ОКЛ м. Львова, родопомічний заклад якої сертифіковано відповідно до звання «Лікарня, доброзичлива до дитини» у 2005 р.

Основними критеріями ефективності роботи пологового стаціонару як «Лікарня, доброзичлива до дитини» є тривалість грудного вигодовування та його повнота. Дані показники оцінювали за результатами соціального дослідження, шляхом анкетування породілей, які народили дітей у пологовому відділенні ОКЛ м. Львова впродовж 2003–2006 рр. і знаходились на спільному перебуванні.

Наведені показники порівнювали з аналогічними за 2002 р.

Метою даної роботи було вивчення динаміки поширення грудного вигодовування та вивчення ефективності Програми підтримки грудного вигодовування.

За результатами досліджень виявлено раннє прикладання до груді – 97,2% у 2006 р. проти 75,0% у 2002 р. Частота включно грудного вигодовування на момент виписки складала 98,8 та 78,0% відповідно.

Про ефективність впровадження Програми підтримки грудного вигодовування свідчили: зниження частоти неонатальних жовтяниць серед новонароджених в 1,6 разу (5,8% у 2006 р. проти 8,6% у 2002 р.), відсутність інфекцій, специфічних для перинатального періоду у 2002 р.

При аналізі динаміки маси тіла на момент виписки 78% немовлят, народжених у 2006 р., відновили масу проти 49% немовлят у 2002 р. Таким чином, впровадження програми Підтримки грудного вигодовування дало можливість забезпечити немовлят раннім грудним вигодовуванням, забезпечити психоемоціональну єдність матері й дитини, знизити рівень нозокоміальних інфекцій в акушерських стаціонарах.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ МУЛЬТИПРОБІОТИКІВ ПРИ ДІАРЕЯХ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Б.О. БЕЗКАРАВАЙНИЙ, Н.О. ЯКОВЕНКО,
КЕЮР НАРЕНДРА ДАХІФАЛ

Луганський державний медичний університет

Кожного року в Україні офіційно реєструється 45–50 тис. випадків гострих кишкових інфекцій серед дітей. У структурі дитячої смертності інфекційні захворювання в Україні традиційно посідають п'яте місце. Серед дітей, померлих від інфекційних причин, гострі кишкові інфекції (ГКІ) займають перше місце. Однією з причин все більш широкого поширення кишкових інфекцій є розширення спектру мікроорганізмів, збудників ГКІ, за рахунок умовно-патогенної флори. Ретроспективний аналіз історій хвороб дітей раннього віку з ГКІ, які перебували на лікуванні в обласній дитячій інфекційній лікарні м. Луганська, показав, що на сьогоднішній день переважають секреторні форми діареї, а також діареї, викликані умовно-патогенною флорою. Виходячи з цього, основну увагу в лікуванні необхідно приділяти нормалізації мікрофлори кишечника, а не антибактеріальній терапії та хіміопрепаратам, використання яких при ГКІ повинно бути строго обмеженим і відбуватися тільки за показаннями. Це пов'язано з дуже поширеною і часто мінливою антибактеріальною резистентністю збудників ГКІ, з наявністю у більшості антибактеріальних препаратів бактеріостатичного ефекту, з частим розвитком побічних явищ, в тому числі – порушенням нормальної мікрофлори кишечника. Крім того, при секреторних діареях в більшості випадків антибактеріальна терапія не тільки не ефективна, але навіть подовжує період реконвалесценції.

Під нашим спостереженням знаходилося 30 дітей віком від 2 місяців до 3 років з діагнозом ГКІ різної тяжкості перебігу. З метою відновлення нормального мікробного пейзажу кишечника в якості основної терапії поряд з дієтотерапією та оральною регідратацією при секреторних діареях та у вигляді допоміжного засобу на тлі антибактеріальних препаратів при інвазивних діареях нами призначалися сучасні мультипробіотики: Симбітер, дітям до 2-х років та Апібакт дітям старше 2 років. Вони містять 14 найбільш фізіологічних штамів мікроорганізмів, мають високу антагоністичну активність у відношенні до умовно-патогенних і патогенних збудників ГКІ, спроможні синтезувати вітаміни. Бактерії цих пробіотиків резистентні до впливу шлункового соку, травних ферментів, жовчі, стійкі до дії більшості антибіотиків, що застосовуються при лікуванні ГКІ у дітей. На відміну від інших бакпрепаратів, вироблених у формі ліофілізатів, Симбітер та Апібакт виготовляються у найбільш активній («живій») формі, у зв'язку з чим пробіотична флора починає функціонувати відразу після перорального прийому, вже в ротовій порожнині. Апібакт та Симбітер призначали відповідними дозами з першого дня лікування ГКІ після регідратаційної терапії та припинення блювання, у разі необхідності антибактеріальної терапії – через 2,0–2,5 години після її застосування.

Як показали дослідження, використання цих мультипробіотиків позитивно впливає на перебіг ГКІ у дітей: значно скорочує тривалість діареї, клінічний ефект з'являється вже на 3–5-й день від початку лі-

кування. Поряд з цим спостерігалась нормалізація показників копрограм, достовірно збільшувався рівень лізоциму в слині, підвищувався рівень секреторного IgA в копрофільтраті, що вказує на поліпшення місцевого імунітету.

ПРОБІОТИКИ В ПЕДІАТРІЇ (МИНУЛЕ, ТЕПЕРІШНЄ ТА МАЙБУТНЄ)

К.Д. ДУКА

Дніпропетровська державна медична академія

Поширеність дисбіотичних розладів у дітей на сьогодні вимагає зваженого підходу до вибору перш за все пробіотиків – живих мікроорганізмів та речовин мікробного походження, що впливають (за природного введення) позитивно на регуляцію мікрофлори кишечника.

Корисна дія пробіотиків і пробіотичних продуктів відома з початку ХХ століття, коли І.І. Мечниковим була створена простокваша з живими ацидофільними бактеріями. В 1918 році Nissle запропонував використовувати препарат з кишкової палички для лікування діарей. В нашій країні пробіотики, що містять ешерихії, стали вживатися з середини минулого століття. Потім в 70-х роках було створено вітчизняні біфідумбактерин і лактобактерин, які тоді знайшли широке використання для корекції дисбіозів у дитячому віці.

Нові біотехнології, що дозволили створювати препарати активної дії, впроваджено з кінця ХХ, початку ХХІ століття. Традиційно пробіотики використовуються для пригнічення умовно-патогенної й відновлення нормальної мікрофлори кишечника при гострих кишкових інфекціях і дисбактеріозах.

Пробіотики, що є на сьогодні в арсеналі лікаря-педіатра, класифікують за 4-ма поколіннями, починаючи від класичних монокомпонентних препаратів і закінчуючи іммобілізованими на сорбенті живими бактеріями, представниками нормофлори (біфідо- і лактобактерії).

Головною вимогою до пробіотиків має бути відсутність конкурування з індигенною флорою і потенціювання фізіологічного біоценозу кишечника.

Сучасна пробіотична концепція складається: з лікування захворювань, пов'язаних зі змінами мікрофлори, корекції дисбіозу кишечника, регуляції обмінних процесів шляхом підвищення активності метаболізму кишкової флори та імуномодулюючою дією.

Дійсно, сьогодні насторожує збільшення кількості пробіотиків, що містять в своєму складі нетипові для нормофлори людини мікроорганізми. Це часто потенціально патогенні представники факультативної частини біоценозу (спороносні аеробні бацили, дріжджі, ентерококи, ешерихії, аерококи та ін).

Сучасне конструювання симбіотичних асоціацій проводиться саме на підставі виявлення закономірностей взаємодії поміж різними пробіотичними бактеріями, що розвиваються у сучасній культурі. Це відповідає обґрунтуванню найбільш оптимальних методичних підходів до конструювання пробіотичних препаратів. Біологічними стимуляторами біфідобактерій вважають лактобацили, особливо *L. acidophilus*. Це викликано не тільки їх стимуляційним ефектом, але й даними про постійну присутність цих мікроорганізмів разом з біфідобактеріями у складі нормального біоценозу кишечника.

Однак, незважаючи на велику кількість пробіотиків, що використовуються педіатрами, залишається ряд проблем при їх використанні: руйнування в кислому середовищі шлунка, пригнічення імунних функцій слизової оболонки кишечника, збільшення популяції гемолітичних варіантів ешерихій, безконтрольне зростання умовно-патогенної флори.

Тому, майбутнє пробіотиків складається з відбору штамів із запрограмованими пробіотичними властивостями, моделювання багатокомпонентних консорціумів, що в нормі заселяють біотопи людини, або конструювання симбіотичних пробіотиків за допомогою спеціальних біотехнологічних підходів. На сьогодні таким вимогам відповідають: Симбітер, Симбівіт і Лактовіт-форте.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ХАРЧОВОЇ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ, ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

О.Г. ШАДРИН, В.Д. ОТТ, О.М. МУКВІЧ, Г.Б. КОВАЛЕНКО,
Т.Л. МАРУШКО, С.В. ДЮКАРЕВА

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
АМН України», м. Київ

За даними ВООЗ на початок нового тисячоліття алергія за поширеністю вийде на перше місце в світі в структурі загальної патології. Дослідження, проведені в нашому Інституті, свідчать, що в Україні 23,4% дітей першого року життя мають прояви харчової гіперчутливості, з них у 85% дітей виявлено порушення мікробіоценозу основних біотопів (шкіра, ротоглотка, кишечник) з розвитком проліферації УПБ (стафілокок, протей, клесієла та ін.). На наш погляд, це може бути пов'язано з тим, що імунна відповідь проти УПБ та грибів контролюється активністю Th1-лімфоцитів, а при імунодефіцитних станах спостерігається переключення на домінуючий вплив Th2-лімфоцитів та експансія УПБ і грибів в організм. В організмі дитини УПБ мають високу імуногенну й гістаміндекарбоксілазну активність, спроможні викликати індукцію IgE-антитіл. Стан дисбіозу, на наш погляд, можна розглядати як інфекційно-алергічне захворювання, яке розвивається в результаті тривалого патогенного впливу мікроорганізмів на організм та супроводжується сенсibilізацією організму з розвитком алергічних проявів, які є результатом ураження слизового бар'єру кишечника і пригнічення імунобіологічних сил організму. Якщо припустити, що при персистенції УПБ з високою колонізаційною резистентністю пошкоджується біоплівка кишечника, то у таких дітей будуть зміни не тільки в системах місцевого та загального імунітету, але й в метаболізмі слизового бар'єру кишечника.

Результати виконаного комплексу клініко-біохімічних досліджень дозволяють стверджувати, що сенсibilізація харчовими та бактеріальними антигенами викликає у дітей першого року життя функціональні розлади травлення, зміни кінетики жовчовивідних шляхів та кишечника з розвитком інтоксикаційного синдрому та супроводжується цілим комплексом аліментарнозалежних станів (анемія, рахіт, гіпотрофія). Концентрація глікозаміногліканів, загальної та вільної фукози, гексози в копрофільтратах дітей з харчовою алергією були достовірно вищими, ніж у здорових дітей. Такі порушення в

метаболізмі сполучної тканини могли бути викликані деструктивними процесами, спричиненими УПБ.

Таким чином, вирішення проблеми зниження алергічної захворюваності залежить від комплексного підходу до організації профілактики алергічних реакцій, спрямованих на зниження антигенного навантаження дитини харчовими алергенами, корекції балансу захисної мікрофлори, яка спроможна не тільки підвищити колонізаційну резистентність ШКТ, але й нормалізувати функцію преепітеліально-го слизового бар'єру та місцевих імунних реакцій.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ЯКОСТІ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО РОКУ

Ю.М. НЕЧИТАЙЛО, Н.І. КОВТЮК, С.Є. ФОКІНА,
Д.Ю. НЕЧИТАЙЛО

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Важливими критеріями якості харчування дітей старше одного року є його достатність та збалансованість. Методи, якими користуються вітчизняні педіатри і гігієна, є застарілими і непридатними для клінічного використання, оскільки вони базуються на біохімічних складових та лабораторних методах оцінки. Визначення загального калоражу та основних біохімічних компонентів (білків, жирів, вуглеводів) мало доступні для практикуючого педіатра та пересічної сім'ї і не відображають багатоконпонентність реальних потреб організму. За кордоном давно напрацьовані прості й достатньо чутливі методики, придатні для широкого застосування не тільки лікарями і науковцями, а й групами населення з будь-яким освітнім рівнем. Широке їх використання, поширення знань щодо збалансованості вмісту, впровадження норм у маркування продуктів дали змогу досягти основної мети раціонального харчування – підтримки досконалого стану здоров'я та запобігання хворобам.

Метою нашої роботи було адаптувати сучасні американські методики оцінки якості харчування дітей та за їх допомогою проаналізувати особливості харчування дітей різних вікових груп. Нами було обстежено понад 160 дітей віком від 2 до 18 років. Використовувалися методики анкетування частоти вживання різних видів їжі, харчовий щоденник, триденний ретроспективний склад харчування. Аналізовані продукти маркувалися на 5 основних і одну додаткову групи, відповідно до значно поширеної «піраміди харчування», з додатковим напівкількісним підсумком за «порціями».

Аналіз вказує на невідповідність якості харчування до потреб дитячого організму у всіх вікових групах. Причому, чим старша дитина, тим більше відхиляється набір продуктів від необхідного рекомендованого складу. Порушення мали, в основному, два напрямки – зменшення необхідних груп продуктів (овочі, фрукти, м'ясні продукти) та переважання ненормованих продуктів та напоїв, віднесених до додаткової шостої групи. Такий склад харчування не тільки не підтримує оптимальний рівень здоров'я, але й спричиняє порушення розвитку та виникнення захворювань (відставання та дисгармонійність фізичного й психомоторного розвитку, анемії, хвороби шлунково-кишкового тракту тощо). У дітей із відхиленнями у стані здоров'я спостерігалися чіткі корелятивні зв'язки із порушеннями якості харчування.

Анкетування практичних лікарів-педіатрів щодо обізнаності із методами вивчення якості харчування дітей старше одного року показало практично повну відсутність таких знань та вмінь адекватної оцінки.

У підсумку слід відмітити, що застосовані методики оцінки якості харчування дітей старше одного року виявилися простими, доступними та достатньо точними. Вони можуть бути використані і як скринінгові, і для більш поглиблених наукових досліджень. Отримані результати вказують на значні порушення у збалансованості харчування дітей та підлітків.

Актуальні питання неонатології

ПОРУШЕННЯ ФІБРИНОЛІТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ АРТЕРІАЛЬНОЇ КРОВІ ПРИ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ ЦНС

В.О. ФЬОКЛІН, А.І. КОЖЕМЯКА, Т.В. СІРЕНКО,
В.П. КАНДИБА, О.В. ШАРИКАДЗЕ, О.М. ПЛАХОТНА

Харківський державний медичний університет

Метою дослідження було визначення залежності порушень фібринолітичного потенціалу артеріальної крові від ступеня гіпоксемії при гострих захворюваннях органів дихання у новонароджених з ураженням ЦНС. В умовах відділення неонатальної реанімації обласної дитячої клінічної лікарні № 1 міста Харкова обстежено 87 новонароджених, у яких гострі захворювання органів дихання поєднувалися з перинатальним ураженням ЦНС. Залежно від нозологічної форми захворювання хворих дітей було розподілено на чотири групи: I група – 23 дитини з синдромом масивної меконіальної аспірації (СММА), аспіраційною пневмонією; II група – 27 дітей з внутрішньоутробною пневмонією; III група – 15 дітей з респіраторним дистрес-синдромом (РДС). У якості групи порівняння обстежено 30 дітей без захворювань органів дихання. Фібринолітичну функцію легенів визначали шляхом порівняльного аналізу у венозній і 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 парціальною напругою кисню в артеріальній крові на апараті AVL2 (Австрія). 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 ар-

теріальній крові за показниками часу зсідання крові за Лі-Уайтом й рівня фібриногену визначався стан фібринолітичної функції легенів. Залежність змін фібринолітичної функції від ступеня гіпоксемії визначали шляхом вивчення кореляційних відношень зазначених показників (r).

Дослідження p_aO_2 в артеріальній крові показали, що у всіх групах хворих дітей встановлено достовірне зниження даного параметра відносно групи порівняння ($p_aO_2 = 96 \pm 2,54$ мм рт. ст.) Так, у дітей з СММА p_aO_2 складало $73,04 \pm 2,34$ мм рт. ст. ($p > 0,01$); з РДС – $68,66 \pm 2,71$ мм рт. ст. ($p > 0,01$), і найбільш низький показник визначався в групі дітей з внутрішньоутробною пневмонією – $66,16 \pm 2,44$ та $73,04 \pm 2,34$ мм рт. ст. ($p > 0,01$). На тлі визначених змін встановлено, що паренхіма легенів втрачає регуляційну функцію у всіх групах хворих дітей ($Kл_I = -15\%$; $Kл_{II} = -16,0\%$; $Kл_{III} = -7,0\%$ при контрольних значеннях $-17,5\%$ t зсід.; $Kл_I = 19,0\%$; $Kл_{II} = 36,0\%$; $Kл_{III} = 19,0\%$, при контрольних – $49,5\%$ фібриноген). Визначено значущий кореляційний зв'язок між ступенем гіпоксемії та порушеннями коефіцієнта регуляції легень за фібриногеном у дітей III групи ($r_{III} = -0,36$) та за часом зсідання крові у дітей II і III груп ($r_{II} = -0,29$ та $r_{III} = -0,34$), відносно дітей з СММА і групою порівняння.

Таким чином, у новонароджених дітей з перинатальним ураженням ЦНС при гострих захворюваннях органів дихання на тлі гіпоксемії розвиваються порушення фібринолітичної функції легенів, які стають основою розвитку системного ДВЗ-синдрому. У дітей з РДС та внутрішньоутробною пневмонією залежність між ступенем гіпоксемії та станом фібринолітичної функції легень більша, ніж у дітей з СММА, що сприяє швидкому розвитку ускладнень (ДВЗ-синдром) у дітей даних груп та викликає необхідність своєчасної корекції показників КЛС у вигляді протезування легеневої функції.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КРИСТАЛОЇДНО-КОЛОЇДНОЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО УРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Ю.Б. ЯЦЕНКО, Л.В. ЯЦЕНКО, О.Г. БУРЯК, Г.В. АЛЬШИНА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

В патогенезі розвитку гострого ураження легень (ГУЛ) провідне місце займає ендотеліальна дисфункція з активацією процесів тромбоутворення в мікросудинах легень та локальним гіперфібринолізмом, що призводить до проникності альвеолярних капілярів та вторинного порушення легеневої сурфактантної системи.

Мета роботи – дослідити легеневу фібринолітичну активність у новонароджених з гострим ураженням легень на фоні кристалоїдно-колоїдної інфузійної терапії.

Обстежено 55 дітей з синдромом поліорганної недостатності, які знаходилися на штучній вентиляції легень внаслідок тяжкої дихальної недостатності на фоні ГУЛ. До I групи спостережень увійшло 34 дитини, які отримували інфузійну терапію тільки кристалоїдами. II групу складала 21 дитина, яка, крім кристалоїдних розчинів, отримувала свіжозаморожену плазму. Легеневі експірати збирали з дихального контуру апарата штучної вентиляції легень на видиху. Фібринолітичну активність вивчали спектрофотометрично, використовуючи реактиви фірми «Simko Ltd.», Україна.

Дослідження легневих експіратів показало, що вже на 5-ту добу лікування в новонароджених II групи спостерігалася більш виражена тенденція до нормалізації фібринолітичної активності конденсату видихуваного повітря.

Динаміка фібринолітичної активності легневих експіратів у новонароджених на фоні різної інфузійної терапії

Показники, мл/год	Група здорових дітей (n=15)	Група порівняння (I група, n=34)		Основна група (II група, n=21)	
		при вступі	5 доба лікування	при вступі	5 доба лікування
СФА	0,91 ±0,05	0,92 ±0,04	0,93 ±0,04	0,73 ±0,04* **	0,97 ±0,07
НФА	0,23 ±0,02	0,42 ±0,03*	0,29 ±0,03	0,36 ±0,03*	0,31 ±0,05
ФФА	0,68 ±0,04	0,58 ±0,04*	0,60 ±0,04	0,40 ±0,03* **	0,62 ±0,04

Примітка: * – достовірна відмінність з групою здорових дітей; ** – достовірна відмінність між підгрупами спостереження; СФА – сумарна фібринолітична активність; НФА – неферментативна фібринолітична активність; ФФА – ферментативна фібринолітична активність

Дисбаланс фібринолітичної активності в обох групах спостереження проявлявся активацією НФА (клітинного фібринолізу) та пригніченням ФФА (плазміназалежного фібринолізу). Крім того, у дітей II групи спостерігалася зниження СФА, що вказувало на більш виражені зміни фібринолітичної активності в мікросудинах легень, можливо, за рахунок виснаження фібринолітичних можливостей на рівні аерогематичного простору. Щодо ефективності застосування базової кристалоїдної інфузійної терапії з внутрішньовенним уведенням свіжозамороженої плазми, то для досягнення позитивного ефекту (зменшення активності НФА легеневого експірату менш ніж 0,30 мл/год та підвищення ФФА понад 0,60 мл/год) на фоні даної терапії впродовж 5 днів

хоча б у одного хворого, необхідно пролікувати близько 4 дітей (95% ДІ: 1,75–6,31). Різниця можливості виникнення несприятливого наслідку лікування між групами порівняння за нашими даними становить 0,15, а відносно збільшення частоти несприятливого наслідку в групі лікування новонароджених застосованим інфузійним комплексом порівняно з групою контролю складало 24% (95% ДІ: 19,0–68,0).

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВОГО КРОВОВИЛИВУ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Л.В. КОЛЮБАКІНА, Д.В. КОЛЮБАКІН, АЛЬ АБУД МАЗЕН, С.А. ЗАГОРА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Перинатальні ураження центральної нервової системи залишаються серйозною проблемою в неонатології, які впливають на показники неонатальної смертності, визначають неврологічний прогноз та асоціюють з інвалідністю. Застосування сучасних технологій під час пологів високого ризику, проведення інтенсивної терапії, виходжування недоношених з дуже низькою та екстремально низькою масою при народженні призвело до підвищення рівня новонароджених дітей, які залишаються живими, та одночасно до зростання деяких патологічних станів, які притаманні цій категорії немовлят. В першу чергу, це стосується розвитку внутрішньошлуночкових крововиливів (ВШК), частота яких залишається високою та зворотно пропорційною до гестаційного віку.

Метою роботи було вивчення факторів ризику, які супроводжують розвиток ВШК у недоношених дітей. Під спостереженням знаходилось 44 недоношених пацієнти. До першої клінічної групи увійшло 23 немовлят, у яких шляхом нейросонографічного дослідження було діагностовано ВШК I–II ступ.; до групи порівняння – 21 недоношена дитина, вибрана методом випадкової вибірки без ознак ВШК. Тяжкість стану дітей та неврологічний стан визначали відповідно до шкали Н. Sarnat, М. Sarnat (1976).

При аналізі даних анамнезу відмічено, що вагітність і пологи мали ускладнений перебіг у матерів дітей обох груп спостереження. Так, майже у кожній другій жінки під час вагітності домінувала анемія на тлі хронічної фетоплацентарної недостатності та загрози переривання. У 13% матерів дітей із ВШК пологи закінчилися кесаревим розтином. Серед недоношених 1-ої клінічної групи 39% немовлят були з дуже низькою та екстремально низькою масою при народженні. Показники ризику виникнення ВШК за наявності інфекційно-запальних процесів уrogenітальної сфери у матері становили: співвідношення шансів 2,5; абсолютний ризик 43%. При народженні дитини в асфіксії тяжкого ступеня ці показники відповідно становили 4,1 та 32%. Абсолютний ризик виникнення ВШК за наявності в ранньому неонатальному періоді синдрому дихальних розладів складав 33%, співвідношення шансів – 4,1. Загальний стан немовлят із ВШК при вступі до стаціонару оцінювали як середньотяжкий у 34,7±9,9%, тяжкий – у 65,2±9,9%. Шестеро з них (26,0%) лікувалися у відділенні інтенсивної терапії новонароджених у зв'язку з тяжкістю стану. Тяжкість стану при вступі у ново-

народжених 2-ої клінічної групи була відповідно $71,4 \pm 9,8\%$ ($p < 0,05$) та $19,0 \pm 8,5\%$ ($p < 0,01$), і лише двоє немовлят ($9,5\%$; $p < 0,05$) потребували лікування у відділенні інтенсивної терапії. Показники ризику тяжкості стану за наявності ВШК становили: співвідношення шансів 7,9; абсолютний ризик – 47%. В процесі спостереження за новонародженими було відмічено, що за вираженістю таких клінічних ознак, як рівень свідомості, нервово-м'язовий контроль, характеристика безумовних рефлексів, суттєвих відмінностей в групах порівняння не встановлено. Всім дітям в процесі лікування проводили підтримуючу терапію.

Таким чином, проведений аналіз факторів ризику, які супроводжують розвиток ВШК у недоношених дітей, показав, що велике значення мають особливості перебігу вагітності та пологів, наявність інфекційно-запальних процесів урогенітальної сфери у матері, народження дітей з дуже низькою та екстремально низькою масою при народженні, а також наявність таких «фонових станів» після народження, як тяжка асфіксія, синдром дихальних розладів та тяжкість стану при вступі до стаціонару.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АМБРОКСОЛУ ПРИ ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО УРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Ю.Б. ЯЩЕНКО, Л.В. ЯЩЕНКО, Л.В. ОНИЩУК, Я.Г. СОЛІЙЧУК
Буквинський державний медичний університет, м. Чернівці

В лікуванні синдрому гострого ураження легень (ГУЛ) патогенетично обґрунтованим вважається застосування антиоксидантів для зменшення гіпероксидного ураження легень продуктами неконтрольованих реакцій пероксидного окислення ліпідів та білків, які ушкоджують базальні мембрани аерогематичного бар'єру та підвищують їх проникність, що призводить до розвитку вторинної сурфактантної недостатності.

Амброксол – дериват алколоїдів *Adhatoda Vasica*, відомий як секретолітичний та мукокінетичний фармакологічний препарат – має здатність до стимуляції продукції ендogenous сурфактанту альвеолоцитами II типу. Крім того, іншими важливими ефектами амброксолу є регіонарна блокада активації фосфоліпази A_2 , антиоксидантні та протизапальні властивості за рахунок накопичення його в легеневій тканині та безпосередньої взаємодії з вільними радикалами, які індукуються бронхоальвеолярними макрофагами та гранулоцитами, а також пригнічення вивільнення цими клітинами прозапальних цитокінів. Даний феномен патогенетично повинен сприяти підвищенню комплаєнсу легень, забезпечуючи збільшення кількості вентильованих альвеол та зниженню ступеня внутрішньолегеневого шунтування крові, що має позитивний вплив на перебіг синдрому гострого ураження легень.

Обстежено 50 новонароджених з ГУЛ на фоні поліорганної недостатності, які отримували підтримуючу вітальні функції інтенсивну терапію. I групу порівняння складала 23 дитини, яким на фоні основного базового лікування призначали амброксол добою дозою 30 мг/кг внутрішньовенно через 6 годин ($7,5$ мг/кг *pro dosi*). Курс лікування становив 7 днів. До II групи (контрольної) віднесено 27 новонародже-

них, які отримували базову терапію без призначення амброксолу.

Оцінка клінічної динаміки синдрому ГУЛ у новонароджених, які знаходилися під спостереженням впродовж перших 10 днів лікування в відділенні, показала, що тривалість штучної вентиляції легень в режимах «жорстких» параметрів серед немовлят I групи була дещо меншою (але статистично не значущою) порівняно з дітьми, які складали контрольну групу ($109,24 \pm 82,12$ проти $127,12 \pm 72,21$ год; $p > 0,05$). Проте загальна тривалість проведеної респіраторної підтримки (апаратне протезування дихання в режимі примусової вентиляції + респіраторна підтримка в режимі пацієнт-тригерної вентиляції) між групами порівняння мала статистично достовірну відмінність ($131,14 \pm 31,12$ годин I група та $285,72 \pm 40,23$ год II група; $p < 0,05$). Вивчення дихальної функції легень за показниками вентиляційного індексу та насичення гемоглобіну киснем показало, що вже на 3–4-ту добу лікування амброксом у новонароджених відмічалось значне поліпшення показників ефективності оксигенації та вентиляції (менші показники вентиляційного індексу та вищі показники сатурації крові), що створює сприятливі передумови для більш швидкого переходу дихальної підтримки до м'яких режимів вентиляції і, відповідно, зменшенню ризику розвитку гострого респіраторного дистрес-синдрому.

Щодо ефективності застосування амброксолу, то проведений аналіз показав, що для досягнення позитивного ефекту на фоні лікування амброксом впродовж 7 днів хоча б у одного хворого необхідно пролікувати близько 3 дітей (95% ДІ: 2,27–3,57). Різниця можливості виникнення несприятливого наслідку лікування між групами порівняння за нашими даними становить 0,35, а відносно збільшення частоти несприятливого наслідку лікування в групі новонароджених, які отримували амброксол, порівняно з групою контролю складало 38% (95% ДІ: 31,0–48,0).

ДОПЛЕРОГРАФІЧНІ КРИТЕРІЇ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПРОГНОЗУ ПРИ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИХ УРАЖЕННЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Т.К. МАВРОПУЛО, Н.С. КАПШУЧЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія

В останні роки суттєво знизилась показники неонатальної та ранньої перинатальної смертності, але при цьому не відбувається позитивних змін в стані неврологічного здоров'я новонароджених, які перенесли гіпоксію.

Згідно з даними аналізу роботи неонатального центру дитячої міської лікарні № 3 м. Дніпропетровська, можна констатувати відносно збільшення кількості й тяжкості уражень ЦНС у новонароджених, насамперед доношених. Діти з перинатальними ураженнями нервової системи складала п'яту частину всіх немовлят, які перебували у відділенні інтенсивної терапії та реанімації новонароджених, і четверту частину померлих. 75% відсотків дітей з тяжкими ураженнями нервової системи мали масу при народженні більше 2,5 кг, майже половина з них – більше 3,5 кг.

Протягом року спостерігали 42 доношених новонароджених дітей, які в ранньому неонатальному періоді мали клінічні ознаки гіпоксично-ішемічної енцефалопатії тяжкого ступеня. З них у 23 дітей в подальшому було діагностовано ультразвукові ознаки деструктивного мозку. При проведенні нейросонографічного обстеження виявляли ознаки дифузного ішемічного ураження мозку у 13,0%, субкортикальної лейкомаляції – у 17,4%, парасагітального ішемічного ураження мозку – у 8,7%, ішемічного ураження базальних гангліїв – у 43,5% дітей, у 17,4% новонароджених було діагностовано вогнищеві зміни мозкової тканини. При проведенні доплерографічного обстеження протягом перших тижнів життя виявляли зниження швидкостей артеріального кровоплину в поєднанні зі змінами індексів резистентності, ознаки «перерозподілу» артеріального кровоплину, зміни швидкості венозного кровоплину.

В місячному віці у третини дітей було виявлено атрофічні зміни мозкової тканини. Ці структурні зміни поєднувались з клінічними ознаками судомних проявів, патологічних змін м'язового тону, псевдобульбарних порушень, визначенням до 3-місячного віку затримки психомоторного розвитку.

Актуальною проблемою ведення таких новонароджених є розробка ранніх критеріїв несприятливого перебігу гіпоксично-ішемічних уражень ЦНС, а саме формування деструктивних змін мозкової тканини. Нині в якості таких критеріїв виступають аналіз динаміки клініко-неврологічних даних протягом раннього неонатального періоду, використання даних біохімічного та імунохімічного дослідження крові. Як показали результати нашого дослідження, в якості ранніх неінвазивних доплерографічних критеріїв несприятливого прогнозу протягом першого тижня життя можуть виступати:

- вираженість «перерозподілу» артеріального кровоплину мозкових судин;
- ступінь порушення артеріальної стовбурної гемодинаміки;
- гемодинамічні порушення внаслідок підвищення внутрішньочерепного тиску: із залученням венозної ланки при компенсованій стадії, венозної і артеріальної – при декомпенсованій.

В разі відновлення параметрів артеріального кровоплину додатковим критерієм несприятливого прогнозу гіпоксично-ішемічних уражень ЦНС може бути відсутність реєстрації кровоплину стріарних артерій, тривале зменшення резистентності стріарних артерій.

КЛІНІЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ЯКІ МАЛИ АСФІКСІЮ ПРИ НАРОДЖЕННІ

Т.К. МАВРОПУЛО, Н.В. ДУПЛЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія

Постасфіктичні ураження – одні з найчастіших патологічних станів періоду новонародженості. Вираженість постасфіктичних змін визначається не лише ураженням ЦНС, а й дисфункцією інших органів і систем, що відповідають за гомеостаз, у тому числі гепатобіліарної системи. Актуальність вивчення саме проблем порушень функціонального стану

гепатобіліарної системи у новонароджених, які мали асфіксію при народженні, на сучасному етапі визначається:

- тенденцією до значного зростання патології гепатобіліарної системи в структурі захворювань періоду новонародженості;
- наявністю доволі суперечливих даних щодо частоти дисфункцій гепатобіліарної системи у новонароджених з постгіпоксичними ураженнями;
- неоднозначністю інформації про залежність між ступенем тяжкості перенесеної гіпоксії та частотою виявлених порушень функціонального стану печінки у новонароджених дітей;
- невизначеністю клінічної та прогностичної ролі виявлених клінічних та лабораторних ознак порушення функції гепатобіліарної системи при асфіксії новонароджених.

Окрім того, існують дані про несприятливість неврологічного прогнозу постасфіктичних уражень в разі втягнення до патологічного процесу гепатобіліарної системи.

Нами було проведено клінічне, лабораторне та ультразвукове обстеження 76 новонароджених дітей, які мали асфіксію при народженні різного ступеня тяжкості. Порушення функціонального стану гепатобіліарної системи в неонатальному періоді визначали за допомогою критеріїв наявності органної дисфункції внаслідок асфіксії (Shah P., 2004) та клініко-лабораторних ознак «гіпоксичної гепатопатії» (Годованець Ю.Д., 2005). клініко-лабораторні прояви порушення функціонального стану гепатобіліарної системи було діагностовано у 55,3% обстежених немовлят.

Динамічне клініко-неврологічне обстеження дітей проводили протягом перших шести місяців життя. Було виявлено відмінності клініко-ультразвукових проявів гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової системи групи немовлят з ознаками порушення функціонального стану гепатобіліарної системи в постасфіктичному періоді, порівняно з дітьми, які не мали таких порушень. При ознаках перенесеної тяжкої асфіксії – це частіший розвиток мультицистозної енцефаломалії й грубої затримки нервово-психічного розвитку, при ознаках помірної асфіксії – виявлялася більша вираженість ультразвукових ознак розширення зовнішніх лікворних просторів.

Ці дані, з одного боку, можуть свідчити про тяжкість гіпоксично-ішемічних змін при поліорганній дисфункції із втягненням печінки, з іншого – про можливість включення додаткових пошкоджуючих механізмів внаслідок порушення функції гепатобіліарної системи.

КАТАМНЕЗ ДІТЕЙ З ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Л.Г. КРАВЧЕНКО, Н.Г. ЛОТИШ, В.Б. КРАВЧЕНКО, Л.П. БАС

Одеський державний медичний університет

Проблема гіпоксично-ішемічних уражень (ГУ) центральної нервової системи (ЦНС) залишається в центрі уваги наукової і практичної медицини, що визначається місцем і роллю їх у структурі захворюваності в період новонародженості, перинатальній смертності та значенням у формуванні психоневрологічних порушень.

Віддалені наслідки перинатальних уражень ЦНС проявляються затримками мовного й психічного розвитку, порушеннями поведінки і труднощами в навчанні, руховими розладами, епілептичними станами. Та найважчим варіантом є дитячий церебральний параліч. При цьому необхідно враховувати не тільки медичне, але й соціально-економічне значення даної патології.

Висока частота і тяжкість неврологічних наслідків, складність топічної діагностики визначають необхідність раннього відновлювального лікування.

У зв'язку з цим актуальним питанням є розширення можливостей відновлювального лікування за рахунок застосування фізіотерапевтичних та фізичних методів у неонатальному періоді, що дозволить знизити відсоток ускладнень і формування психо-неврологічної симптоматики в резидуальному періоді.

В роботі проведено вивчення особливостей катамнезу (через 1 рік) дітей з ГПУ ЦНС з метою оцінки ефективності різних комплексів відновлювальної терапії. Вивчали стан психомоторного розвитку у двох групах дітей: контрольна група – 40 дітей, яким призначали традиційне медикаментозне лікування та стандартні методи масажу; основна група – 47 дітей, які отримали курс точкового масажу за розробленою методикою та ліпосомальний препарат – ліпін.

Аналіз віддалених результатів показав, що в певному відсотку відхилення у неврологічному статусі й психомоторному та мовному розвитку на першому році життя спостерігаються в обох групах, але достовірніше частіше у дітей контрольної групи. Психомоторний розвиток немовлят основної групи був швидшим. Вони раніше починали сидіти, стояти, ходити, більш активно формувались передмовний розвиток, емоції, мова ($p < 0,05$).

Важливо підкреслити, що у деяких новонароджених з ГПУ ЦНС на першому році життя чітко визначилися грубі органічні зміни у вигляді дитячого церебрального паралічу, гідроцефального синдрому, епілепсії. Однак при цьому в основній групі дітей частота даних порушень була достовірно нижчою, ніж у дітей контрольної групи, які пройшли лише загальноприйнятну програму лікування. Аналогічна закономірність розвитку залишкових змін відмічалася і у вигляді затримки психомоторного розвитку та мінімальних мозкових дисфункцій ($p < 0,05$).

Таким чином, аналіз катамнестичного анамнезу показав, що у дітей, які отримали розширений комплекс ранньої реабілітації, психоневрологічні розлади констатуються достовірно рідше та маніфестуються менш грубою патологією ЦНС. Наведені дані свідчать про доцільність проведення активних відновлювальних заходів у неонатальному періоді при ГПУ ЦНС з метою профілактики пізніх психоневрологічних ускладнень та зменшення відсотка формування інвалідизації.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІПІНУ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З РЕСПІРАТОРНИМ ДИСТРЕС- СИНДРОМОМ

М.І. КОГУТНИЦЬКА, Т.В. БАУТІНА

Луганський державний медичний університет

Проблема респіраторного дистрес-синдрому (РДС) у недоношених новонароджених дітей залишається однією з найактуальніших проблем в неонатології. Розвиток неонатальної реаніматології сприяв збіль-

шенню групи недоношених новонароджених, які виживають після пролонгованої вентиляційної підтримки, складаючи групу ризику з формування хронічних захворювань легень. На сучасному етапі основним методом лікування РДС є респіраторна підтримка та введення препаратів екзогенного сурфактанту. Останні роки широке розповсюдження у новонароджених отримала аерозольна терапія на тлі проведення в них респіраторної підтримки для лікування та профілактики розвитку ускладнень з боку системи дихання. Мета інгаляційної терапії – депонувати адекватну дозу специфічного лікарського засобу в дихальних шляхах для досягнення високого локального клінічного ефекту, запобігаючи тяжким системним побічним ефектам. До засобів з сурфактантпротекторною дією відносяться препарати фосфатидилхоліну. Ліпосомальною формою природного фосфатидилхоліну є препарат Ліпін. Згідно з даними літератури основними функціями ліпідів є відновлення та стабілізація складу й структури біологічних мембран та забезпечення функції плинності клітинної мембрани, забезпечення енергією метаболічних реакцій, гальмування процесів перекисного окислення ліпідів, стабілізація активності антиоксидантних систем. Ендотрахеально та інгаляційно введений Ліпін сприяє збереженню легеневого сурфактанту, внаслідок чого поліпшується легенева та альвеолярна вентиляція, має антигіпоксичну дію, прискорює дифузю кисню з легень у кров та з крові у тканини, нормалізує процеси тканинного дихання, має бронхолітичну й муколітичну дію. Препарат Ліпін не порушує функціональної діяльності органів та систем організму, не є токсичним.

Під нашим спостереженням знаходились 30 недоношених новонароджених з РДС з гестаційним віком: 28 тижнів і менше – 5 (16,7%) дітей, 29–30 тиж – 8 (26,7%), 32–34 тиж – 13 (43,3%), 35–37 тиж – 3 (10%) та 1 (3,3%) доношена дитина. Усіх дітей було розподілено на групи залежно від призначеної терапії: I група (основна) – 12 новонароджених, які знаходилися на ШВЛ, отримували препарат екзогенного сурфактанту з подальшим призначенням Ліпіну; II група – 15 дітей, які перебували на ШВЛ та отримували тільки екзогенний сурфактант.

У 3 новонароджених було діагностовано респіраторні розлади легкого ступеня. Ці діти не потребували проведення ШВЛ та препаратів екзогенного сурфактанту, тому їм в якості сурфактантпротектора призначали інгаляційний Ліпін, який вводили за допомогою небулайзера. Мала кількість таких спостережень не дозволила сформувати цих дітей в окрему групу. Ліпін вводили у відділенні інтенсивної терапії ендотрахеально дозою 10–15 мг/кг/добу під час ШВЛ та інгаляційним шляхом за допомогою небулайзера у відділенні для виходжування недоношених дозою 100 мг/кг/добу. У дітей I та II груп вже після 2–3 інгаляцій Ліпіном зникла необхідність постійної кисневої терапії через носову канюлю, нормалізація аускультативної та перкуторної картин в основній групі спостереження відбувалась на 5–6 дів раніше, ніж у II групі. Аналіз динаміки захворювання показав, що найбільш ефективним було використання Ліпіну у дітей з легким та середнім ступенями тяжкості РДС.

Враховуючи властивості ліпосомальної форми фосфатидилхоліну та позитивну клінічну динаміку захворювання, призначення препарату Ліпін є патогенетично обґрунтованим при лікуванні РДС у недоношених новонароджених.

СУЧАСНА ТАКТИКА ВИКОРИСТАННЯ НООТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ

А.О. ВОЛОСОВЕЦЬ

Національний медичний університет ім.О.О. Богомольця,
м. Київ

При проведенні аналізу захворюваності населення України відмічено, що серед усіх виявлених патологій превалюючий відсоток виявлених захворювань припадає на судинну патологію, причому значну частку в її відсотковому складі займають порушення цереброваскулярної гемодинаміки. За статистичними даними цереброваскулярні хвороби мають сталу тенденцію до зростання, їх кількість за п'ятирічний період зросла на 51,4%, і зумовлюють до 16% смертності працездатного населення (МОЗ, 2006).

В зв'язку з цим поряд з адекватною профілактикою та ефективним лікуванням цереброваскулярних захворювань важливим питанням залишається розробка адекватної та обгрунтованої реабілітації пацієнтів молодого віку з метою відновлення функціональної активності як центральної нервової системи, так і організму в цілому. Для адекватної реабілітації пацієнтів даної групи розроблено відповідні терапевтичні схеми, які включають в себе вазоактивні препарати (цинаризин, вінпоцетин тощо), нейропротектори (пірацетам, німодипін, Л-лізину есцинат, церебралізін), антихолінестеразні препарати (прозерин, галантамін), вітамінотерапію, механотерапію, відповідні комплекси ЛФК і масажу.

Особливу роль в реабілітації хворих відіграють препарати групи ноотропів, які мають стимулюючий вплив на інтегративні процеси мозку, поліпшують пам'ять та розумову діяльність і підвищують резистентність тканин мозку до негативного впливу агресивних факторів різного ґенезу, перш за все, гіпоксії. Основним представником даної групи медикаментів є пірацетам. Цей препарат є похідним ГАМК, він поліпшує метаболізм тканин мозку, сприяє активації анаеробного метаболізму глюкози без утворення лактату, оптимізує процеси міжпівкульової взаємодії, має антиагрегаційну дію та поліпшує реологічні властивості крові.

Проте поряд зі своїм позитивним впливом пірацетам призводить до зростання загальної збудливості тканин мозку. Це, в свою чергу, може призвести до утворення вогнищ патологічного збудження і навіть до виникнення судом у дітей. Перш за все, це стосується немовлят. Відповідно це вимагає необхідної корекції добової дози препарату для таких контингентів хворих.

Саме тому за активного застосування даної групи препаратів, особливо у осіб похилого віку, доцільно використовувати протиепілептичні засоби (фенобарбітал, дифенін), що дозволить досягти максимального ефекту разом з значним зниженням ризику ускладнень. Ще одним із сучасних підходів до застосування пірацетаму у педіатричній практиці є його комбінації з вазоактивним препаратом – цинаризином та антиоксидантом тіатриазоліном. Саме ці форми дозволяють досягти гармонії при відновленні метаболізму ушкоджених тканин мозку, паралельно із нормалізацією цереброваскулярної та центральної гемодинаміки.

ДО ПИТАННЯ ШТУЧНОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, С.П. КРИВОПУСТОВ, О.В. КОРНІЙЧУК,
Н.С. ПИЦЮРА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ.

Міська дитяча клінічна лікарня № 2, м. Київ

Захворювання органів дихання є найчастішою причиною смертності у дітей в неонатальному періоді. Легеневі захворювання новонароджених погіршують адаптацію дитини до позаутробного існування, знижують опірність до інфекцій та нерідко призводять до розвитку критичних станів, коли функціонування різноманітних органів та систем вже не може відновитись самостійно, а вимагає часткового або повного відновлення.

Методи респіраторної терапії можна умовно розподілити на традиційні та нові. До традиційних методів респіраторної терапії належить СРАР (continuous positive airway pressure), nCPAP (nasal CPAP), традиційна штучна вентиляція легень, замісна терапія сурфактантом. До умовно нових методів поліпшення альвеолярної оксигенації належать високочастотна вентиляція легень (HFPPV, HFFIV, HFJV, HFOV), NIPPV (noninvasive intermittent positive ventilation – неінвазивна примусова вентиляція), інгаляції оксиду азоту (NO), екстракорпоральна мембранна оксигенація (ЕКМО).

В Україні одним з основних методів дихальної підтримки новонароджених є традиційна штучна вентиляція легень. В цілому, методики штучної вентиляції легень можуть бути різноманітними та визначаються досвідом, вміннями, знаннями лікаря та можливостями апаратури. Це, зокрема: 1) традиційна ШВЛ з позитивним тиском на вдиху, 2) позитивний тиск наприкінці видиху, 3) переміжна примусова вентиляція, 4) синхронізована переміжна примусова вентиляція, 5) циклічна за потоком синхронізована переміжна примусова вентиляція, 6) допоміжна/контрольована вентиляція, 7) циклічна за потоком допоміжна контрольована вентиляція, 8) вентиляція з підтримкою тиском, 9) спонтанне дихання з позитивним диханням в дихальних шляхах, 10) спонтанне дихання з позитивним диханням в дихальних шляхах через назальні канюлі, 11) неінвазивна вентиляція з позитивним тиском на вдиху, 12) синхронізована неінвазивна вентиляція з позитивним тиском, 13) інверсійна вентиляція, 14) двофазне положення тиску в дихальних шляхах, 15) режим «подвійного контролю»: вентиляція з регульованим тиском та контрольованим об'ємом, вентиляція з гарантованим об'ємом, вентиляція з підтримкою тиску та об'єму.

Стрімкий сучасний розвиток нових технологій в галузі респіраторної терапії у поєднанні з підвищенням досвіду роботи персоналу дозволяє значно вплинути на показники смертності та виходжування, особливо недоношених новонароджених з масою тіла від 500 г. Але поряд з цим в будь-якому випадку призначення пацієнту даного методу корекції дихальної недостатності необхідно індивідуальне визначення режиму ШВЛ, при цьому респіраторна підтримка має носити характер захисної.

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПОЛІВІТАМІННОГО КОМПЛЕКСУ КІДДІ ФАРМАТОН У ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З МІНІМАЛЬНОЮ МОЗКОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

В.Ю. МАРТИНЮК, О.А. МАЙСТРУК, В.Г. КОЗАЧУК,
Р.В. БОГУШ, О.М. НАДОНЕНКО

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

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України, м. Київ

На сьогодні найлегшою формою церебральної патології у дітей є мінімальна мозкова дисфункція (ММД). Досить часто лікарі недооцінюють наявну незначну неврологічну симптоматику. Існують відомості, що в міру дозрівання мозку дитини з'являються вторинні відхилення в її психіці, що можуть призводити до соціальної дизадаптації. Тому надання допомоги хворим з різними формами ММД повинно бути своєчасним, носити комплексний характер, об'єднувати зусилля фахівців різних спеціальностей (неврологів, педіатрів, психологів, педагогів та ін.)

Метою нашої роботи було вивчення ефективності препарату Кідді Фарматон виробництва «Boehringer Ingelheim» у дітей раннього віку з мінімальною мозковою дисфункцією.

Під клінічним спостереженням знаходилася 51 дитина з мінімальною мозковою дисфункцією віком від 1 до 5 років. В ході обстеження дітей було розподілено на дві групи. До першої (основної) групи віднесено 30 дітей, які отримували сироп Кідді Фарматон добовою дозою 7,5 мл. Другу (контрольну) групу склали діти з ММД (21), які не вживали полівітамінів.

Оцінку ефективності препарату проводили на 30-й день лікування за критеріями: позитивна динаміка показників нейровегетативних функцій, ЕЕГ-показників і даних нейропсихологічного дослідження.

У клінічній картині хворих домінували скарги на гіперактивність (49), зниження концентрації уваги (35), мінімальну статокінетичну недостатність (8), порушення сну (погане засинання – 10, недостатня його глибина – 8), зменшення добової потреби в сні (6), порушення апетиту (22), втомлюваність (19), емоційна лабільність (16), головний біль (4). У 20 дітей виявлено вегетативні розлади. У більшості обстежених переважала симпатикотонія – у 38 (74,5%). При оцінці біоелектричної активності головного мозку у пацієнтів відмічено підсилення синхронізуючої активності серединних, таламічних структур при специфічному сенсорному розвантаженні та зменшення спалахової непароксизмальної активності при гіпервентиляції.

Під впливом лікування препаратом Кідді Фарматон спостерігається поліпшення психічних функцій та структури біоелектричної активності головного мозку, урівноваження вегетативної регуляції, поліпшення апетиту. Вітамінний комплекс Кідді Фарматон добре переноситься дитячим організмом, його можна рекомендувати для широкого застосування у дітей з мінімальною мозковою дисфункцією з метою підвищення адаптаційного потенціалу.

ОЦІНКА ПСИХІЧНОГО СТАТУСУ НЕМОВЛЯТ

Т.М. ПУШКАРЬОВА, О.В. МІРЗА, В.В. ЗАВГОРОДНЯ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
АМН України», м. Київ

У низці публікацій, що відображають зарубіжні дослідження, встановлено важливість раннього виявлення порушень психосоціального розвитку немовлят. Враховуючи постійне зростання психосоматичних розладів у дітей та зниження вікового бар'єру початку захворювань, актуальним є найбільш раннє психолого-психотерапевтичне втручання у ситуацію розвитку дитини. Насамперед, це діагностика психічного стану дитини та відносин мати-дитина.

Психіатрію раннього дитячого віку прийнято називати «психіатрією дитячо-батьківських відносин». Видатний дитячий психоаналітик Д. Винникот зазначав, що «не існує такого явища, як дитина, але є взаємини матері та дитини», чим підкреслював визначну роль матері та вплив її ставлення до дитини на формування особистості останньої.

З метою раннього виявлення порушень психічного розвитку немовлят нами було розроблено алгоритм визначення їх психомоторного та психосоціального розвитку, а також проведено оцінку ефективності вищевказаного алгоритму.

Для досягнення поставленої мети було сформульовано наступні завдання:

- а) визначити діагностичні критерії нормального розвитку та його порушень;
- б) створити єдиний алгоритм обстеження діди мати-немовля;
- в) визначити діагностичну цінність алгоритму.

При розробці алгоритму використовували методики вітчизняних та зарубіжних дослідників. Огляд дитини слід проводити у присутності батьків, та оцінювати показники психічного розвитку дитини, порівнюючи зі шкалою психічного розвитку.

Шкалу для оцінки психічного розвитку у грудному віці (від 4 до 52 тижнів) складено з 13 підрозділів, які відображають 13 мікроперіодів у розвитку. Кожен підрозділ охоплює 4 сфери функціонування і показує певний рівень психічного розвитку та складається з чотирьох показників, які стосуються головних аспектів психічного функціонування у грудному віці: моторики, сенсорної діяльності, емоційно-соціального розвитку та розвитку мовлення.

Діагностична цінність запропонованої моделі полягає у співвідношенні результатів методики з даними отриманими під час бесіди з батьками немовлят. Алгоритм містить шкалу оцінки психічного розвитку немовлят з психосоматичними та пограничними психічними розладами. Аналіз діагностичної цінності розробленого алгоритму свідчить про можливість його подальшого застосування для виявлення пограничної психічної патології у немовлят.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ СУКРИМ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ ЛІКУВАННІ РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ

Н.С. ПЕЧУРА, І.О. ЛОГІНОВА, Т.І. ШЕВЦОВА, Ю.В. ТКАЧЕНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ.

Пологовий будинок № 6, м. Київ

Застосування сурфактантної терапії у недоношених новонароджених є актуальним в сучасній неонатології. Впровадження нових препаратів сурфактанту вимагає вивчення їх ефективності та доцільності використання в клінічній практиці.

В даній роботі проведено оцінку ефективності застосування екзогенного натурального сурфактанту Сукрим. У дослідження було залучено 92 дитини з гестаційним віком 26–30 тижнів, масою – від 680 до 990 г. Діти народились від матерів з високим ступенем перинатального ризику. Всі немовлята мали низьку оцінку за шкалою Апгар (77% дітей – $3,1 \pm 0,02$ балу, решта – $4,8 \pm 0,08$ балу), що було зумовлено морфофункціональною незрілістю дитини. Ступінь тяжкості дихальних розладів у всіх дітей оцінювали за шкалою Сільвермана (в середньому $8,2 \pm 0,06$ балу). Основним клінічним діагнозом у всіх немовлят був респіраторний дистрес-синдром (РДС). Дітей після народження переводили до відділення інтенсивної терапії. Обов'язковою умовою виходжування дітей даної групи було дотримання «теплого ланцюжка» й техніки «мінімальної стимуляції».

Метод дихальної терапії вибирали за клінічною оцінкою, безперервною пульсоксиметрією (SaO_2), моніторингом стану гемодинаміки. При терапії дихальної недостатності підтримували SaO_2 в межах 92–94%.

Для забезпечення адекватного газообміну 75% дітей потребували ШВЛ, решта – режиму СРАР. Всі діти отримали з профілактичною та лікувальною метою протягом першої години життя препарат Сукрим після відповідної оксигенації, вентиляції, стабілізації перфузії та встановлення моніторного контролю, але не пізніше 1–2 годин після народження. Замісну терапію Сукримом проводили немовлятам згідно з протоколом ендотрахеального введення препарату. Ефективність препарату оцінювали через 30–60 хв після введення, що включало підвищення SaO_2 в середньому на 8% й дозволило зменшити FiO_2 та PIP. Тиск наприкінці видиху підтримували в межах 3–4 см вод. ст. Клінічний ефект спостерігався у 54% немовлят після одноразової інстиляції препарату, у 40% – після 2 інстиляцій, у 6% – після трьох введень Сукриму.

Тривалість респіраторної підтримки (включно СРАР) складала 5–6 діб. Серед новонароджених цієї групи 21% переведено на самостійне дихання за 48 годин.

На тлі сурфактантної терапії вдалося підвищити виживання дітей даної групи (з 25% у 1999 році до 54% у 2004, до 63% у 2006 році).

Таким чином, застосування препарату Сукрим є ефективним компонентом лікування РДС у недоношених новонароджених та дозволяє зменшити вентиляційну агресію, підвищити виживання дітей з екстремально низькою масою тіла.

Летальність серед немовлят, які одержали замісну сурфактантну терапію Сукримом, складала 37%.

Причиною смерті цих дітей були внутрішньошлункові крововиливи (ВШК). Якщо загибель дітей з ЕНМТ у 1997 році була спричинена у 56% випадків РДС і в 33% ВШК, то у 2004 році РДС складала 17%, а ВШК 50%, в 2005 році РДС – 7,3%, а ВШК 58,2% випадків.

На зіставленні ефективності профілактично-лікувальних підходів до виходжування немовлят з ЕНМТ за період з 1996 до 2006 року розроблено та впроваджено комплекс організаційно-терапевтичних заходів, спрямованих на зниження смертності та оптимізацію виходжування, основним з яких є забезпечення ефективного газообміну шляхом респіраторної підтримки з перших хвилин життя, проведення замісної сурфактантної терапії (Сукрим) всім немовлятам з екстремально низькою масою тіла протягом перших годин життя.

ОСОБЛИВОСТІ ВИХОДЖУВАННЯ НЕМОВЛЯТ З ЕКСТРЕМАЛЬНО НИЗЬКОЮ МАСОЮ ТІЛА

І.О. ЛОГІНОВА, Н.Т. МУРАВИЙОВА, Т.І. ШЕВЦОВА,
Ю.В. ТКАЧЕНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ.

Пологовий будинок № 6, м. Київ

Впровадження сучасних технологій запліднення, пролонгування патологічної вагітності, застосування первинної реанімації та інтенсивної терапії, респіраторної підтримки хворих новонароджених сприяло збільшенню виживання немовлят з екстремально низькою масою тіла (ЕНМТ).

Метою роботи була розробка та впровадження комплексу організаційно-лікувальних заходів, спрямованих на зниження смертності дітей з ЕНМТ.

До групи дослідження увійшло 204 дитини, які народились з масою тіла від 680 до 990 г (гестаційний вік 26–30 тижнів). Всі діти народились від матерів з високим ступенем перинатального ризику. У породілей було діагностовано: захворювання серцево-судинної системи – у 77%, анемію – у 60%, хронічні захворювання нирок – у 34%, фетоплацентарну недостатність – у 87%.

За результатами дослідження з 1996 до 2006 року питома вага новонароджених з екстремально низькою масою та їх виживання неухильно зростають (у 1,8 та 2,3 разу відповідно).

Нами розроблено та впроваджено комплекс організаційно-терапевтичних заходів, спрямованих на оптимізацію виходжування дітей з надзвичайно низькою масою, основними з яких є:

1. Профілювання пологового будинку по прийому передчасних пологів, концентрація вагітних жінок із групи ризику у пологовому будинку (транспортування плода *in utero*), профілактика хронічної внутрішньоутробної та гострої інтранатальної гіпоксії, доповлогове призначення стероїдів жінкам з загрозою переривання вагітності в терміні гестації 23–34 тижні, ведення пологів з урахуванням інтересів плода (збільшення частоти розродження кесаревим розтинном як методом бережливого розродження незрілого плода). Відсоток розродження шляхом кесарева розтину у досліджуваній когорті зростав з 7,6% у 1998 році до 31% у 2005 році.

2. Запобігання втратам тепла на всіх етапах надан-

ня допомоги (температура в пологовій кімнаті 26–27°C, дотримання принципу «теплого ланцюжка», підтримання температури тіла у межах 36,5–37°C), техніки «мінімальної стимуляції».

3. Забезпечення ефективного газообміну шляхом респіраторної підтримки з перших хвилин життя, проведення замісної сурфактантної терапії (сукрим, курсурф) всім немовлятам з екстремально низькою масою тіла протягом першої години життя. Застосування сурфактантної терапії сприяло підвищенню виживання дітей даної групи (до 25% у 1999 році, до 54% у 2004 році, до 62% у 2005 році).

4. Підтримка адекватної гемокардіодинаміки (середній артеріальний тиск в межах 35–40 мм рт. ст.) із застосуванням рефортану, з корекцією метаболічних порушень.

Впровадження сучасних технологій інтенсивної терапії сприяє виходжуванню дітей з ЕНМТ. В той же час виникають нові проблеми: використання інвазивних методик (інтубація трахеї, катетеризація судин, зондове годування та ін.), вимагає ширшого використання антибіотикотерапії (комбінація 2–4 антибактеріальних препаратів, тривале їх призначення). Оксигенотерапія збільшує ризик розвитку бронхолегеневої дисплазії, перивентрикулярної лейкомаляції, ретинопатії недоношених. Тобто, проблема ефективного виходжування зі сприятливим прогнозом для подальшого розвитку залишається складною та багатofакторною. Її вирішення визначається постійним прагненням до гуманізації та індивідуалізації методів виходжування даної когорти дітей, більш широким впровадженням в практику удосконалених діагностичних та лікувальних заходів, державною підтримкою.

ВІФЕРОН В КОМПЛЕКСІ ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

І.І. БОЧАРОВА, Т.Г. ТАРЄЄВА, Н.Ф. БАШАКІН,
А.Н. АКСЬОНОВ, В.В. МАЛИНОВСЬКА, В.Д. КОЛЬЦОВ,
В.В. ПАРФЬОНОВ

Московський обласний НДІ акушерства та гінекології,
МОЗ РФ, Москва.

ГУ НДІ епідеміології та мікробіології ім. М.Ф. Гамалєї, РАМН,
Москва, Росія

Метою дослідження була оцінка ефективності віферонотерапії під час вагітності в матерів з уrogenі-

тальною інфекцією в комплексі профілактики інфекційних ускладнень у новонароджених.

Проведено клініко-імунологічне обстеження 97 новонароджених, які народилися від матерів з уrogenітальною інфекцією. Основну групу склали 52 дитини, матері яких одержували віферон під час вагітності, групу порівняння – 45 дітей, котрі народилися від матерів без віферонотерапії.

Використання віферону в комплексній терапії уrogenітальних інфекцій під час вагітності сприяє зниженню частоти інфекційних ускладнень у новонароджених в 2 рази – від 45 до 22%, як за рахунок тяжких (від 27 до 13%), так і за рахунок малих форм (від 18 до 9%), а також патології неінфекційного характеру – гіпоксично-ішемічних уражень ЦНС від 23 до 12%, затримки внутрішньоутробного розвитку – від 18 до 13%, морфо-функціональної незрілості – від 18 до 7,5%.

Стан імунітету новонароджених від матерів без віферонотерапії характеризувався зрушенням імунного процесу у бік проліферації й порушенням диференціювання клітин, що проявлялося лейкопенією, лімфопенією, підвищенням числа ранніх попередників Т- і В-лімфоцитів, незрілих Т-лімфоцитів та зниженням числа зрілих В-лімфоцитів у периферичному кровоплині; активацією Т-лімфоцитів з недостатністю Th 1 імунної відповіді, про що свідчило зниження числа продуцентів ІЛ-2 і продукції гамма-інтерферону при збільшенні кількості клітин, що експресують рецептори до ІЛ-2; порушенням представлення антигена Т-лімфоцитам за рахунок зниження експресії HLA-DR антигена; зниженням фагоцитуючої здатності нейтрофілів; неспроможністю гуморальної ланки імунітету у вигляді зниження рівня IgG й підвищення IgA до 0,12 г/л та IgM до 0,31 г/л; активацією противірусної активності. На тлі віферонотерапії матері в новонароджених відмічається підвищення кількості зрілих Т-лімфоцитів, Т-хелперів, клітин-продуцентів ІЛ-2; нормалізація рівня ЕК й експресії HLA-DR антигена; збільшення рівня IgG і зниження IgA й IgM.

Отже, використання віферону в комплексній терапії уrogenітальної інфекції під час вагітності сприяло антенатальній імунокорекції в плода з нормалізацією імунорегуляторних механізмів за типом Th 1 імунної відповіді, знижувало антигенну стимуляцію імунітету плода, що в сумі сприяло зниженню частоти ускладнень у періоді новонародженості.

Проблемні питання алергології дитячого віку

АБІЛІТАЦІЯ І РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ З ПРОЯВАМИ ЛІМФАТИЗМУ ТА ГЕНЕТИЧНОЮ СХИЛЬНІСТЮ ДО АТОПІЇ

О.В. ТЯЖКА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Проблема частих затяжних, здебільшого ускладнених вірусно-бактеріальних та алергічних захворювань переважно стосується дітей із природженими морфо-функціональними особливостями органів і систем і, перш за все, – імунної системи, що формується в усі вікові періоди дитинства, починаючи з ембріонального. Своєчасне проведення абілітаційних та реабілітаційних заходів може сприяти запобіганню переходу особливостей функцій, що зумовлюють схильність, в їх різнобічні порушення і трансформацію схильності до патології та в її реалізацію. Як відомо, абілітація, на відміну від медичної реабілітації, що спрямована на відновлення або компенсацію втрачених, порушених функцій, займається становленням, відтворенням недорозвинених функцій у разі затримки розвитку, природжених дефектів.

Під нашим спостереженням, проведеним в тривалій динаміці (від перших місяців життя до 18 років), перебувало 500 дітей, з них 380 дітей з проявами природженого лімфатизму і 120 дітей з генетичною схильністю до атопії. Спостереження включало систематичні огляди дітей, лабораторно-інструментальні обстеження і проведення індивідуалізованих абілітаційних і реабілітаційних заходів. Заходи включали раціональне вигодовування і харчування відповідно до віку з включенням пре- і пробіотиків, фізіотерапевтичні безапаратні процедури, оптимальні умови виховання та проведення щадних медикаментозних (переважно фітотерапевтичних) курсів. Оцінка стану здоров'я при завершенні спостереження показала на-

ступне: серед дітей з лімфатизмом 368 були в I групі здоров'я, 12 – мали хронічні захворювання, серед дітей зі спадковою атопією 112 були в I групі здоров'я, 8 дітей мали алергічні захворювання. Ефективність абілітаційних і реабілітаційних заходів суттєво залежала від ретельності їх виконання.

ХАРАКТЕРИСТИКА СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

О.М. ОХОТНІКОВА, Г.А. ГАЙДУЧИК

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Характерною особливістю сучасної бронхіальної астми (БА) у дітей є розвиток хвороби у ранньому віці. Складності діагностики астми в перші роки життя зумовлені необхідністю диференціальної діагностики з численною природженою патологією і неможливістю дослідження функції зовнішнього дихання, тому вимагають уточнення особливості сенсibilізації малят.

Під спостереженням знаходилося 109 дітей з БА віком від 1,5 міс до 3 років. Визначення у крові вмісту загального і специфічних IgE до різних алергенів проведено за методом ІФА, а секреторної еозинофілії – методом цитологічного дослідження індукованого мокротиння і мазків-відбитків з середнього носового ходу.

Діагноз БА верифіковано на підставі обтяженого з алергії анамнезу, клінічних проявів, еозинофілії у крові, назального секреті й мокротинні, підвищеного рівня загального IgE. Тяжка БА була у 56,0% хворих, середньотяжка – у 33,0%. 84,4% дітей мали обтяжену за алергією спадковість, 54,1% – пасивне паління. Контакт з хатніми тваринами і пліснявими

грибками мали 32,1% хворих. Перинатальну енцефалопатію відмічено у 68,8% дітей. 2/3 дітей отримували раннє штучне вигодовування. Визначено ранню інфекційну респіраторну захворюваність. Атопічний дерматит мали 44,0% дітей. Тригерами загострень астми у 61,5% хворих були ГРЗ, у 15,6% – зміна метеоумов, у 20,2% – вживання певної їжі, ліків, дія запахів. БА дебютувала у вигляді рецидивів бронхообструкції (63,3%), рідше – wheezing (19,3%), крупу (7,3%), сухого кашлю (5,5%) і типового нападу ядухи (4,6%). 16,5% дітей вступили до стаціонару в астматичному стані.

Еозинофілію крові виявлено у 44,0%. Рівень еозинофілів у мокротинні й назальному секреті перевищував його вміст у здорових дітей у $3,5 \pm 0,3$ разу ($p < 0,01$), особливо у мокротинні (у $5,1 \pm 0,2$ разу). Назальна еозинофілія була у 57,9% хворих і складала $28,3 \pm 4,8\%$. Вміст загального IgE у крові був вищим у $5,3 \pm 0,1$ разу ($p < 0,01$) порівняно з його рівнем у здорових дітей. При алергологічному дослідженні у всіх дітей відмічено полівалентну сенсibiliзацію. Серед харчових алергенів продукцію специфічних IgE-антитіл помірного і високого рівнів викликали алергени хека (66,7%), молока (50,0%), м'яса качки (50,0%), яйця (42,9%), м'яса курки (41,7%), курячого жовтка (36,4%). Помірні й низькі рівні IgE-антитіл відмічено до алергенів пшениці (45,5%), рисової крупи (44,4%), кукурудзи (33,3%), лимону (25,0%), низький їх рівень до алергенів мандарину (26,7%) і гречаної крупи (11,8%). Серед побутових алергенів помірні й високі IgE-антитіла визначено до алергенів кліщів – *Dermatophagoides farinae* (82,4%) і *pteronysinus* (76,8%) і пір'я подушки (26,0%). Помірні й низькі рівні IgE-антитіл зареєстровано до бібліотечного (55,6%) і хатнього (31,0%) пилу та вовни морської свинки (56,7%). Низький рівень IgE-антитіл відмічено на волосся людини (14,3%), вовну kota і собаки (по 4,6%). Серед пилоквих алергенів, середні та високі рівні IgE-антитіл виявлялись до пилку амброзії (63,3%) і пирію (40,0%), а помірні й низькі їх рівні – до тимофіївки (71,8%), соняшника (28,0%) і лободи (21,4%). Низьку продукцію IgE-антитіл відмічено до пилку полину (25,0%), берези і циклохену (по 20,0%). Отже, бронхіальній астмі притаманний розвиток з перших місяців життя значної полівалентної сенсibiliзації до різних алергенів, перш за все, інгаляційних, що слід враховувати в діагностиці і ранньому проведенні заходів вторинної профілактики хвороби.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

С.М. НЕДЕЛЬСЬКА, Т.Є. ШУМНА, І.А. КІЗІЛОВА

Запорізький державний медичний університет

Протягом останніх років ХХ та початку ХХІ сторіччя спостерігається невпинне зростання числа дітей з алергічними захворюваннями, що зумовлює високу значущість всіх питань, пов'язаних з цією патологією, як для теоретичної, так і практичної медицини. Особливо широко при алергічних захворюваннях залучаються психосоматичні механізми, що суттєво впливають на формування клінічної нозології та зумовлюють психологічні аспекти детермінування відношення дитини до захворювання та лі-

кування. Тому якість життя цих дітей, їхнє самопочуття, настрої, активність, психологічна рівновага як у періоді загострення, так і в періоді ремісії, можуть бути використані при клінічному веденні хворих з алергічними захворюваннями.

З метою вивчення особливостей самопочуття, активності й настрою дітей з алергічними захворюваннями обстежено 32 дитини (17 хлопчиків і 15 дівчаток) віком від 7 до 17 років за допомогою психологічного тестування з використанням анкетування за методикою САН. При цьому дітям пропонували самим оцінити свій стан за 30 парами протилежних характеристик, згрупованих у три категорії: самопочуття, активність, настрої.

За результатами психологічного тестування було виявлено, що у обстежених дітей достовірно частіше зустрічався крайній ступінь вираженості негативного самопочуття, ніж позитивного (81,3 проти 18,7%). Негативне самопочуття діти частіше відмічали за такими ознаками, як млявість і втома, а позитивне – за ознакою, що свідчила про бажання працювати. За критерієм активності крайній ступінь вираженості негативного полюсу пар ознак зустрічався у 90,6% обстежених дітей, що характеризували себе повільними і сонливими; позитивного – в 9,4% випадків, переважно за такими ознаками, як захопленість та уважність ($p < 0,001$). За критерієм настрою крайній ступінь вираженості негативного полюсу пар ознак зустрічався в 71,9% обстежених дітей з підвищеною заклопотаністю та невдоволенням; позитивного – в 28,1% випадків, особливо за ознаками, що характеризують оптимістичність і надію, ($p < 0,001$). Самооцінки хлопчиків і дівчаток не відрізнялися за такими критеріями, як самопочуття та активність. Але підвищений настрої частіше відмічався у хлопчиків, ніж у дівчаток, що свідчив про їх більшу оптимістичність щодо стану свого здоров'я. Слід відмітити, що зниження самопочуття, активності та настрою частіше зустрічалося у дітей середнього шкільного віку та підлітків, переважно з бронхіальною астмою і атопічним дерматитом, в той час як їх підвищення частіше відмічалось у дітей молодшого шкільного віку, переважно з алергічним ринітом. В цілому, характерною рисою самооцінки дітей з алергічними захворюваннями є достовірна перевага негативного полюсу пар ознак за всіма трьома критеріями особистісної самооцінки, що пов'язано з тривалістю і тяжкістю перебігу хвороби та свідчить про формування у них соціальної недостатності. Виявлені особливості психоемоційного стану дітей з алергічними захворюваннями за критеріями оцінки їх самопочуття, активності й настрою необхідно враховувати при подальшому клінічному веденні цих хворих з призначенням психокоригуючих заходів для поліпшення якості їхнього життя.

КЛІНІКО-ЕТИОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ У РІЗНІ ПЕРІОДИ ЗАХВОРЮВАННЯ

М.М. КАЛАДЗЕ, Л.І. МУРАДОСІЛОВА

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

Бронхіальна астма (БА) є однією з актуальних проблем сучасної педіатрії. Оскільки поведінка найбільш об'єктивно відображає психоемоційний і фізі-

ологічний стан організму, вивчення її при БА допоможе розкрити фенотипові прояви даного захворювання в дітей і оцінити ефективність проведеного лікування.

Метою даного дослідження було вивчення особливостей поведінки в дітей з БА в різні періоди захворювання та їхнього взаємозв'язку з показниками функції зовнішнього дихання. У періоді ремісії обстежено 30 дітей віком від 7 до 15 років з БА. З них дівчаток було 7 (23,0%), хлопчиків – 23 (77,0%). Кількість дітей з інтермітуючою БА складала 13 (43,0%), з легкою персистуючою БА – 12 (40,0%) і з середньотяжкою персистуючою БА – 5 (17,0%) осіб. У періоді загострення обстежено 56 дітей, порівнюваних за статтю і віком з першою групою. Інтермітуючий перебіг БА мали 8 дітей, легкий персистуючий – 17, середньотяжкий – 29, тяжкий перебіг – 2 осіб. Тривалість перебігу захворювання складала в першій групі в середньому 5,3 року, у другій – 7,8 року. Усім дітям проводили клініко-етіологічне обстеження. Визначали такі параметри функції зовнішнього дихання, як ФЖЄЛ, ОФВ₁, ПСВ, МОС_{25%}, МОС_{50%}, МОС_{75%}. Етограми було отримано в результаті перетворення фреймів відеофайлів по каналах міміки, пози, жесту, маніпулювання і вокалу.

У періоді ремісії в дітей з БА зберігалися зміни показників ФЗД: ПСВ була нижчою 80% від належної величини, відмічалася незначне зниження прохідності на рівні центральних бронхів (МОС_{25%}). При загостренні визначалося виражене зниження прохідності на рівні бронхів дрібного калібру (МОС_{75%}), що відображає обструктивний тип вентиляційної дихальної недостатності. При аналізі етограм виявлено підвищений індекс відносної рухливості в каналах міміки, жесту і позної активності в обох групах. У періоді ремісії БА найбільш активними були канали жесту і пози, найменш активним – канал міміки. У періоді загострення БА домінуючими були канали міміки і пози, що значно випереджають канал жесту. Зростання активності жестового каналу в періоді ремісії свідчить про зниження гіпоксичних впливів бронхіальної обструкції на організм і є сприятливою ознакою. При якісному аналізі етограм виявлено значне почастищення ознак тривоги, агресії, захисту, автоагресії в періоді загострення. У періоді ремісії на тлі поліпшення показників ФЗД дані ознаки реєструвалися значно рідше і знижувалися в ході санаторно-курортного лікування. Аналіз міжсистемних взаємозв'язків поведінки

і показників ФЗД виявив: позна активність обернено пропорційна прохідності на рівні середніх і великих бронхів, а жести активність прямо пропорційна цим показникам ФЗД, що відображає зв'язок поведінкових особливостей з гіпоксичними змінами при БА. Динаміка етологічних особливостей за основними каналами комунікацій у дітей досліджуваних груп може відображати розвиток адаптаційних реакцій на фізіологічному рівні з поліпшенням функціонального стану зацікавлених систем на етапі санаторно-курортної реабілітації.

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

С.О. МОКІЯ-СЕРБІНА, Т.В. ЛИТВИНОВА

Кафедра педіатрії та клінічної лабораторної діагностики
Дніпропетровської державної медичної академії,
м. Кривий Ріг

Якість життя (ЯЖ) – це концепція, що може бути корисна для визначення ступеня хворобливості, викликаної 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 і рибомунілу на показники якості життя у дітей з середньотяжкою бронхіальною астмою, які одержують превентивну базисну терапію, за наявності персистенції вірусно-бактеріальних збудників.

Роботу виконано на базі дитячого пульмонологічного центру м. Кривого Рогу. Відношення дітей до своєї хвороби оцінювали за допомогою опитника 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 опитника 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 складала 30 здорових дітей. Всіх дітей згідно з призначеною терапією 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 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 хворіють на середньотяжку БА за наявності персистенції вірусно-бактеріальної флори. Виявлено зниження показників якості активного життя ($21,6 \pm 2,4$ за норми $33,4 \pm 3,2$), збільшення показників «Тяжкості» та «Дистресу» (відповідно $18,5 \pm 1,5$ та $26,3 \pm 2,6$ балу). 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 $22,4 \pm 2,1$ та $20,1 \pm 2,6$ балу) та контрольної групи ($22,3 \pm 2,2$ балу). Через 6 місяців показник «Дистресу» продовжував знижуватися в групі дітей, які одержували ехінацею композитум і рибомуніл ($17,7 \pm 1,6$ балу, $p < 0,05$), але залишався без змін в групі дітей, які одержували ехінацею композитум і ІРС-19 ($23,7 \pm 1,7$ балу), та контрольної групи ($23,6 \pm 1,6$ балу).

Встановлено порушення якості життя у групі підлітків (форма С), які страждають на середньотяжку БА за наявності персистенції вірусно-бактеріальної флори. Виявлено зниження показників якості підліткового життя ($16,4 \pm 3,1$ за норми $19,3 \pm 3,1$ балу), якості активного життя ($21,6 \pm 2,4$ за норми $33,4 \pm 3,2$ балу), збільшення показників «Тяжкості», «Дистре-

су» та «Реактивності» (відповідно $18,4 \pm 2,5$, $49,3 \pm 2,7$ та $19,3 \pm 3,2$ балу). 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 $47,4 \pm 3,1$ та $47,1 \pm 3,6$ балу) та показника контрольної групи ($47,3 \pm 3,0$ балу, $p < 0,05$). Через 6 місяців показники дистресу продовжували достовірно знижуватися в групі В ($43,7 \pm 3,2$ балу, $p < 0,05$), залишалися без змін в групі А ($47,7 \pm 2,2$ балу) та контрольної групи ($47,3 \pm 2,1$). Показник реактивності вказує на відношення підлітків до факторів зовнішнього середовища, які провокують у них симптоми астми, про необхідність дитини постійно приймати лікарські засоби. Через 3 місяці цей показник достовірно не відрізнявся у групі дітей, які одержували ехінацею композитум і рибомуніл ($17,5 \pm 1,4$ балу), порівняно з підлітками підгрупи А ($18,1 \pm 2,3$ балу) та контрольною групою ($18,3 \pm 2,4$ балу). Через 6 місяців цей показник продовжував достовірно знижуватися в підгрупі В ($15,0 \pm 1,2$ балу), але залишався незмінним в підгрупі А ($18,4 \pm 2,2$ балу) та контрольній групі ($18,3 \pm 2,1$ балу). 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 проявом 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, порівнюваний з таким у здорових однолітків, 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 ЯЖ, 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.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ БЕКЛОМЕТАЗОНУ ДИПРОПІОНАТУ ТА ФЛУТИКАЗОНУ ПРОПІОНАТУ В БАЗИСНІЙ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

К.Д. ДУКА, В.А. ДИТЯТКОВСЬКИЙ, С.Н. ТАРАН

Дніпропетровська державна медична академія

Метою дослідження було вивчення клінічного ефекту препаратів інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС) беклометазону дипропіонату (беклазон-еко) та флутиказону пропіонату (фліксотид) еквівалентною дозою 100 мкг двічі через порівняння динаміки денної та нічної клінічної симптоматики, а також стану функції зовнішнього дихання (ФЗД) у дітей з бронхіальною астмою (БА) легкого й середнього ступенів тяжкості та оптимізація схеми базисної протизапальної терапії лікування.

Нами було обстежено 35 дітей, хворих на БА легкого й середнього ступенів віком від 4 до 17 років, з них хлопчиків – 25 (71,43%), дівчаток – 10 (28,57%). Роботу виконано у дизайні простого рандомізованого дослідження у паралельних групах. Основну групу склали 20 дітей, які отримували препарати інгаляційних глюкокортикостероїдів: бекламетазону дипропіонат (10 дітей) та флутиказону пропіонат однаковою дозою 100 мкг двічі на добу (10 дітей). До групи контролю віднесено 15 дітей з БА, які протягом періоду спостереження одержували тільки салбутамол за вимогою (до 6–8 разів на добу). Період спостереження складав 4 тижні. Вивчення динаміки клінічної симптоматики проводили вимірюванням інтенсивності нападів утрудненого дихання вдень та кількості прокидань вночі внаслідок утрудненого дихання або нападів ядухи. Для оцінки даних використовували 4-бальну шкалу: 0 – відсутність клінічної симптоматики, 1 – помірна симптоматика, 2 – середньовиражена симптоматика, 3 – виражена симптоматика. Відповідно до цього хворих дітей було розподілено на 3 підгрупи: 1 – пацієнти, які отримували бекламетазону дипропіонат, 2 – які отримували флутиказону пропіонат та 3 – які отримували салбутамол за вимогою. Вивчення динаміки ФЗД проводили методом пікфлоуметрії, яку проводили щодня вранці до прийому препарату та ввечері через 12 годин після першого вимірювання: основна група – діти, які отримували препарати ІГКС, та контрольна група – діти, які отримували салбутамол за вимогою. Порівняння проводили до початку лікування та через 4 тижні. За клінічними формами, ступенем тяжкості БА, показниками ФЗД, статтю групи були порівнюваними.

Динаміка денної симптоматики: 1 підгрупа – з $1,7 \pm 0,16$ до $0,4 \pm 0,17$ балу ($p < 0,01$); 2 підгрупа – з $1,8 \pm 0,14$ до $0,6 \pm 0,17$ балу ($p < 0,01$); 3 підгрупа – з $1,73 \pm 0,13$ до $0,8 \pm 0,11$ балу ($p < 0,01$). Динаміка нічних прокидань: 1 підгрупа – з $0,8 \pm 0,13$ до $0,3 \pm 0,07$ балу ($p < 0,01$); 2 підгрупа – з $0,9 \pm 0,19$ до $0,2 \pm 0,14$ балу; 3 підгрупа – з $1,07 \pm 0,16$ до $0,53 \pm 0,14$ балу ($p < 0,05$). Динаміка ФЗД: основна група, ранок – з $232,25 \pm 30,66$ до $300,70 \pm 36,54$ л/хв, вечір – з $245,35 \pm 31,71$ до $313,6 \pm 37,72$ л/хв; контрольна група, ранок – з $259,6 \pm 24,54$ до $300,8 \pm 27,65$ л/хв, вечір – з $273,07 \pm 25,46$ до $311,8 \pm 27,78$ л/хв ($p < 0,01$).

Препарати ІГКС беклометазону дипропіонат (беклазон-еко) та флутиказону пропіонат (фліксотид) однаковою дозою 100 мкг двічі на добу мають еквівалентний ефект на клінічну симптоматику БА у період загострення, суттєво зменшуючи ступінь клінічних проявів. Вищезазначені препарати зазначеною дозою достовірно поліпшують ФЗД та можуть використовуватися при базисній терапії у дітей з БА легкого та середнього ступенів тяжкості.

ПОРІВНЯННЯ БЕКЛОМЕТАЗОНУ ДИПРОПІОНАТУ ТА ФЛУТИКАЗОНУ ПРОПІОНАТУ В БАЗИСНІЙ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

К.Д. ДУКА, В.А. ДИТЯТКОВСЬКИЙ, Н.В. НАУМЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія

Метою дослідження було вивчення протизапального ефекту препаратів інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС) беклометазону дипропіо-

нату (беклазон-еко) та флутиказону пропіонату (фліксотид) еквівалентною дозою 100 мкг двічі на добу на основні імунохімічні маркери запалення – інтерлейкіни 4 і 5 (IL-4 і IL-5), вплив проводжуваної терапії на глюкокортикоїдну функцію надниркових залоз та оптимізація схеми базисної протизапальної терапії лікування дітей з бронхіальною астмою легкого й середнього ступенів тяжкості.

Було обстежено 35 дітей, хворих на бронхіальну астму легкого та середнього ступенів віком від 4 до 17 років, з них хлопчиків – 25 (71,43%), дівчаток – 10 (28,57%). Роботу виконано у дизайні простого рандомізованого дослідження у паралельних групах. Основну групу склали 20 дітей, які отримували препарати інгаляційних глюкокортикостероїдів: беклометазону дипропіонат (беклазон-еко) дозою 100 мкг двічі на добу – 10 дітей та флутиказону пропіонат (фліксотид) дозою 100 мкг двічі на добу (10 дітей); групу контролю – 15 дітей з БА, які протягом усього періоду спостереження одержували тільки сальбутамол за вимогою. Період спостереження складав 4 тижні. На початку ми порівнювали вплив препаратів ІГКС на стан та динаміку маркерів алергічного запалення IL-4 та IL-5 та динаміку клінічної симптоматики між двома підгрупами дітей основної групи, які приймали беклометазону дипропіонат та флутиказону пропіонат. Вплив на глюкокортикоїд-продукуючу функцію надниркових залоз здійснювали за допомогою вимірювання рівня базального кортизолу в плазмі крові до початку лікування та через 4 тижні методом конкурентного імуоферментного аналізу тестом Human Cortisol ELISA за допомогою мікропланшетного лічильного пристрою ELISA HUMAREADER. За клінічними формами, ступенем тяжкості БА, імунологічними показниками, показниками ФЗД, статтю групи були порівнюваними.

Виявлено достовірне збільшення IL-4 через чотири тижні від початку терапії беклометазону дипропіонатом ($p < 0,05$) з $22,13 \pm 4,46$ до $36,1 \pm 3,70$ та достовірне підвищення того ж показника при використанні флутиказону пропіонату з $22,15 \pm 3,64$ до $32,43 \pm 5,93$ ($p > 0,05$), показники залишалися у межах вікової норми.

В обох групах відмічено достовірне зниження IL-5 з $45,56 \pm 4,73$ до $10,61 \pm 3,54$ ($p < 0,05$) на беклометазону дипропіонаті та з $24,81 \pm 5,86$ до $14,72 \pm 2,33$ ($p < 0,05$) на флутиказону пропіонаті, що свідчить про порівнюваний ефект еквівалентних доз досліджуваних препаратів ІГКС. Рівень кортизолу незначно знизився з $168,58 \pm 28,37$ до $132,33 \pm 12,06$ мг/мл у дітей, які отримували беклометазону дипропіонат та з $132,1 \pm 14,36$ до $119,82 \pm 3,91$ мг/мл, у дітей, котрі отримували флутиказону пропіонат ($p > 0,05$).

Таким чином, препарати ІГКС беклометазону дипропіонат (беклазон-еко) та флутиказону пропіонат (фліксотид) однаковою дозою 100 мкг двічі на добу мають еквівалентний ефект на динаміку основних маркерів алергічного запалення – IL-4 і IL-5, суттєво зменшуючи гостроту запального процесу. Вищеназвані препарати дозою 100 мкг двічі на добу не порушують глюкокортикоїд-продукуючу функцію надниркових залоз, тобто мають високий профіль безпеки у базисній терапії бронхіальної астми у дітей.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ТРИ-ВІ ПЛЮС ТА ГЛІЦИРАМУ У ФАЗІ ЗАГОСТРЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

М.М. КАЛАДЗЕ, О.М. СОБОЛЕВА

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

Актуальними і перспективними є пошуки способів підвищення ефективності базисної терапії, тому що не завжди вдається отримати бажаний ефект від проведеного лікування.

На базі пульмонологічних відділень І дитячої міської клінічної лікарні та Республіканської дитячої клінічної лікарні м. Сімферополя було обстежено 70 дітей віком 7–14 років, які хворіють на БА різного ступеня тяжкості. Обстеження проводили у фазі загострення (післяприступний період, середня тривалість $5,1 \pm 0,4$ дня). Дітей було розподілено на групу порівняння – 40 осіб, які отримували базисну терапію, та основну групу – 30 хворих, яким додатково до препаратів базисної терапії призначали Три-Ві плюс і гліцирам. Тривалість лікування становила 14 днів.

Комплексні клініко-функціональні, лабораторні, гормональні, імунологічні й психологічні дослідження проводили в динаміці: при вступі до стаціонару (на 2–3-й день) і після закінчення повного курсу лікувальних заходів.

За період спостереження в обох групах відмічено позитивну динаміку, що проявлялось зменшенням добової кількості й тяжкості приступів, зменшенням або відсутністю нічних приступів, зменшенням інтенсивності кашлю і сухих хрипів в легенях при аускультатії. Обстеження хворих основної групи свідчило, що позитивний клінічний ефект спостерігався у 27 (90,0%) із 30 хворих на БА. При аналізі динаміки основних клінічних ознак у пацієнтів групи порівняння спостерігалась менш виражена динаміка, позитивний ефект відмічався у 31 (78,0%) дитини.

Після проведеного лікування в обох групах позитивна динаміка виражалась збільшенням рівня кортизолу і зниженням концентрації АКТГ, але тільки в основній групі дітей, зміни вмісту АКТГ були достовірними ($p < 0,05$). Також в основній групі, на відміну від групи порівняння, відновлювався зворотний зв'язок між рівнем кортизолу та АКТГ ($r = -0,705$; $p < 0,01$), що свідчить про репарацію внутрішнього механізму обмеження активності стрес-реалізуючої системи. В обох групах відмічалась односпрямована динаміка змін рівня мелатоніну. При практично незмінній нічній концентрації, добова знижувалась за рахунок зменшення денного рівня. Дані зміни були більш вираженими у дітей основної групи, однак не мали достовірного характеру. Призначення препаратів Три-Ві плюс і гліцираму практично не впливало на показники психологічного статусу і стан ВНС. В імунному статусі спостерігалось достовірне збільшення відносної кількості NK-клітин (CD16) ($p < 0,05$) та зниження абсолютної кількості В-лімфоцитів (CD22) ($p < 0,01$), рівня IgE ($p < 0,05$) і більш виражена тенденція до нормалізації рівня IgA. Дані зміни були більш вираженими завдяки дії препарату Три-Ві плюс, який містить основні мікроелементи, що нормалізують роботу імунної системи.

При зіставленні даних, що характеризують стан ФЗД, у дітей основної групи відмічалось достовірне поліпшення як об'ємних, так і швидкісних показників. Ймовірно, така динаміка була пов'язана з проти-

запальною дією препарату гліцирам (завдяки стимуляції кори надниркових залоз та збільшення продукції ендогенного кортизолу).

Доведено, що корекція стрес-опосередкованих змін ендокринної та імунної систем (з використанням препаратів Три-Ві плюс і гліцирам) дозволяє підвищити ефективність базисної терапії при загостренні БА у дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З РЕСПІРАТОРНИМ ХЛАМІДІОЗОМ

С.Г. ГАДЕЦЬКА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Обстежено 136 дітей із загостренням бронхіальної астми (БА) віком від 1 до 15 років, групу контролю склали 27 здорових дітей того ж віку.

Виявлено, що 85 (62,5%) дітей з бронхіальною астмою інфіковано *Chlamydophila pneumoniae*, у 63 (74,1%) з них відмічено активний перебіг інфекції і у 22 (25,9%) – латентний перебіг респіраторного хламідіозу (низькі титри специфічних IgG без зростання в динаміці). 51 дитина з БА, не інфікована *Chl. pneumoniae*, складала групу порівняння при оцінці особливостей перебігу «хламідійної» астми.

Результати спостережень свідчать про різний вплив генетичних чинників на розвиток БА у дітей. У дітей основної групи обтяжену за БА спадковість виявлено менш ніж у чверті хворих (20,0%), тоді як серед неінфікованих пацієнтів захворювання на астму родичів зустрічалось значно частіше – у 47,1% хворих, в той же час інші алергічні захворювання в сім'ях дітей обох груп зустрічалися з однаковою частотою – у 33,0 та 29,4% випадків відповідно. Негативний вплив таких чинників, як раннє штучне вигодовування, часті респіраторні інфекції і прояви atopії на першому році життя у декілька разів частіше визначалися в групі хворих без хламідійної інфекції ($p < 0,05$); у більш старшому віці в 2 рази частіше на респіраторні інфекції хворіли діти основної групи, причому більш ніж у половини з них захворювання протікали з ускладненнями ($p < 0,05$). Для дітей з БА, що протікає на тлі респіраторного хламідіозу, характерні менша частота і вираженість сенсibiliзації, за даними РГМЛ і клінічних проявів, при вищих лабораторних показниках (імуноглобулін Е, гістамін, серотонін); $p < 0,02$. Тригерами загострень у цих пацієнтів частіше є респіраторні інфекції і меншою мірою – причиннозначущі алергени ($p < 0,05$). Загострення захворювання у дітей з БА і респіраторним хламідіозом протікають з симптомами інтоксикації, реакцією лімфоїдної тканини верхніх дихальних шляхів, стійкими фізикальними змінами і зниженням функціональних показників, що зберігаються на тлі проведення базисної і бронхолітичної терапії ($p < 0,002$).

У всіх дітей з БА виявлялося підвищення рівня інтерлейкіну-4, більш виражене у пацієнтів з поєднанням астми і респіраторного хламідіозу, переважно за рахунок хворих з активним перебігом інфекції ($p < 0,05$). Вміст протизапального цитокіну – інтерлейкіну-10 в сироватці крові хворих з БА знижений порівняно зі здоровими дітьми ($p < 0,001$), меншою мірою – у пацієнтів з активним перебігом хламідійної інфекції ($p < 0,05$). У дітей з БА, незалежно від

інфікованості *Chl. pneumoniae*, виявлено значне підвищення сироваткового γ -інтерферону при одночасному зниженні рівня α -інтерферону, що полегшує інфікування цих дітей внутрішньоклітинними інфекціями.

Наявність активної хламідійної інфекції є показанням до призначення антибактеріальної терапії препаратами з групи макролідів у поєднанні з корекцією інтерферонового статусу препаратами α -інтерферону на додаток до базисної терапії БА. Пацієнти з латентним перебігом респіраторного хламідіозу потребують корекції інтерферонового статусу. Виявлення респіраторного хламідіозу, облік особливостей розвитку і перебігу БА у дітей на його фоні, використання додаткових лікувальних дій до базисної протизапальної терапії дозволяють істотно зменшити терміни госпіталізації, прискорити настання і збільшити тривалість і стійкість ремісії БА, що в цілому підвищує якість життя дітей.

СКЛАД КОНДЕНСАТУ ВИДИХУВАНОВОГО ПОВІТРЯ ТА ПОКАЗНИКИ ГІПЕРРЕАКТИВНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Т.М. ВОРОТНЯК

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Діагноз бронхіальної астми часто верифікують на підставі клінічної картини захворювання, проте її симптоми є неспецифічними й вимагають об'єктивізації. За сучасними даними літератури, в астмології наразі розробляється такий напрямок, як інфламатометрія, яка за допомогою об'єктивних та неінвазивних методів дозволяє дослідити ступінь запального процесу дихальних шляхів, врахування якого може досягти підвищення ефективності лікування бронхіальної астми. Однією з таких методик є дослідження складу конденсату видихуваного повітря, в якому визначаються маркери запалення, зокрема показники фібринолітичної активності, перекисного окислення білків, метаболіти оксиду азоту тощо.

Метою дослідження було вивчення особливостей показників гіперреактивності бронхів та складу конденсату видихуваного повітря у дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму.

Обстежено 14 дітей шкільного віку (середній вік $12,3 \pm 1,2$ року), які лікувались в алергопульмонологічному відділенні Обласної дитячої клінічної лікарні № 1. Всім дітям у період загострення проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження, що включало загально-клінічний, фізикальний та інструментальний (спірографія з фізичним навантаженням та бронходилатаційною пробою) методи дослідження. В конденсаті видихуваного повітря досліджували показники перекисного окислення білків, фібринолітичної системи та метаболіти оксиду азоту.

На підставі отриманих результатів відмічено, що середні показники неферментативної фібринолітичної активності склали $0,5 \pm 0,05$ мл/год (95% СІ $0,38-0,6$), середні показники азоальбуміну – $0,43 \pm 0,18$ мл/год (95% СІ $0,008-0,8$). Кореляційні зв'язки між вищевказаними показниками та індексом бронхоспазму виявилися достовірно високими – $0,85$ ($p=0,017$) та $0,8$ ($p=0,03$) відповідно. Середній показник вмісту оксиду азоту в легеновому експіраті

становив $0,15 \pm 0,02$ мкмоль/л (95% СІ 0,08–0,2), причому кореляційний зв'язок даного показника та індексу бронхоспазму виявився достовірно високим – 0,81 ($p=0,027$). Також відмічались високі кореляційні зв'язки між ферментативною фібринолітичною активністю (середні показники – $0,48 \pm 0,02$ мл/год (95% СІ 0,43–0,53) та оксидом азоту – 0,821 ($p=0,024$) й азоальбуміном та оксидом азоту 0,83 ($p=0,02$).

Таким чином, у дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, відмічались достатньо високі показники фібринолітичної активності, перекисного окислення білків та метаболітів оксиду азоту в кондесаті видихуваного повітря та супроводжувались високими прямопропорційними кореляційними зв'язками з індексом бронхоспазму, що слід враховувати при складанні базисної терапії бронхіальної астми.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СПІРОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ВИЯВЛЕННІ ТЯЖКОЇ ПЕРСИСТУЮЧОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

М.Н. ГАРАС, Й.Й. СІЛАДІ, С.Д. РЕВЕГА, Х.І. БОЙКО

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Виявлення підвищеної сприйнятливості бронхів у дітей спірографічними методами має клінічне значення в оцінці тяжкості захворювання, що визначає наступну диференційовану лікувальну тактику. Для оцінки гіперсприйнятливості дихальних шляхів використовують бронхопровокаційні тести: інгаляційний тест із серійним розведенням гістаміну (РС20Н) з обчисленням показників дозозалежної відповіді (ДЗВ) та дозозалежної кривої (ДЗК) та проба з дозованим фізичним навантаженням з наступним визначенням показника лабільності бронхів (ПЛБ) та його компонентів. В літературі інтерпретація їх результатів у педіатричній практиці є суперечливою, практично відсутня оцінка з позицій клінічної епідеміології.

Метою дослідження було зіставлення діагностичної цінності спірографічних показників у верифікації тяжкого персистуючого перебігу бронхіальної астми відносно середньотяжкого.

На базі пульмоалергологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні № 1 (м. Чернівці) з дотриманням принципів біоетики було обстежено 25 дітей шкільного віку з верифікованим діагнозом бронхіальної астми тяжкого ступеня та 20 – із середньотяжким перебігом. Для проведення тесту РС20Н використовували інгаляції двократних серійних розведень гістаміну, враховували концентрацію гістаміну, яка викликала зниження форсованого об'єму видиху за 1 с на 20%, обчислювали показники ДЗВ та ДЗК. При оцінці показника лабільності бронхів визначали вихідний показник форсованого об'єму видиху за 1 с (ФОВ1), а також цей показник після дозованого бігу та після двох інгаляцій салбутамолу з наступним визначенням ПЛБ та його складових: індексу бронхоспазму (ІБС) та індексу бронходилатації (ІБД). Враховували індекс тяжкості астми (ІТА) шляхом відношення зміни показника життєвої ємності легень до логарифму концентрації гістаміну, яка зменшує ФОВ1 на 20%. Результати аналізували методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Встановлено, що тест РС20Н у верифікації тяжко-

го перебігу астми відносно середньотяжкого (при розподільчій точці менше 0,5 мг/мл) має чутливість 71%, специфічність – 75%, позитивну передбачувальну цінність (ППЦ) – 74%, негативну передбачувальну цінність (НПЦ) – 72%; показник ДЗК (при розподільчій точці >3 ум. од.) складала відповідно: 65, 80, 65, 80% та ДЗВ (при розподільчій точці >10 ум. од.): 34, 96, 82 та 70%. Водночас ПЛБ (при розподільчій точці >30%) характеризується чутливістю 38%, специфічністю – 86%, ППЦ – 60%, НПЦ – 70%. Діагностична цінність ІТА (негативного) у виявленні тяжкого перебігу астми відносно середньотяжкого наступна: чутливість – 95%, специфічність – 51%, ППЦ – 54%, НПЦ – 94%.

Наведені результати дають підстави вважати, що для виявлення тяжкої бронхіальної астми як скринуючий спірографічний показник найбільш інформативним є кількість результатів ІТА з від'ємним значенням. Аналіз показників дозозалежної відповіді на інгаляції гістаміну за даними ДЗВ та ДЗК володіють високою специфічністю, проте часто супроводжуються хибнонегативними результатами, тому можуть використовуватися для підтвердження тяжкого перебігу астми лише в групі селективних хворих. Це ж стосується і ПЛБ, що має достатню специфічність, але більш ніж у половині випадків супроводжується хибнонегативними результатами. Проба РС20Н при обраній розподільчій точці володіє рівномірно вираженими усіма критеріями достовірного діагностичного тесту, проте з ймовірністю помилитися у кожного третього хворого.

АСОЦІАЦІЯ ТИПУ АЦЕТИЛЮВАННЯ ТА ІМУНОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ТЯЖКОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

С.І. ПРУНЧАК, О.О. ШАХОВА, Є.П. ОРТЕМЕНКА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Дослідження останніх років вказують на зростання частоти госпіталізацій з приводу бронхіальної астми, що пов'язано не стільки зі збільшенням кількості хворих, скільки із тяжчим перебігом захворювання. Тяжка бронхіальна астма в дітей характеризується непередбачуваним перебігом, оскільки адекватно підібрана терапія зазвичай не дає бажаного результату. Певною мірою тяжкість перебігу захворювання зумовлена особливостями запального процесу дихальних шляхів.

Метою роботи було дослідження імунологічних характеристик тяжкої бронхіальної астми в дітей з повільним та швидким типами ацетилювання. Було проведено комплексне клініко-імунологічне обстеження I–II рівня 49 дітей, хворих на тяжку бронхіальну астму. Сформовано дві клінічні групи: I група – 33 пацієнти з повільним типом ацетилювання, II група – 16 дітей зі швидким ацетиляторним фенотипом.

Аналіз отриманих результатів показав, що в пацієнтів I клінічної групи спостерігалася виражена здатність до стимуляції нейтрофільних гранулоцитів крові, що полягало у достовірно вищих показниках індексу стимуляції нейтрофілів ($2,1 \pm 0,3$ ум. од.), ніж у дітей II групи – $1,3 \pm 0,2$ ум. од. ($p < 0,05$). Відносний ризик активації нейтрофільних гранулоцитів вище середньогрупових значень, за даними індексу

стимуляції, у пацієнтів із повільним типом ацетилювання по відношенню до швидких «ацетиляторів» становив 2,2 [95% ДІ: 1,1–4,6], при відношенні шансів 2,6 [95% ДІ: 1,3–5,2].

Таким чином, у хворих із повільним типом ацетилювання показники ризику розвитку тяжкої астми асоціюють із даними ЦХК НСТ-тесту та індексом стимуляції нейтрофілів, що, на нашу думку, пов'язано з вираженою активацією нейтрофільних гранулоцитів та їх участю в розвитку запального процесу бронхів, а також відображає так званий нееозинофільний варіант запального процесу.

Поряд з цим, відмічено переважання класичного еозинофільного варіанту запалення у пацієнтів зі швидким ацетиляторним фенотипом. Так, показники ризику розвитку тяжкої астми при активації еозинофільних гранулоцитів за результатами ЦХК НСТ-тесту в швидких «ацетиляторів» було вищим та дорівнювали: $BP=1,7$ [95% ДІ: 1,1–2,8] при $VШ=2,3$ [95% ДІ: 1,1–3,9]. В представників групи порівняння вони склали: $BP=0,9$ [95% ДІ: 0,5–1,4] при $VШ=0,8$ [95% ДІ: 0,4–1,5].

Таким чином, наявність фенотипу повільних «ацетиляторів» припускає розвиток переважно нейтрофільного варіанту запального процесу, що, ймовірно, зумовлює тяжчий перебіг захворювання. За наявності швидкого типу ацетилювання, скоріш за все, в пацієнтів виражений еозинофільний компонент запального процесу дихальних шляхів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ПРОТИРЕЦИДИВНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З РІЗНИМИ ТИПАМИ АЦЕТИЛЮВАННЯ

С.І. ПРУНЧАК, У.І. МАРУСИК

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

За рекомендаціями провідних фахівців, розроблено та стандартизовано сучасні протоколи лікування бронхіальної астми – Наказ МОЗ України № 767 від 27.12.2005, GINA-2006, згідно з якими вибір комплексу лікування визначається тяжкістю захворювання та його періодом. Стратегія лікування, в цілому, передбачає зниження частоти й тяжкості загострень, забезпечення повноцінного способу життя та досягнення позитивних зрушень щодо прогнозу перебігу захворювання.

Слід зазначити, що основними засадами лікування БА у дітей є використання базисної терапії, яка проводиться тривало, з урахуванням ступінчастого підходу до призначення лікарських засобів і залежить від тяжкості захворювання.

Метою роботи була оцінка ефективності використання інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС) як базисної протирецидивної терапії у дітей, хворих на бронхіальну астму з різними типами ацетилювання. В умовах пульмонологічного відділення ОДКЛ № 1 м. Чернівці проведено клініко-імунологічне обстеження I–II рівня 118 дітей, хворих на бронхіальну астму. Сформовано дві клінічні групи: I група – 68 пацієнтів з повільним типом ацетилювання, II група – 50 дітей зі швидким ацетиляторним фенотипом.

Аналіз отриманих даних показав, що у I клінічній групі частота призначення ІГКС становила 59,7% ви-

падків, а у хворих II групи – 52,0% ($p_0 > 0,05$). Водночас, за тяжкої астми в хворих із повільним типом ацетилювання достовірно частіше застосовували дані препарати, що становило 84,5% випадків, а в групі порівняння – 67,5% ($p_0 < 0,05$). Поряд із цим, частота нападів астми на фоні призначення базисної терапії в пацієнтів груп порівняння була однаковою та дорівнювала $7,3 \pm 0,4$ та $7,3 \pm 0,8$ випадку/рік ($p > 0,05$). Проте в пацієнтів з повільним типом ацетилювання напади астми були тяжчими та асоціювалися з переважною стимуляцією нейтрофільних лейкоцитів крові, що вимагало частішого стаціонарного лікування. У представників груп порівняння відмічали переважно класичний еозинофільний варіант запального процесу. Так, показники ризику зменшення частоти госпіталізацій до 2,5 разу/рік при призначенні ІГКС як протирецидивної терапії пацієнтам зі швидким типом ацетилювання по відношенню до повільних «ацетиляторів» становили: $vr=1,6$ [95% ДІ: 0,9–4,8] при відношенні шансів 1,8 [95% ДІ: 1,1–6,7].

Таким чином, використання ІГКС як базисної протизапальної терапії було більш ефективним у пацієнтів зі швидким ацетиляторним фенотипом. Враховуючи ймовірність нейтрофільного типу запалення бронхів за наявності повільного типу ацетилювання, вважалось доцільним включати до комплексу стандартного базисного лікування цих хворих препарат, який посилює протизапальний ефект ІГКС, незалежно від типу запальної реакції дихальних шляхів. Застосування двічі сліпого рандомізованого дослідження показало, що використання з цією метою нуклеїнату-цито в 30 дітей, хворих на бронхіальну астму, не виявило побічних ефектів та свідчило про посилення протизапальної дії комплексної терапії.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ В ОПТИМІЗАЦІЇ БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

В.В. ПОЛЯКОВ, Г.Р. МУРАТОВ, Г.С. СЕНАТОРОВА*

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Харків.

*Харківський державний медичний університет

Бронхіальна астма у дітей (БА) – це захворювання, в тлі якого знаходиться хронічне алергічне запалення бронхів. Рання діагностика та своєчасний початок адекватної терапії, регулярний спірометричний контроль дуже необхідні для запобігання формуванню незворотних змін в дихальних шляхах, інвалідності та смертності від бронхіальної астми.

Метою роботи було удосконалення контролю базової терапії БА у дітей на підставі дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД).

Параметри базової терапії БА: тривалість, режими дозування, порівняльна оцінка комбінованої терапії (Серетидом) та монотерапії інгаляційними стероїдами (ІГКС).

Оцінку ФЗД проводили методом пневмотахіграфії з визначенням показників швидкості видиху (ОФВ1, MEF 75-25) у відсотках від належних показників та визначенням показника в'язкісного дихального опору методом форсованих осциляцій (RFO).

Під спостереженням знаходилося 57 дітей віком від 7 до 18 років, хворих на бронхіальну астму середнього й тяжкого ступенів тяжкості. 28 дітей приймали Серетид, 29 – монотерапію флютиказоном або

бекламетазоном дозами відповідно до ступеня тяжкості. Контроль ФЗД проводили раз на тиждень на 8–12-му тижнях базисної терапії БА. У групі дітей, які приймали Серетид, середні показники ФЗД склали: ОФВ1 – $94 \pm 3,1$, МEF50 – $88 \pm 2,1$, МEF25 – $82 \pm 3,4$, RFO – $0,72 \pm 0,12$. Показники швидкості видиху в межах норми за помірного підвищення показника в'язкісного дихального опору – RFO. Повний контроль за перебігом бронхіальної астми проведено у 86% дітей. У групі дітей, які приймали монотерапію ІГКС, середні показники ФЗД склали: ОФВ1 – $88 \pm 2,1$, МEF50 – $82 \pm 2,1$, МEF25 – $76 \pm 2,2$, RFO – $0,82 \pm 0,008$. Прокідність дистальних відділів дихальних шляхів (MEF25) була дещо зниженою при більш значному підвищенні показника в'язкісного дихального опору. Повний контроль за перебігом БА проведено у 58% дітей.

Отже, вивчення ФЗД є об'єктивним методом контролю перебігу бронхіальної астми у дітей. У періоді ремісії БА, особливо у дітей з тяжким перебігом захворювання, визначаються порушення прохідності дистальних відділів дихальних шляхів. За допомогою вивчення ФЗД виявлено перевагу базисної терапії комбінованим препаратом Серетид над монотерапією інгаляційними кортикостероїдами.

РАННЯ ДІАГНОСТИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Е.В. РУЗАНОВА, О.Л. ТИМЧИШИН, О.В. ЗУБАРЕНКО

Одеський державний медичний університет

В останні десятиріччя відмічається значне зростання захворюваності на бронхіальну астму у дітей. Зростання числа хворих з бронхіальною астмою викликало необхідність розробки комплексу діагностичних та лікувальних заходів. Залишається відкритим питання щодо впливу як самого захворювання, так і необхідних заходів ефективного контролю над ним на кісткову тканину пацієнта.

Метою роботи було вивчення структурно-функціональних порушень кісткової тканини у дітей з бронхіальною астмою та зіставлення результатів, які було отримано при різних методах дослідження.

Обстежено 50 дітей, серед яких основну групу склали 40 дітей з бронхіальною астмою віком від 9 до 15 років, давністю захворювання від 2 до 5 років; контрольну – 10 практично здорових дітей.

План обстеження включав наступні лабораторні (лазерно-кореляційна спектроскопія сироватки крові, яка дозволяє визначати співвідношення часток, які розсіюють світло залежно від їх гідродинамічного радіуса та виявляти характер метаболічних змін в організмі) та інструментальні (ультразвукова комп'ютерна денситометрія (УКД), визначення таких параметрів, як швидкість поширення ультразвуку через кістку, яка залежить від її щільності та еластичності; широкосмугове ослаблення ультразвуку через кістку, яке відображає характеристику трабекул; індекс міцності кістки, який відображає щільність трабекулярної кісткової тканини) методи дослідження.

При УКД обстеженні п'яткової кістки у дітей з бронхіальною астмою зниження мінеральної щільності кісткової тканини спостерігалось у 30 (75,0%) хворих. В тому числі у 22 (55,0%) пацієнтів було визна-

чено остеопенію, яка при ЛКС-метрії характеризувалася переважно катаболічними (60,0%) та частково дистрофічними (30,0%) зрушеннями у ЛК спектрах. У 8 (20,0%) хворих визначено ознаки остеопорозу, які характеризувалися переважно дистрофічними зрушеннями в ЛК спектрах сироватки крові (70,0%).

Таким чином, початкова стадія структурно-функціональних порушень кісткової тканини (остеопенія) при УКД характеризувалася переважно катаболічними зрушеннями при лазерно-кореляційній спектроскопії сироватки крові. Тяжка стадія структурно-функціональних порушень кісткової тканини (остеопороз) при УКД характеризувалася переважно дистрофічними зрушеннями при лазерно-кореляційній спектроскопії сироватки крові.

Отже, різними методами дослідження структурно-функціональні порушення кісткової тканини було визначено у 75% хворих з бронхіальною астмою, що зумовлює доцільність цього комплексу лабораторних та інструментальних методів дослідження для ранньої діагностики структурно-функціональних порушень кісткової тканини у дітей з бронхіальною астмою.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПЕНТОКСИФІЛІНУ В ДІТЕЙ У ФАЗІ РЕМІСІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

С.В. ТРИШИНА, Т.В. СЕМЕНЧУК, Н.В. НІКІТИНА,
І.В. СИНЦОВА, І.Н. НІКОЛЕНКО

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

Ураховуючи здатність пентоксифіліну потенціювати регенерацію, було вивчено особливості репаративного процесу в дітей, хворих на бронхіальну астму (БА) у фазі ремісії в динаміці лікування цим препаратом.

Під спостереженням перебувало 45 дітей, хворих на БА у фазі ремісії, віком від 8 до 14 років, які проходили курс реабілітаційної терапії в пульмонологічних клініках м. Сімферополя й санаторіях Криму. Основну групу склали 23 дитини з персистуючою БА легкого перебігу, контрольну – 22 дитини з аналогічним захворюванням. Всім дітям призначали стандартний комплекс лікування (інгаляції, масаж, ЛФК). Хворі діти основної групи, крім традиційного санаторного лікування, приймали пентоксифілін по 100 мг тричі на день після їди протягом 8 днів. Побічних реакцій не зареєстровано. Цитохімічно визначали активність мітохондріальних ферментів (лактатдегідрогенази й сукцинатдегідрогенази), які є маркерами репаративного процесу. Обстеження проводили двічі: до початку лікування й при виписці. Для верифікації нормальних величин обстежено 20 здорових дітей віком від 8 до 14 років. Оцінку впливу пентоксифіліну проводили в процесі зіставлення з показниками ферментів лімфоцитів хворих дітей, які не лікувалися вищевказаним препаратом. Обчислення проводили в рамках стандартних математичних пакетів прикладних програм «Statistika» статистичного аналізу програми Microsoft Excel 97, за допомогою IBM PENTIUM II DI MMX.

Отримані результати свідчать, що для дітей, які хворіють на персистуючу БА легкого перебігу, характерний дисбаланс ферментних систем лімфоцитів периферичної крові (дискретність ЛДГ і СДГ), що

побічно свідчить про неадекватність імунних реакцій за участю цих кліток, а також процесів репарації бронхолегеневої тканини. Терапія пентоксифіліном сприяє відновленню фізіологічної активності СДГ і ЛДГ лімфоцитів крові в дітей у фазі ремісії персистуючої БА легкого перебігу.

Таким чином, включення пентоксифіліну, що нормалізує процеси мікроциркуляції, до лікувального комплексу при БА доцільно у фазі ремісії цього захворювання на етапі реабілітації.

СИСТЕМНІ ПРОЯВИ ТА СИСТЕМНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

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

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

Нами обстежено 878 дітей (7–15 років) в фазі ремісії бронхіальної астми (БА). Досліджували стан основних регуляторних систем організму, з огляду на гетерогенність супутніх системних порушень, що зумовлюють персистуючий перебіг БА. Зокрема: взаємозв'язок основних змін всіх ланок адаптивного імунітету та гуморального антиендотоксичного імунітету (імуноглобуліни А, М та G, специфічні до ліпополісахариду (ЛПС) кишкової палички, відповідно анти-ЛПС-IgA, анти-ЛПС-IgM та анти-ЛПС-IgG); компонентів стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої систем; вегетативного гомеостазу, етологічних показників та нейротрансмітерів (β -ендорфін); факторів апоптозу (CD95, МНС-I, МНС-II, Annexin V); ендогенної інтоксикації (МСМ); фізичного розвитку дітей та ТФР- β ; Са-залежних механізмів репарації, структурно-функціонального стану кісткової тканини.

Встановлено, що у дітей з персистуючим перебігом БА при досягненні контролю за симптомами хвороби зберігаються імунологічні порушення: на тлі підвищеного рівня CD22, IL-4, IgE і зниженого рівня CD3, CD4, CD8, CD16, ФІ, ФЧ, ПЗФ, стимульованого НСТ-тесту ($p < 0,05$) та тенденції до зниження загальних IgG, IgM, спонтанного НСТ-тесту нами виявлено зниження резервів зв'язування ЛПС (зниження анти-ЛПС-IgM і анти-ЛПС-IgG; $p < 0,05$), а також зростання медіатора апоптозу CD95, Annexin V і фактора антигенного презентування МНС-II та зниження протиапоптотичного захисту (МНС-I; $p < 0,05$), підвищений рівень МСМ, високий та середній рівень тривожності й емоційної лабільності, парасимпатичний вплив на вегетативну регуляцію, порушення кальцієвого гомеостазу і Са-залежних механізмів репарації респіраторного тракту, різного рівня прояви остеопенії. Виявлено знижений рівень ТФР- β , а у 27% дітей з БА – дисгармонійний фізичний розвиток, близько 40% дітей мали порушення ПОШв, ОФВ1. При кількісному і якісному аналізі етіологічних ознак, психологічного стану та статевого розвитку виявлено розбіжності залежно від віку дитини та стажу хвороби. Встановлено порушення кількісної продукції та циркадіадного ритму секреції мелатоніну, залежність стану ендокринної та імунної систем від цих змін. Системні порушення сприяли зміні імунного статусу хворих на БА та персистуючому перебігу хвороби.

На тлі базисної терапії нами запропоновано методи диференційованої корекції домінуючих системних порушень. Встановлено комплексну регулюючу дію санаторно-курортної реабілітації на еваторійському курорті (з використанням методу БРВС), антигомтоксичної терапії (Мукоза композитум, Бронхаліс-Хеель, Лімфоміозот), ентеросорбції, антиоксидантів, препаратів кальцію, адаптогенів, метаболічної терапії. Розроблено практичні рекомендації щодо застосування цих методів на тлі базисної терапії.

Таким чином, при реабілітації дітей з БА слід враховувати поліморфізм проявів БА у дітей, що мають суттєвий вклад в персистуючий перебіг хвороби. Диференційована корекція домінуючих системних порушень суттєво підвищує ефективність базисної терапії, оскільки дозволяє досягти не тільки клінічної, але й імунологічної ремісії.

ГУМОРАЛЬНА СИСТЕМА ЕЛІМІНАЦІЇ ЕНДОТОКСИНУ І ЗАГАЛЬНИЙ ІМУНІТЕТ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

М.М. КАЛАДЗЕ, А.В. ЮР'ЄВА

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

Незважаючи на успіхи сучасної алергології у вивченні клінічної, морфологічної, імунологічної сутності запального процесу при бронхіальній астмі (БА), причини персистенції запалення дихальних шляхів залишаються недостатньо вивченими. Одним із механізмів формування і персистуючого перебігу БА є розвиток імунної відповіді за Th2 типом під впливом бактеріального ліпополісахариду (ЛПС), що називається також ендотоксином (ЕТ). Реалізації патологічної дії ЕТ сприяють зниження бар'єрних функцій слизових оболонок респіраторного і травного тракту та порушення функції скавенджер-рецепторів імунокомпетентних клітин. Шляхи взаємодії та керування адаптивною імунною відповіддю з боку природженої імунної системи складні й до кінця не вивчені.

Обстежено 125 дітей віком 11–15 років, які хворіють на БА. Окрім показників загального адаптивного імунітету, досліджували гуморальний антиендотоксичний імунітет як фактор природженого імунітету (IgA, IgM та IgG, специфічні до ЛПС кишкової палички, відповідно анти-ЛПС-IgA, анти-ЛПС-IgM та анти-ЛПС-IgG).

Кореляційний аналіз показав, що достовірно підвищений рівень анти-ЛПС-IgM при загостренні легкої та середньотяжкої персистуючої БА як до, так і після базисного лікування, достовірно корелював з підвищенням рівня загального IgM ($r=0,515$), а знижений рівень анти-ЛПС-IgG до початку і після лікування був пов'язаний зі зниженням пулу регуляторних лімфоцитів CD4+ ($r=0,357$) і зниженням фагоцитарної активності нейтрофілних гранулоцитів ФЧ ($r=0,348$). Поза періодом загострення численні кореляційні зв'язки достовірно зниженого рівня анти-ЛПС-IgM з вивчуваними показниками свідчили про негативний вплив на стан адаптивного імунітету: CD3+ ($r=0,498$), CD4+ ($r=0,335$), CD8+ ($r=0,601$), IgM ($r=0,470$) і IgG ($r=-0,521$), CD20+ ($r=-0,661$). Негативний вплив на стан окремих показників загального імунітету мав і достовірно знижений рівень

анти-ЛПС-IgG, про що свідчили сильний прямий зв'язок з ПЗФ ($r=0,775$) і слабка зворотна кореляція з CD4+ ($r=-0,490$). Найбільше значення мала наявність прямих кореляційних зв'язків дефіциту АЕА (анти-ЛПС-IgM і анти-ЛПС-IgG) зі зниженим рівнем пулу регуляторних CD4+, що підтверджувало участь ендотоксину і порушень його елімінації в патогенезі основних імунних порушень при БА у дітей.

Таким чином, зниження резервів зв'язування ЛПС кишкової палички АЕА було зв'язуючою ланкою в формуванні імунних порушень та підтверджувало участь ЛПС в патогенезі БА у дітей. У групах дітей, які отримували терапію, спрямовану на зниження ендотоксिनної агресії, нормалізація рівнів анти-ЛПС-IgM і анти-ЛПС-IgG супроводжувалась оптимізацією загального імунітету. Катамнез спостережень за досягненням і тривалістю ремісії під впливом базисної терапії та її комбінації з Мукозою композитум (основна група) показали, що стану клінічної ремісії досягли всі діти основної групи і 66,7% дітей контрольної групи. Хороший лікувальний ефект зберігався протягом 3-х місяців у всіх дітей основної групи і у 70% дітей контрольної групи, що дозволило зменшити об'єм терапії. Протягом 6 місяців лікувальний ефект був стійким у 80% дітей основної групи, а серед дітей контрольної групи ремісія зберігалась у 55%. Значущим є і той факт, що протягом 6 місяців спостереження у жодної дитини основної групи не було загострень супутніх захворювань органів травлення. Відновлення до фізіологічного рівня АЕА сприяло не тільки досягненню періоду ремісії, але й збільшенню її тривалості.

СУЧАСНЕ БАЧЕННЯ МЕТОДІВ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Н.В. БАНАДИГА, І.О. РОГАЛЬСЬКИЙ, А.В. ВІТОЛЬ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Увага до проблеми бронхіальної астми (БА) в дитячому віці не зменшується попри значну кількість наукових розробок та клінічних досліджень. Тривогу батьків викликає група моментів у веденні хворих: тривалість та склад терапії, прогноз; віддалені наслідки, в т. ч. побічні ефекти медикаментів; якість життя тощо. А тому віддаючи належне значному прогресу у лікуванні дітей із БА, завдяки запровадженню ступінчастого підходу до базисної, тривалої бронходилататорної терапії, залишається необхідність індивідуального підходу до кожного пацієнта при вирішенні лікувальної, профілактичної, реабілітаційної тактики.

Узагальнюючи досвід спостереження за дітьми із БА шкільного віку ($n=129$), ми дійшли висновку, що труднощі у лікаря не зменшуються. У згаданій групі переважав персистуючий (79,1%) перебіг середньотяжкого ступеня (63,7%). Комплексне обстеження показало, що у 1/4 хворих виявлено вогнища хронічної інфекції, у 23,2% – хронічну патологію гепатобіліарної системи, у 22,5% – сколіоз різного ступеня, та лише 18,6% пацієнтів мали сповільнений фізичний розвиток. Дослідження стану імунологічної рівноваги виявило, що загострення БА перебігає на фоні дефіциту Т-ланки імунітету. Передусім, зменшується кількість CD₃ ($p<0,05$), а також порушується спів-

відношення між окремими субпопуляціями. Зокрема, діагностовано зменшення вмісту CD₈ ($p<0,005$) за фізіологічного рівня CD₄ ($p>0,05$), що є вихідним для розвитку алергічних реакцій. Здавалося б, закономірними є високі рівні IgE у крові хворих на БА. Однак найвищих значень IgE досягав при інтермітуючій формі ($99,00\pm 12,25$ МО, $p<0,01$). Рівень IgA мав тенденцію до зниження, а глибина його дефіциту зростала паралельно із тяжкістю перебігу ядухи. Зокрема, при I ступені IgA досягав $1,69\pm 0,15$ г/л ($p>0,05$), а при IV ступені – $1,41\pm 0,09$ г/л ($p<0,05$).

Важливим є розуміння сутності ремоделювання бронхів, адже саме від цього залежить ступінь порушення функції органів дихання. Загострення БА супроводжується активацією запальних механізмів з ініціацією метаболізму сполучної тканини. Визначення оксипроліну в крові демонструє істотно високий його рівень ($p<0,05$), що не залежить від ступеня тяжкості ядухи. Водночас вивчення активності запального компонента на прикладі гострофазового білка – церулоплазміну з'ясувало, що існує залежність між тяжкістю перебігу БА та глибиною запалення. Так, при персистуючій БА легкого ступеня церулоплазмін досягав $440,00\pm 37,86$ мг/л ($p<0,001$), а при тяжкому перебігу – $359,59\pm 31,78$ мг/л, що в обох випадках істотно перевищувало значення у здорових дітей. Проте вищі значення церулоплазміну при БА I ступеня нашоухують на думку про те, що тяжкий перебіг хвороби визначається значною дестабілізацією сполучнотканинного комплексу бронхів, а фіброзно змінені ділянки супроводжуються меншою інтенсивністю запалення.

Зважаючи на фоновий стан та діагностовані імунологічні зміни, пацієнти потребують цілеспрямованої реабілітації. На сучасному етапі широкий асортимент фармацевтичного ринку спонукав до не завжди виправданого застосування медикаментів. У разі БА існує реальна небезпека додаткової сенсibiliзації ліками. А тому при санації вогнищ хронічної інфекції перевагу слід віддавати фітотерапії (за можливості місцевого застосування), засобам фізіотерапії; які водночас спричиняють слабкий імунomodulatory ефект. Належне місце займають неспецифічні впливи на імунологічну резистентність – загартовування дитини незалежно від пори року, заняття ЛФК, дихальною гімнастикою.

КОМБІНОВАНІ ПРЕПАРАТИ (РИНОСТОП) В ТЕРАПІЇ АЛЕРГІЧНИХ РИНИТІВ У ДІТЕЙ

С.В. ВРУБЛЕВСЬКА, І.В. ПАЩЕНКО, О.С. КРУТЬ

Запорізький державний медичний університет

Останнім часом у схемах терапії алергічного риніту використовуються назальні топичні глюкокортикостероїди, антигістамінні та зволожуючі засоби. Проте не всі питання вирішено. Результати нашого попереднього дослідження показують, що супутня ЛОР-патологія досить часто ускладнює перебіг алергічного риніту у дітей, а саме: катаральний синусит (26,66%), середній секреторний отит (16,66%), гнійний синусит (20,0%). Саме набряк слизової оболонки порожнини носа призводить до порушення вільного виходу секрету навколоназальних пазух та середнього вуха і, як наслідок, швидкої появи ускладнень алергічного риніту у вигляді секреторного середньо-

го отиту та катарального синуситу. Проте назальні топичні глюкокортикостероїди починають діяти тільки через 6 годин після використання, а антигістамінні препарати не впливають на набряк слизової оболонки носа.

Для досягнення швидкого ефекту та передбачення ускладнень у вигляді синуситів та отитів ми пропонуємо призначати комбіновані препарати (Риностоп), які містять псевдоефедрин та хлорферамін – антигістамінний препарат поєднано зі стандартною протизапальною терапією (бекламетазону дипропіонат), але коротким курсом (протягом 5–7 днів).

Нами було обстежено 64 хворих дітей із середньотяжким і тяжким перебігом алергічного риніту віком від 7 до 14 років, яким призначали зазначені препарати. Контрольну групу склали 18 дітей, які отримували протягом лікування монотерапію бекламетазону дипропіонатом.

Результат терапії оцінювали за наступною схемою: добрий результат – відсутність скарг у хворого, відсутність ознак запалення при риноскопії, нормалізація лабораторно-інструментальних показників (загальноклінічних аналізів, показників цитологічного дослідження назального секрету, ринопневмометрії, риноскопії) до кінця 2-го тижня терапії; задовільний результат – залишаються скарги на періодичну закладеність носа ввечері чи вранці,

нормалізація лабораторно-інструментальних показників після 3-го тижня терапії; незадовільний результат – відсутність ефекту від терапії даного ступеня тяжкості протягом 3 днів, недостатній ефект протягом 7-ми днів.

В результаті дослідження добрий результат отримано у 53 (82,36 %) дітей; задовільний – у 9 (14,70%); незадовільний – у 2 (2,94 %). В контрольній групі добрий результат був у 38,88% пацієнтів, задовільний – у 38,88%, незадовільний – у 22,22% дітей з тяжким перебігом алергічного риніту. Такі симптоми захворювання, як закладеність носа та ринорея при комбінованій терапії зникають достовірно швидше, ніж при монотерапії назальним глюкокортикостероїдом ($p < 0,05$).

Таким чином, у схемі лікування алергічного риніту у дітей, на наш погляд, повинні використовуватися деконгестанти, як препарати, що найшвидше знімають набряк слизової оболонки носа. Використання комбінації псевдоефедрину та хлорфенаміну (Риностоп) у поєднанні з назальним топичним глюкокортикостероїдом забезпечує швидкий клінічний ефект та передбачає ускладнення. Оптимізація лікування алергічного риніту залежно від тяжкості перебігу алергічного процесу дозволить поліпшити результати лікування та сприятиме досягненню стійкої ремісії у хворих.

Актуальні питання діагностики та лікування захворювань органів дихання у дітей

ЗНАЧЕННЯ НЕДОСТАТНОСТІ АНТИТРИПТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ КРОВІ У РОЗВИТКУ І ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ

О.Л. ЦИМБАЛИСТА, Н.М. ФОМЕНКО, В.Б. ДЕХТЯР,
Т.Г. БЕРЕЗНА, О.С. БОБРИКОВИЧ

Івано-Франківський державний медичний університет

Наводимо результати обстеження та лікування 247 дітей віком від 7 до 13 років з хронічними гнійними захворюваннями легень, в тому числі 104 – з бронхоектатичною хворобою, 103 – з аномаліями розвитку бронхолегеневої системи і 40 – з хронічним бронхітом. Діти вступали на лікування в період загострення захворювання: виражені симптоми гнійної інтоксикації, наростання кашлю з виділенням гнійного мокротиння, періодично повним ротом. Стигми дизембріогенезу, деформацію грудної клітки виявлено у більшості дітей.

При рентгенологічному дослідженні, крім запальної інфільтрації легеневої тканини, діагностовано різною мірою виражений дифузний крупно- і дрібнопетлистий та локальний пневмофіброз, фіброзні зміни плеври, емфізему легень, ознаки перевантажень правих відділів серця і легеневої гіпертензії. Двобічні дифузні форми гнійного ендобронхіту в 2 рази частіше зустрічались у дітей з аномаліями розвитку бронхолегеневої системи порівняно з бронхоектатичною хворобою. Суттєвої різниці між поширеністю гнійного запалення трахіобронхіального дерева у дітей з хронічним бронхітом і бронхоектатичною хворобою не виявлено. Рівень α_1 -антитрипсину (α_1 -АТ) сироватки крові був зниженим у всіх дітей як з хронічним бронхітом, бронхоектатичною хворобою ($1,03 \pm 0,1$ г/л), так і з аномаліями розвитку ($0,92 \pm 0,03$ г/л) з високою різницею між ними ($p < 0,001$). Зниження рівня α_1 -АТ у дітей з бронхоек-

татичною хворобою і хронічним бронхітом на рівні 1,0–1,4 г/л мало місце у 68,0%, 0,7–0,99 г/л – у 29,0% і $\leq 0,7$ г/л – у 3,0% пацієнтів. У дітей з аномаліями розвитку зниження антитриптичної активності сироватки крові було більш вираженим: відповідно у 37,7, 54,8 і 7,5% ($p < 0,001$).

Необхідно зазначити, що у дітей з аномаліями розвитку бронхолегеневої системи в групі з найнижчим рівнем α_1 -АТ спостерігались дуже низькі його показники (0,2–0,3 г/л). Порівняльний аналіз перебігу захворювання виявив, що в міру зниження рівня α_1 -АТ наростає тяжкість, частота загострень з торпідним перебігом дифузних форм гнійного ендобронхіту. Відповідно у цих дітей швидше виявляються ознаки пневмофіброзу, емфіземи легень і легеневої гіпертензії. Як правило, у цих дітей не досягнуто повноговилікування гнійного ендобронхіту після комплексного лікування з використанням повторних бронхоскопій, антибактеріальної (з урахуванням антибіотикограми) та патогенетичної терапії. У цієї категорії дітей рідше ($p < 0,01$) спостерігалась стійка ремісія протягом 1–1,5 року після лікування. При повторних триразових курсах лікування з інтервалом 1–1,5 року у всіх дітей залишається зниженим рівень α_1 -АТ. Переважно у них зберігається гнійний ендобронхіт. Спостерігається прогресування пневмофіброзу, емфіземи та легеневої гіпертензії, підтвердженням чого є наростання проявів вентиляційної недостатності за даними спірографії, прогресування регіональних порушень вентиляції й кровоплину в легенях за даними радіопневмографії.

Отже, недостатність α_1 -АТ є одним із важливих чинників хронізації бронхолегеневих захворювань у дітей, тяжкого прогресуючого їх перебігу з раннім формуванням ускладнень, що в сукупності визначає інвалідність та соціальну дизадаптацію в дитячому віці.

РОЛЬ ВНУТРІШНЬОКЛІТИННИХ ІНФЕКЦІЙ В ГЕНЕЗІ РЕЦИДИВУЮЧОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ

Є.І. ЮЛІШ, І.В. БАЛИЧЕВЦЕВА, С.Г. ГАДЕЦЬКА,
С.І. ВАКУЛЕНКО

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Рецидивуючий обструктивний бронхіт, що є нерідко дебютом бронхіальної астми, займає значуще місце в структурі бронхолегеневих захворювань у дітей і розвивається, за даними різних авторів, у 26–55% дітей, госпіталізованих з приводу респіраторних інфекцій. Останніми роками серед вірусних агентів, здатних викликати синдром бронхіальної обструкції, важливе значення надається опортуністичним інфекціям, зокрема, цитомегаловірусній інфекції (ЦМВІ), вірусу простого герпесу (ВПГ), вірусу Епштейна-Барр (ВЕБ), *Mycoplasma pneumoniae* і *Chlamydiae pneumoniae*. Метою даної роботи було вивчення впливу внутрішньоклітинних інфекцій (ЦМВІ, ВЕБ, ВПГ, *M. pneumoniae* і *Chl. pneumoniae*) на генез рецидивуючого перебігу обструктивного бронхіту та особливості імунної відповіді у дітей раннього віку. Під спостереженням знаходилися 62 дитини віком від 6 місяців до 4 років з клінічними проявами рецидивуючого обструктивного бронхіту (частота епізодів обструкції більше 3 разів на рік). У віці від 6 місяців до 1 року було 7 дітей, від 1 року до 2 років – 10, від 2 до 3 років – 29, від 3 до 4 років – 16 пацієнтів. При проведенні дослідження використовували загальноклінічні методи, оцінювали інтерфероновий статус (ІФН- α і ІФН- γ), проводили визначення рівня загального ІgЕ, діагностику внутрішньоклітинних інфекцій здійснювали шляхом виявлення ДНК збудників в слизі із зівом методом полімеразної ланцюгової реакції та визначення специфічних імуноглобулінів в сироватці крові імуноферментним методом. Інфікування внутрішньоклітинними збудниками було виявлено у 33 (53,2%) дітей з рецидивуючим обструктивним бронхітом. Групу порівняння складали 29 неінфікованих дітей. В результаті вивчення етіології інфекційного процесу у пацієнтів першої групи було відмічено, що лише в 3 (9,1%) випадках визначався один конкретний збудник (ЦМВІ або ВЕБ), у решти пацієнтів спостерігалася поєднання декількох збудників. Цитомегаловірусну інфекцію діагностовано у 15 (45,5%) пацієнтів, на другому місці за частотою виявлення у обстежених дітей знаходився вірус ВЕБ у 14 дітей, або 42,4%). На третьому місці перебували *M. pneumoniae* і *Chl. pneumoniae* (у 5 пацієнтів, або 15,2%). Найрідше діагностувалася інфекція, викликана вірусами простого герпесу, – у 3 (9,1%) пацієнтів. У клінічній картині загострення у пацієнтів першої групи, на відміну від дітей групи порівняння, переважали симптоми інтоксикації, була виражена блідість шкірних покривів, тривала лихоманка, гепатоспленомегалія, збільшення лімфатичних вузлів, тривалий сухий болісний кашель, задишка змішаного характеру, що зберігалася тривало на тлі проведення бронхолітичної терапії. Вивчення активності інтерфероногенезу у спостережуваних хворих показало зниження концентрації ІФН- α і ІФН- γ в обох групах, більш виражене в групі інфікованих пацієнтів (відповідно для ІФН- α – $10,74 \pm 5,66$ і $19,34 \pm 8,77$ пкг/мл; для ІФН- γ – $5,2 \pm 5,01$ і $11,44 \pm 6,86$ пкг/мл; $p < 0,05$). Концентрація в крові ІgЕ була достовірно вищою в першій групі (у періоді відсутності гострих клінічних проявів) і мала тенденцію до підвищення в період загострення.

ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОГО БРОНХОЛЕГЕНЕВОГО ПРОЦЕСУ У ДІТЕЙ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ВПЛИВУ «ЖОРСТКИХ» РЕЖИМІВ ШВЛ В НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

С.І. ІЛЬЧЕНКО, К.Д. ДУКА, С.П. ДІГТЯР, Л.А. ДАНИЛОВА,
С.Н. ТАРАН

Дніпропетровська державна медична академія

Однією з сучасних й маловивченою в дитячій пульмонології є проблема розвитку бронхолегеневої дисплазії (БЛД) у дітей, які зазнали «жорстких» режимів або довготривалої ШВЛ. Особливо це стосується диференціальної діагностики, вікових аспектів діагнозу БЛД та профілактики формування іншої хронічної патології органів дихання. Дані щодо поширеності БЛД в Україні дуже різні, це, ймовірно, пов'язано з різними діагностичними підходами, методами проведення інтенсивної допомоги новонародженим та рівнями знань серед педіатрів-пульмонологів щодо цієї проблеми.

Проведено дослідження клініко-анамнестичних даних 105 дітей віком від 1 до 10 років з різних районів міста, яким в неонатальному періоді проводили ШВЛ або довготривалу оксигенотерапію. За допомогою розроблених анкет оцінено якість життя цих дітей протягом всього терміну після отриманої інтенсивної терапії. До плану обстеження входили загальноклінічні аналізи, рентгенографія, бронхоскопія, спірометрія, імуноцитохімічне обстеження з визначенням рівня антитіл в крові дітей до хламідій та мікоплазм, рівня загального ІgЕ. За результатами диспансеризації, яку проводили у дитячих поліклініках, 47% дітей хворіли на рецидивуючі або хронічні бронхолегеневі захворювання. За нашими даними частота atopічної бронхіальної астми (БА) у цих дітей не корелює з виділеними вище неонатальними ризиками, а прямо пов'язана з обтяженим алергічним та сімейним анамнезом. Але при вивченні тяжкості перебігу БА та загострень рецидивуючого бронхіту (часто з вираженим бронхообструктивним синдромом) встановлено пряму залежність від концентрації кисню, його тиску й тривалості проведення ШВЛ в анамнезі. В основній групі вдвічі частіше зустрічались позитивні антитіла до хламідій та мікоплазм, що вказує на ймовірну участь рецидивуючого інфекційного фактора в формуванні хронічного бронхолегеневого запалення. Діагноз хронічного бронхіту, як вірогідний вихід БЛД, спостерігався у 5 дітей віком 5–10 років після проведення їм бронхоскопії (субатрофічний бронхіт) та комп'ютерної томографії ОГК, де визначено посилення легеневого рисунка (перибронхіальний пневмосклероз) та нерівномірність повітряності легеневої тканини, сегментарний пневмосклероз, у 2 дітей – одиничні бронхоектази базальних сегментів. При визначенні прогностичних критеріїв щодо розвитку хронічного бронхіту в даній групі дітей найбільш значущими були: ШВЛ після народження з високою концентрацією кисню більше 6 діб, загальна кіснева залежність більше місяця, маса при народженні менше 1500 г, відсутність проведення ранньої кортикостероїдної терапії з профілактичною метою, обтяжена спадковість за хронічними неспецифічними захворюваннями (ХНЗЛ), пасивне куріння, низький фізичний розвиток.

Таким чином, на наш погляд, БЛД, як сучасна педіатрична проблема, вже вийшла за межі неонатології. Діти, що народились з незрілими легеньми та

зазнали впливу тривалої й «жорсткої» оксигенотерапії, мають вірогідний ризик поповнити групу хворих з ХНЗЛ. Такі діти повинні бути своєчасно включені до диспансерних груп пульмонологічних центрів. Назріла необхідність створення відділень реабілітації для цих дітей. Подальше спостереження та більш поглиблені ретроспективні дослідження дозволять уточнити додаткові патогенетичні механізми, що впливають на реалізацію хронічного бронхолегеневого процесу у цих дітей в віковому аспекті.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНОЮ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Н.К. БОГУЦЬКА, Л.В. КОЛЮБАКІНА, В.С. ХІЛЬЧЕВСЬКА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Психологічні показники (алекситимія, рівень депресії та тривоги) можуть істотно модифікувати клінічний перебіг хронічних бронхолегеневих захворювань у дітей – бронхіальної астми (БА) та легеневої форми муковісцидозу (М). Процес адаптації дитини до хронічного бронхолегеневого захворювання є результатом таких складових, як особливості хвороби, демографічні дані, пристосування сім'ї. Оцінка біопсихосоціальної адаптації дитини до хронічної хвороби допомагає інтегрувати медичні й психологічні дані про захворювання та оцінити поєднання специфічних ознак хвороби із сімейним стресом, міжвзаємодією і відношенням до патології пацієнта та, нарешті, підвищити якість життя таких дітей.

Метою дослідження була оцінка психологічних особливостей та зіставлення біопсихосоціальної моделі адаптації дітей шкільного віку до БА та М. Обстежено 22 дітей віком 6–16 років з переважно персистуючою БА та середньотяжким ступенем ураження бронхолегеневої системи при М. Оцінювали рівень шкільної тривожності за шкалою Філіпса та алекситимії за Торонтською шкалою; здійснювали анкетування та особистісне опитування дітей; оцінювали перебіг захворювань від народження за даними меддокументації, здійснювали тестування батьків за методикою PARI Е. Шефер та Р. Бела в адаптації Т.В. Нецетер та діагностики батьківського ставлення А.Я. Варга та В.В. Століна. Особливість когнітивно-афективної сфери особистості з утрудненням вербалізації емоційного стану – алекситимію, що часто асоціює із психосоматичними розладами, діагностовано у третини обстежених дітей з БА (≥ 74 балів). Середньогруповий рівень алекситимії серед обстежених дітей із БА відповідав наявності психосоматичного розладу ($70,2 \pm 8,7$ балу), в той час як у дітей із М він становив лише $58,5 \pm 8,7$ балу. Середній рівень шкільної тривожності складав $23,9 \pm 9,4$ балу, досягаючи підвищених величин у 36% пацієнтів з БА та 54% дітей, хворих на муковісцидоз, зростаючи із підвищенням обтяженістю фобіями, знижуючись за умови тривалішого природного вигодовування та зростаючи за наявності передвісників нападу астми. Ймовірність загрози життю власній дитині відповідно через М та БА усвідомлювали четверо з п'яти та кожен п'ятий з батьків, насамперед, за умови наявності в пацієнтів алекситимії (83 проти 68 балів), в цій підгрупі вдвічі вищою була і частота нападів БА за місяць та втричі – легеневих загострень при М.

Рівень обтяженості дітей фобіями при хронічних бронхолегеневих захворюваннях асоціював із вихованням у неповній сім'ї, був вищим при більш ранньому віці встановлення діагнозу, більшій частоті загострень хвороби на рік тощо. Ієрархія домінування певних типів взаємостосунків у сім'ї залежно від захворювання не відрізнялась та за результатами опитування батьків була наступною: найчастіше в сім'ях переважав оптимальний емоційний контакт із дитиною, однак доволі частим був тип стосунків із надмірним авторитетом батьків в сім'ї, надмірною концентрацією на дитині та домінуванням матері, в той же час надмірна емоційна дистанція із дитиною була рідкістю. Отже, медичної адаптації до хронічного бронхолегеневого захворювання можна досягти за оптимальної рівноваги між керуванням хворобою та достатньою якістю життя, що визначає необхідність включення до системи лікувально-профілактичних заходів при хронічних бронхолегеневих захворюваннях методів психотерапевтичної та медикаментозної корекції, насамперед, депресивних станів у дітей із бронхіальною астмою та підвищеної тривожності при легеневої формі муковісцидозу.

ОЦІНКА РИЗИКУ ПЕРСИСТУЮЧОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ ПРИ ГРВІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Л.О. БЕЗРУКОВ, Т.Л. БЕЗРУКОВА, Ю.В. СЛИВКА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Діти раннього віку з повторними епізодами бронхообструктивного синдрому (БОС) при ГРВІ складають гетерогенну групу, в якій лише окремі хворі характеризуються ризиком персистуючого перебігу даного синдрому у вигляді бронхіальної астми. Попри те, що відокремлення цієї когорти хворих є основним у проведенні адресних профілактичних заходів, наразі відсутні вірогідні фактори ризику, врахування яких дозволило би вже у ранньому віці діагностувати це захворювання. Метою даної роботи була оцінка прогностичних критеріїв персистуючого перебігу БОС при ГРВІ в дітей раннього віку на підставі тривалого проспективного спостереження. Обстежено 700 дітей раннього віку, які з приводу ГРВІ з БОС лікувалися в ОДКЛ м. Чернівці. За всіма дітьми встановлено лонгітудинальне спостереження, наприкінці якого середній вік пацієнтів становив $15,7 \pm 0,2$ року, при цьому частка хворих віком від 14 до 23 років становила 80,9%. Відмічено, що в 15,9% пацієнтів випадки БОС реєструвалися до 5 років, у 28,7% – до 15-річного віку, а в 9,0% обстежених вони тривали в юнацькому віці дорослого життя. Встановлено, що численні фактори раннього дитинства, які сприяли розвиткові інфекційних захворювань, виступали як протекторні щодо персистування БОС. Водночас, ці фактори не мали достатньої прогностичної цінності, та їх використання як діагностичних тестів супроводжувалося значною часткою хибних результатів. Установлено, що каскад численних загальноклінічних, імунологічних та алергологічних досліджень, якщо і відображав особливості клінічного перебігу БОС на тлі ГРВІ, проте не мав достовірно прогностичного значення. До вірогідних факторів ризику персистуючого перебігу БОС слід віднести виникнення даного синдрому у віці 3–4 роки (співвід-

ношення шансів (СП) = 14), проживання в межах міста (СП=4,3), а також наявність різкопозитивних шкірних реакцій ($\geq 3+$) до побутових (СП=6,8), епідермальних (СП=5,1) і пилкових (СП=5,9) алергенів. Наявність супутньої алергічної патології, частота попередніх епізодів БОС, а також обтяженість сімейного анамнезу atopічними захворюваннями хоча і становили певний ризик персистуючого перебігу БОС, проте не були достовірними. Враховуючи недостатню чутливість і специфічність, а також передбачувану цінність результатів комплексного клініко-лабораторного обстеження дітей раннього віку з БОС при ГРВІ щодо виявлення пацієнтів з персистуючим характером перебігу даного синдрому, запропоновано оцінювати їх у взаємному зв'язку у вигляді математичних моделей бронхіальної астми. Цей підхід виявився хоча і перспективним для обраної популяції хворих, але таким, що вимагає подальшого «навчання» як з позицій різноманітності популяції подібних пацієнтів, так і включення до аналізу новітніх досягнень алергології та імунології.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Л.А. ІВАНОВА, Ю.В. ЦЕРКОВНА, О.В. ФОКОВ, Е.Л. ЛЕНГА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Виходячи з того, що у періоді грудного віку вкрай важко здійснити диференціальний діагноз між вірусною та бактеріальною природою пневмонії, що є визначальним для вибору оптимальної лікувальної тактики, проведено аналіз результатів обстеження 100 дітей з бактеріальною і 77 малюків із вірусною інфекцією нижніх дихальних шляхів. Робочою гіпотезою дослідження було припущення, що при бактеріальній пневмонії запальна відповідь організму є більш вираженою, ніж при вірусній інфекції дихальних шляхів. Зокрема вважали, що бактеріальні пневмонії повинні проявлятися гострішим початком, яскравою вираженістю локальних фізикальних змін та інтоксикаційним синдромом, що відображає порушення функціонального стану життєво важливих органів, перш за все, респіраторної та серцево-судинної систем, у процесі системної запальної реакції, зумовленої потраплянням в кровообіг різноманітних прозапальних медіаторів. Аналіз клінічних результатів обстеження дітей при вступі до стаціонару дав підстави вважати, що за бактеріальної пневмонії гострий початок захворювання відмічався у 84,0 \pm 3,7% дітей, а при вірусній інфекції – лише у 13,0 \pm 3,8% ($p < 0,01$). Слід зазначити, що початком захворювання вважали не час появи катаральних змін, а значне погіршення загального стану на їх фоні. Загальне порушення стану у вигляді синдрому інтоксикації спостерігалось в хворих на бактеріальну пневмонію у 86% випадків, а в малюків із вірусною інфекцією – лише в 39% ($p < 0,002$). Виражені явища інтоксикації у дітей з бактеріальною природою пневмонії спостерігались в 23% випадків та були відсутніми при вірусній інфекції нижніх дихальних шляхів. У малюків із вірусною природою захворювання прояви бронхообструктивного синдрому визначалися в 35% випадків, а при бактеріальній пневмонії – в 25% ($p > 0,05$). Фебрильну температуру, як клінічне відо-

браження запальної реакції організму, відмічено у хворих I групи в 67% випадків, а у дітей II клінічної групи – в 49% спостережень ($p = 0,006$). Локальність змін у легенях при фізикальному обстеженні дітей при вступі їх до стаціонару виявлялась у дітей I групи в 52% спостережень, а в представників II клінічної групи – в 16,9% ($p < 0,001$). Ознаки порушення мікроциркуляції у вигляді значного градієнта центральної і периферичної температури та появи різного ступеня вираженості мотлінгу виявлено у хворих I групи в 73% випадків, а у дітей II клінічної групи – в 57,1% ($p = 0,004$). Одержані дані дають підставу вважати, що у дітей грудного віку з ознаками інфекції нижніх дихальних шляхів поєднання таких симптомів, як локальність фізикальних змін в легенях (відношення шансів (ВШ) 5,3, (95% СІ 0,2–2,8), $\chi^2 = 41,7$), інтоксикації (ВШ 9,6 (4,8–9,2), $\chi^2 = 88,9$), нейротоксикозу (ВШ 4,5 (1,6–2,6), $\chi^2 = 10,8$), порушення мікроциркуляції (ВШ 2,0 (1,2–3,2), $\chi^2 = 6,7$) свідчить про високий ризик бактеріальної природи захворювання. Проте жоден із наведених симптомів і синдромів, взятий окремо, не можна використовувати для підтвердження бактеріальної природи захворювання. Разом з тим, підбір комбінації ознак із високою чутливістю і специфічністю, наприклад, поєднання інтоксикаційного синдрому і нейротоксикозу з локальними змінами в легенях, значно підвищує діагностичну цінність цих клінічних проявів бактеріальної пневмонії.

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ МАКРОЛІДІВ У ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ

Л.Р. ШОСТАКОВИЧ-КОРЕЦЬКА, О.М. ГЕРАСИМЕНКО, Н.М. ЛИБЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія.
Міська дитяча клінічна лікарня № 1, м. Дніпропетровськ

Сучасні особливості респіраторних захворювань зумовлені змінами їх етіологічної структури. Поряд з типовими (*Str. pneumoniae*, *H. influenzae*) одними із провідних збудників позагоспітальних пневмоній і гострих бронхітів є атипові внутрішньоклітинні мікроорганізми (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* та ін.) і грамнегативні коки (*Moraxella catarrhalis*). У цьому зв'язку в лікуванні гострих респіраторних захворювань зростає роль антибактеріальних лікарських препаратів широкого спектру дії, у тому числі й тих, що впливають і на атипові мікроорганізми. При цьому слід віддавати перевагу антибіотикам для орального прийому, що максимально безпечні та мають форми випуску, дозволені до застосування в дітей раннього віку. До числа таких препаратів відноситься антибіотик із групи макролідів, або азалідів, азитроміцин, який має широкий спектр активності щодо більшості збудників, добрі фармакокінетичні властивості, що створюють високі концентрації в легенях, і низький рівень резистентності до нього більшості мікроорганізмів. Метою даного дослідження було вивчення клінічної ефективності використання перорального макролідів азитроміцину (препарат Азивок, компанія «Вокхардт Лімітед», Індія) в лікуванні дітей, хворих на гостру пневмонію. Під нашим спостереженням перебувало 17 дітей віком від 3 до 6 років, хворих на гостру позагоспітальну пневмонію, до терапії яких було включено Азивок в якості дру-

гого антибіотика після 2–3 діб призначення цефалоспоринової III генерації внутрішньом'язово. Азивок призначали з розрахунку 10 мг/кг маси тіла 1 раз на добу протягом 5–7 днів. Тривалість курсу лікування Азивоком визначалася досягненням стійкої нормалізації температури тіла, позитивною динамікою фізикальних даних і складала в середньому $5,9 \pm 0,7$ доби. Всі діти одержували поряд із Азивоком комплексну терапію, що включала муколітичну, вітамінотерапію, оральну дезинтоксикаційну терапію, фізіотерапевтичні процедури. У динаміці хвороби до лікування й на 7–10-й день терапії всім хворим дітям проводили наступні дослідження: загальний аналіз крові, сечі, рентгенограму органів грудної клітки, бактеріологічне дослідження мокротиння (проводили з появою вологого кашлю). Діагноз встановлювали на підставі даних анамнезу, клінічних проявів і параклінічних досліджень. До групи порівняння увійшли 14 дітей, які відповідали основній групі за віком, статтю, тяжкістю стану, провідним синдромом, але в лікуванні яких використовували антибіотик іншої групи внутрішньом'язово. Безпечність терапії оцінювали за частотою виникнення побічних реакцій, їх вираженістю, необхідністю відміни препарату. Через 3 дні від початку лікування у 15 (88,2%) із 17 пацієнтів відмічалася позитивна клінічна динаміка перебігу хвороби: зменшились прояви інтоксикаційного синдрому, температура тіла нормалізувалася або знизилася до субфебрильних величин (в середньому складала $37,2 \pm 0,21^\circ\text{C}$), підвищився апетит, зменшилася слабкість, кволість, діти стали більш активними, що дозволило продовжити оральну антибіотикотерапію. Нормалізація фізикальних змін в легенях відмічалася в середньому до 7–10-го дня лікування. Таким чином, результати проведеного дослідження показали високу клінічну ефективність сучасного макролідного антибіотика Азивоку в лікуванні дітей, хворих на гостру позагоспітальну неускладнену пневмонію, безпечність та відсутність побічних ефектів.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЦЕФПОДОКСИМУ ПРОКСЕТИЛУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СТУПІНЧАТОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРУ НЕУСКЛАДНЕНУ ПНЕВМОНІЮ

О.Є. АБАТУРОВ, О.М. ГЕРАСИМЕНКО, В.І. ІВАШИНА

Дніпропетровська державна медична академія.
Міська дитяча клінічна лікарня № 1, м. Дніпропетровськ

Цефалоспоринові антибіотики нині займають провідне місце при лікуванні респіраторної патології у дітей. З появою нових оральних антибіотиків, що характеризуються хорошими фармакокінетичними властивостями й безпекою, стало можливим більш часте призначення антибіотиків усередину при запальних захворюваннях респіраторного тракту. Особливий інтерес становить концепція ступінчастої терапії, що припускає двоетапне застосування антибактеріальних препаратів: перехід з парентерального на пероральний шлях введення в можливо більш короткі терміни без зміни ефективності лікування. Метою роботи була оцінка клінічної ефективності використання перорального цефалоспоринової III покоління Цефподоксиму проксетилу (препарат Цефодокс, компанія «Мегаком») при

проведенні ступінчастої терапії в дітей, хворих на гостру пневмонію. Під нашим спостереженням знаходилось 28 дітей раннього віку (від 1 до 3 років), хворих на гостру пневмонію, які перебували на лікуванні у відділенні респіраторної патології. Діагноз встановлювали на підставі даних анамнезу, клінічних проявів і параклінічних досліджень. До групи порівняння увійшли 16 дітей, які відповідали основній групі за віком, статтю, тяжкістю стану, провідним синдромом, але в лікуванні яких не використовувався оральний антибіотик. Результати клініко-рентгенологічного обстеження дозволили діагностувати в 25 (89,3%) дітей вогнищеву пневмонію, в 3 (10,7%) – сегментарну. Стартовим антибіотиком у всіх хворих дітей був антибактеріальний препарат із групи цефалоспоринової III покоління цефтріаксон, що вводився парентерально (внутрішньовенно й внутрішньом'язово). Неускладнена форма гострої пневмонії спостерігалася в 17 (60,7%) дітей, які й були переведені з парентерального на пероральний шлях введення антибіотика після досягнення позитивної клініко-лабораторної динаміки захворювання через 48–72 год. Цефодокс призначали усередину з розрахунку 10 мг/кг маси тіла дитини на добу двічі на день після їди. Ефективність лікування оцінювали за допомогою визначення динаміки основних клінічних синдромів. Тривалість курсу лікування Цефодоксом визначалася досягненням стійкої нормалізації температури тіла, позитивною динамікою фізикальних даних і складала в середньому $7,2 \pm 1,5$ доби. Нормалізація фізикальних змін у легенях відмічалася в середньому до 7–10-го дня лікування. На 7-й день терапії відмічалася позитивна динаміка гематологічних показників: кількість лейкоцитів зменшилася й у середньому складала $7,4 \pm 0,9 \cdot 10^9/\text{л}$, ШОЕ знизилася до $4,7 \pm 1,6$ мм/год. Контрольна рентгенографія органів грудної клітки, що проведена на 10-й день терапії, показала повне зникнення вогнища пневмонічної інфільтрації легень в 19 дітей, у решти відмічалася зменшення інфільтративних тіней. Побічної дії ми не спостерігали. Препарат Цефодокс має добрі органолептичні властивості (смак лимону), тому діти не відмовлялися приймати суспензію. Таким чином, можна рекомендувати Цефподоксим проксетил (препарат Цефодокс) для проведення ступінчастої терапії в дітей з неускладненою формою пневмонії. Оптимальним проміжком для ухвалення рішення про перехід на оральний антибіотик є перші 48–72 години від початку парентеральної терапії.

ЦИТОГЕНЕТИЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ПНЕВМОНІЮ ДІТЕЙ 9–14 РОКІВ

Г.М. ДАВИДЧУК, І.А. ГАЙДАШ, С.Ю. КОЗИНА

Луганський державний медичний університет.
Східноукраїнський національний університет
ім. Володимира Дала, м. Луганськ

Метою дослідження було вивчення цитогенетичних показників у дітей, хворих на гостру пневмонію. Препарати хромосом готували з культур лімфоцитів суцільної гепаринізованої крові 47 дітей 9–14 років, хворих на гостру пневмонію, які знаходились на лікуванні у відділенні соматичної вірусної патології Луганської міської багатопрофільної дитячої лікарні № 4 з 2001 по 2005 рр. Урахування результатів про-

водили за допомогою імерсійної системи світлового мікроскопа. Числові аномалії каріотипу аналізували за критеріями, запропонованими Н.П. Бочковим і співавт. (1972). Аналіз кількості сестринських хроматидних обмінів (СХО) проводили під мікроскопом з імерсійною системою.

Отримані цифрові результати обробляли статистично. На початку захворювання цитогенетичні показники у всіх дітей були змінені, при цьому вираженість порушень залежала від ступеня тяжкості гострої пневмонії. Кількість аномальних метафаз збільшувалась у міру зростання тяжкості пневмонії: якщо при легкому перебігу відсоток аберантних метафаз перевищував показник норми в 2,2 разу, то при середньотяжкому перебігу кратність збільшення хромосомних аберацій складала 4,4 разу. В хворих дітей превалювали аберації хроматидного типу (поодинокі фрагменти й обміни), в той час як аберації хромосомного типу (парні фрагменти, дицентрики, центричні й ацентричні кільця) зустрічали суттєво рідше. Із наростанням тяжкості захворювання кількість аберацій хромосомного типу збільшувалась.

На момент виписки з стаціонару кількість поломок знижувалась, однак повної нормалізації показників, які вивчали, не відбувалось. Найбільш динамічно репараційні процеси відбувались в дітей, які перенесли пневмонію легкого перебігу, але повна нормалізація цитогенетичних показників у цього контингенту спостерігалась тільки у 28,6% випадків. Знижувалась на момент виписки з стаціонару і середня кількість аберацій на клітину. Як правило, даний показник корелював з відсотком аберантних метафаз. Середня кількість аберацій в метафазній пластинці прогресивно зменшувалась зворотно тяжкості пневмонії і була мінімальною при легкому перебігу пневмонії. В міру згасання патологічного процесу знижувався відсоток аберацій хромосомного типу. Диспансерне спостереження показало, що у дітей, які перенесли легку форму пневмонії, аномалії хромосомного апарата зникають до 1–3 місяця, при середньотяжкій формі – до 3–6 місяця після виписки.

Найчастіше пошкоджувались 1-, 8- і 14-та хромосоми. Приблизно з однаковою частотою з 2-, 5-, 7-, 11–13- та 21-ою хромосомами реєстрували аномалії 4-, 6-, 10-ої та X-хромосом. На початку захворювання частота СХО на клітину значно збільшувалась, перевищуючи показник у здорових дітей в 1,6–3,4 разу залежно від ступеня тяжкості захворювання. Активність мутагенезу підвищувалась у міру наростання ступеня тяжкості пневмонії, в зв'язку з чим при середньотяжкому перебігу зареєстровано найбільшу кількість СХО. В періоді одужання кількість СХО на клітину зменшувалась, але повної нормалізації цього показника не відбувалось навіть за мінімальної активності захворювання. Таким чином, поломки хромосомного апарата лейкоцитів крові у дітей, хворих на гостру пневмонію, є мінущими, найбільша їх кількість реєструється в періоді одужання. Вираженість цитогенетичних аномалій залежить від ступеня тяжкості пневмонії. Збереження підвищеної мутагенної активності в періоді одужання вказує на незавершеність патологічного процесу на рівні клітини. Дані, отримані нами в результаті дослідження, будуть використані для розробки патогенетичних підходів до лікування пневмоній у дітей.

ЕЛЕКТРОЛІТНИЙ СКЛАД КОНДЕНСАТУ ПОВІТРЯ, ЩО ВИДИХУЄТЬСЯ, ПРИ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

К.Б. СОБОЛЄВА, Р.М. ПАПІНКО

Одеський державний медичний університет

Респіраторна патологія посідає перше місце в структурі захворюваності дітей. Одним з поширених хронічних захворювань у дітей залишається бронхіальна астма. Незважаючи на позитивний ефект чинних схем ступінчастої терапії, достатнього контролю астми досягти вдається не завжди. Цей факт підтверджується переглядом 2006 року міжнародного консенсусу GINA щодо пропозиції вирішення таких варіантів, як частково контрольована, неконтрольована бронхіальна астма.

Враховуючи зазначене, вважається доцільною розробка додаткових критеріїв для визначення обсягу терапії та контролю ефективності при бронхіальній астмі у дітей. Важливо підкреслити, що до діагностичних методик і методів оцінки ефективності терапії в педіатричній практиці ставлять особливі вимоги: нешкідливість для хворого, неінвазивність, використання невеликих кількостей біологічного матеріалу, що поєднуються з високою інформативністю. З цих позицій доцільним є використання методики аналізу конденсату видихуваного повітря (КВП). Останні роки простежується підвищення уваги науковців до цієї методики. Пояснюється така зацікавленість тим, що метод має цілий ряд переваг: неінвазивний для хворого, не втручається у вміст біологічного матеріалу, простий в його отриманні, доступний для застосування як у клінічних, так і амбулаторних умовах. Водночас метод дозволяє отримати інформацію щодо нереспіраторної, метаболічної та регуляторно-елімінаційної функцій легенів, стану метаболізму організму в цілому, а також характеру топічних змін на рівні нижніх дихальних шляхів. Нині у КВП визначають більше 200 показників: леткі хімічні сполуки (NO, CO, NH₄ та ін.), нелеткі молекули (протеїни, медіатори, продукти окислення та озонування), аналізується динаміка цих параметрів залежно від періоду захворювання.

Ряд досліджень, присвячених вивченню складу КВП, показують, що деякі компоненти можуть виступати у якості біологічних маркерів рівня алергічного, інфекційного запалення бронхів. Втім необхідно зауважити, що дослідження педіатричних аспектів поодинокі.

У зв'язку з вищезазначеним, метою роботи було вивчення особливостей електролітного складу (Ca, K, Cl) КВП. Проведено обстеження 62 дітей, хворих на бронхіальну астму, віком від 8 до 15 років та 20 дітей групи часто хворіючих. Контрольну групу склали 20 практично здорових дітей. Конденсат видихуваного повітря збирали за допомогою спеціального пристрою. Результати біохімічного аналізу КВП показали наявність достеменно підвищеного вмісту кальцію при бронхіальній астмі у дітей порівняно зі здоровими ($p < 0,05$), а також зменшення вмісту хлоридів ($p < 0,05$). Отримані результати дають можливість зробити припущення, що аналіз електролітного складу КВП при бронхіальній астмі у дітей сприятиме уточненню топічних змін і може застосовуватись у моніторингу ефективності терапії.

УМКАЛОР В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

Ю.К. БОЛЬБОТ, Т.А. БОРДІЙ, Р.В. КОВТУНЕНКО,
М.В. КАЛІЧЕВСЬКА, О.В. РИБАЛКО*

Дніпропетровська державна медична академія.

*Дитяча міська клінічна лікарня № 6, м. Дніпропетровськ

Гостра пневмонія є одним з найпоширеніших захворювань у дитячому віці. Незважаючи на те, що сьогодні розроблені й повсюдно впроваджені протоколи діагностики та лікування пневмонії, питання розробки ефективних реабілітаційних заходів не можна вважати повністю вирішеними. Перебіг відновного періоду після перенесеної пневмонії залежить від характеру й обсягу ураження легенів, від індивідуальних особливостей імунної відповіді, наявності й характеру супутньої патології та інших факторів. Найчастіше в періоді реконвалесценції самогенетичні процеси відрізняються торпідністю, нерідко відбувається суперінфікування, загострюються вогнища хронічної інфекції на тлі вторинного імунodefіцитного стану. Метою дослідження було вивчення ефективності застосування в комплексі реабілітаційних заходів при гострій пневмонії фітобіотика Умкалор, що володіє противірусним, імуномодулюючим, антибактеріальним, протизапальним, антиоксидантним і детоксикаційним ефектами. Під нашим спостереженням перебувало 30 дітей з підтвердженою рентгенологічно «типовою» гострою позалікарняною пневмонією віком від 2 до 16 років. Умкалор у комплексі реабілітаційних заходів призначали 15 дітям (основна група) стандартними дозами строком 7–10 днів після закінчення курсу антибактеріальної терапії. Групу порівняння складала 15 дітей, яким проводили стандартні реабілітаційні заходи. Групи формували за методом «пар-копій». Контроль ефективності лікування здійснювали на підставі вивчення динаміки клінічних проявів захворювання, а також імунологічних показників (концентрація С-реактивного білка, імуноглобулінів, циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у сироватці крові, фагоцитарна активність нейтрофілів, НСТ-тест). До моменту закінчення антибіотикотерапії (через 7 днів у дітей з неускладненим перебігом пневмонії і через 14–20 днів при ускладненій пневмонії) практично у всіх дітей зберігалися більшою чи меншою мірою виражені респіраторні симптоми (в першу чергу, кашель та фізикальні зміни з боку легень), скарги астено-вегетативного характеру, які супроводжувались ознаками активації гуморальної ланки імунітету (підвищений рівень ЦІК) й фагоцитозу (високі рівні НСТ-тесту) за низьких рівнів С-реактивного білка в крові, що дозволяє вважати вказані клінічні симптоми скоріше остаточними явищами, ніж ознаками процесу, що має активний перебіг. Зіставлення клінічних даних та імунологічних показників виявило пряму залежність між ступенем вираженості клінічних проявів й, у першу чергу, фізикальних даних, і рівнем ЦІК у крові ($r_s = 0,56$, $p < 0,05$). Включення до комплексу реабілітаційних заходів Умкалору сприяло достовірному скороченню тривалості кашлю ($18,7 \pm 1,2$ проти $22,6 \pm 1,8$ днів у групі порівняння, $p < 0,05$) і явищ астеної (відповідно $10,2 \pm 1,0$ і $14,8 \pm 1,3$ днів, $p < 0,05$). Імунологічні показники в дітей, які отримували Умкалор, характеризувалися нормалізацією показників фагоцитозу, що проявлялося достовірним зниженням кількості НСТ-позитивних нейтрофілів при збережен-

ні рівня їхньої фагоцитарної активності й більш вираженій тенденції до нормалізації рівня ЦІК у сироватці крові. Таким чином, призначення в комплексі реабілітаційних заходів при гострій пневмонії після курсу антибіотиків фітобіотика Умкалор є патогенетично виправданим та сприяє прискоренню регресу клінічної симптоматики й нормалізації імунологічних показників.

ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕРФЕРОНОУТВОРЕННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ПРИ ГРВІ ТА КОРЕКЦІЯ ЙОГО ПОРУШЕНЬ

Ю.К. БОЛЬБОТ, О.М. ТАРАН, Т.А. БОРДІЙ, Р.В. КОВТУНЕНКО,
О.О. РУСАКОВА, Г.О. БОРИСЕНКО*

Дніпропетровська державна медична академія.

*Дитяча міська клінічна лікарня № 6, м. Дніпропетровськ

Перебіг та наслідки вірусного захворювання залежать від швидкості включення системи інтерферону (ІФН) в процес противірусного захисту організму. За сучасними даними провідна роль в регуляції імунної відповіді при вірусній інфекції належить γ -інтерферону, який має універсальну імуномодулюючу дію, справляючи регулюючий вплив на більшість клітин імунної системи та їх взаємодію між собою, а також індукуючи противірусну активність інтерферонів I типу.

Особливостями функціонування системи інтерферону дітей раннього віку є низький рівень продукції α -ІФН та переважно γ -тип інтерферонової відповіді. Разом з тим, різноманітні несприятливі чинники (нерациональне харчування, стреси, авітамінози, токсична дія деяких лікарських засобів, хронічні захворювання внутрішніх органів, дія радіації, екоотоксикантів) можуть викликати пригнічення синтезу γ -ІФН, що, в свою чергу, сприяє частим респіраторним вірусним інфекціям, їх затяжному й ускладненому перебігу.

Метою нашого дослідження було вивчення стану продукції інтерферонів при ГРВІ у дітей раннього віку та оцінка ефективності застосування препарату Анаферон дитячий для корекції порушень інтерферогенезу. В дослідження було включено 150 дітей віком від 6 місяців до 3 років з ГРВІ. Визначення рівня α - та γ -ІФН в сироватці крові проводили тричі в динаміці: на 2–3 та 4–5-й дні захворювання та по одужанні. Дітей було розподілено на дві групи: до I групи увійшли 120 дітей, які часто та тривало хворіють на ГРІ (ЧХД), до II – 30 дітей, які хворіють епізодично (ЕХД). У 75% дітей I групи гостра респіраторна інфекція протікала у вигляді гострого простого та обструктивного бронхіту, ларинготрахеїту, ускладнювалась приєднанням середнього отиту, аденоїдиту. Серед дітей II групи такий перебіг захворювання спостерігався лише у 16% випадків, решта мали прояви ринофарингіту. Понад 80% дітей I групи мали супутню патологію: алергози, перинатальне ураження ЦНС, гіпо- або паратрофію, хронічні інфекції ЛОР-органів, рахіт. На початку захворювання на ГРВІ у дітей I групи відмічено значно нижчі рівні α -ІФН ($47,5 \pm 6,4$ пг/мл) та γ -ІФН ($4,12 \pm 1,6$ пг/мл), ніж у епізодично хворіючих дітей (відповідно $178,3 \pm 13,4$ та $9,2 \pm 2,1$ пг/мл). В подальшому, на 4–5-й день ГРВІ у ЕХД рівні інтерферонів ставали ще більшими (α -ІФН – $264,5 \pm 14,6$ пг/мл, γ -ІФН –

14,1±2,5 пг/мл), а до моменту одужання знижувались (відповідно 71,8±8,7 та 7,8±1,5 пг/мл). У ЧХД протягом всієї хвороби рівні інтерферонів в сироватці крові були стабільно низькими. Зіставлення клінічних та імунологічних характеристик дозволило виявити чинники ризику порушень інтерфероутворення і несприятливого перебігу ГРВІ. У 60 дітей, котрі мали такі чинники, було вивчено ефективність застосування препарату Анаферон дитячий. При прийомі Анаферону у дітей скоротилась тривалість захворювання, знизилась частота ускладнень. На 3–4-й день лікування рівень α -ІФН підвищився в 1,6 разу від початкових величин, а через 7 днів – в 1,8 разу, наблизившись до аналогічного показника ЕХД; рівень γ -ІФН підвищився відповідно в 2,2 та в 2,5 разу.

ЕНДОТЕЛІЗАЛЕЖНІ ФАКТОРИ ПАТОГЕНЕЗУ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ

Д.О. ХОРУЖЕВСЬКИЙ, Г.С. СЕНАТОВА

Харківський державний медичний університет

Хвороби органів дихання – найчастіша патологія у дітей, бо дві третини звертань до педіатра припадає на респіраторні захворювання. У структурі дитячої смертності хвороби органів дихання посідають третє місце за перинатальною патологією і природженими вадами розвитку. Одне з провідних місць в структурі хвороб органів дихання у дітей займає гострий обструктивний бронхіт (ГОБ). Це зумовлено, з одного боку, частим проявом гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), з іншого – віковими особливостями будови бронхіального дерева, властивими дітям перших років життя. Патогенетичні механізми розвитку обструктивного бронхіту вивчено давно, проте значні зміни умов вентиляції легенів, підвищення опірності повітроносних шляхів потоку повітря, переважно на видиху, призводить до порушення альвеолярної вентиляції, розвитку гіпоксичної вазоконстрикції, зниження оксигенації крові, розладу гемодинаміки в малому колі. В розвитку даної ситуації, останнім часом, велике значення надається участі ендотелію і, зокрема, ендотеліозалежним чинникам (оксиду азоту і ендотеліну-1). Метою роботи було вдосконалення діагностики гострого обструктивного бронхіту у дітей на підставі вивчення впливу ендотеліозалежних чинників на патогенетичні механізми розвитку бронхообструкції. Було проведено повне клініко-лабораторне обстеження 40 дітей, хворих на гострий обструктивний бронхіт, з визначенням вмісту оксиду азоту і ендотеліну-1 в гострому періоді та в динаміці лікування, після згадання основних проявів бронхообструкції. Всіх дітей було розподілено на три групи залежно від епізоду обструкції. В результаті дослідження у хворих з гострим обструктивним бронхітом виявлено зміни вмісту ендотеліозалежних чинників (ЕТ-1 і NO) плазми крові залежно від гостроти та перебігу захворювання. Так, у хворих з першим епізодом обструкції, а також у хворих, які мали до 3 епізодів обструкції в анамнезі, в гострому періоді захворювання зареєстровано достовірне підвищення рівня ендотеліну-1 (3,634±0,09 та 3,615±0,07 пмоль/л відповідно, в контролі 3,18±0,08 пмоль/л, $p<0,05$) при достовірному зниженні рівня оксиду азоту ($p<0,05$),

що є маркером наявності бронхо- та вазоконстрикції. У дітей, які мали більше 3 епізодів обструктивного синдрому, в гострому періоді виявлено підвищення як ЕТ-1 (3,56±0,04 пмоль/л), так і NO (38,25±1,59 мкмоль/л, в контролі 33,37±2,37 мкмоль/л), що відображає пригнічення компенсаторних механізмів щодо напрацювання ендотеліального NO. Показники рівня ЕТ-1 і NO у хворих перших двох груп знаходяться в тісному зворотному кореляційному зв'язку ($r=-0,88$), а у хворих, які мали більше 3 епізодів бронхообструкції, зареєстровано тісний прямий кореляційний зв'язок ($r=+0,92$) цих показників. У пацієнтів з трьома та більше епізодами обструкції ендотеліальна дисфункція зазнає значних змін: у вигляді підвищення рівнів ЕТ-1 та NO та призводить до вичерпання компенсаторних й адаптаційних можливостей ендотелію, що, в свою чергу, сприяє розвитку хронічної бронхолегеневої патології.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЦИНКТЕРАЛ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З НЕГОСПІТАЛЬНИМИ ПНЕВМОНІЯМИ

О.І. СМІЯН, В.А. ГОРБАСЬ, П.І. СІЧЕНКО, Т.П. БИНДА,
О.К. РОМАНЮК, О.В. МАРКЕВИЧ

Сумський державний університет, медичний інститут

Роль інфекційного збудника в розвитку пневмоній досить важлива, але, разом з тим, у більшості випадків пневмонія виникає на фоні зниженої імунологічної реактивності організму та порушення мікроелементного складу, зокрема цинку. За даними наших досліджень у дітей з негоспітальними пневмоніями виявлено значне зниження сироваткового рівня цинку, що вказувало на значну його роль у розвитку запального процесу при пневмоніях і є обґрунтуванням необхідності проведення корекції виявлених порушень. З метою оптимізації лікування негоспітальних пневмоній у дітей нами було введено до складу комплексної терапії пневмоній препарат цинку Цинктерал та проведено вивчення його ефективності. Основні завдання дослідження полягали у визначенні впливу Цинктералу на основні клінічні прояви хвороби, концентрацію цинку, імунний статус. Препарат призначали 25 хворим дітям віком від 6 до 18 років по 1 таблетці (45 мг елементарного цинку) тричі на день за 1 годину до прийому їжі впродовж 2-х тижнів. Групу порівняння склали 24 дитини аналогічного віку. Критерієм включення дітей до груп дослідження були низькі показники рівня цинку в сироватці крові дітей на початку хвороби. Результати дослідження показали, що у дітей, які отримували Цинктерал, значно раніше спостерігалась регресія клінічних проявів пневмонії відносно дітей з групи порівняння. Застосування даного препарату значно скоротило середню тривалість антибіотикотерапії і показало його добру переносимість. В цілому, позитивний клінічний ефект від терапії Цинктералом відмічався у 92% хворих дітей. Позитивний вплив Цинктералу на клінічний перебіг захворювання було підтверджено і лабораторними дослідженнями вмісту цинку в сироватці крові дітей з пневмоніями. Після прийому Цинктералу концентрація цинку в сироватці крові достовірно підвищувалася і наближала-

ся до нормальних показників у 22 (92,0%) дітей. В цілому, концентрація цинку у дітей основної групи складала $14,926 \pm 0,213$ мкмоль/л, у здорових дітей – $15,127 \pm 0,272$ мкмоль/л ($p > 0,05$). У той же час у дітей з групи порівняння показник рівня цинку після лікування не тільки залишався на низьких цифрах, але й достовірно знижувався відносно гострого періоду хвороби – $7,974 \pm 0,085$ і $8,988 \pm 0,117$ мкмоль/л ($p < 0,001$), що свідчить про підвищене втрачання цинку в динаміці перебігу пневмонії. Показники імунного статусу в дітей основної групи після лікування Цинктералом не відрізнялися від рівня здорових дітей. Так, відмічалася нормалізація кількості лейкоцитів, абсолютного числа лімфоцитів, вміст CD8+ лімфоцитів та натуральних кілерів. Серед показників гуморальної ланки імунітету виявлялася нормалізація рівня IgA та зниження рівня ЦІК. У дітей з групи порівняння показники імунного статусу на фоні лікування також мали тенденцію до нормалізації, але їх значення достовірно відрізнялися не тільки від показників здорових дітей, але й показників дітей основної групи. Таким чином, призначення Цинктералу при негоспітальних пневмоніях у дітей показало його високу ефективність при даному захворюванні.

ДО ПИТАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ, ЯКІ ВИКЛИКАНІ АТИПОВИМИ ЗБУДНИКАМИ

З.В. НЕСТЕРЕНКО, А.Л. РЕЗНИКОВА, Г.І. НАТАЛЬЧЕНКО,
В.Є. СОЛДАТЕНКОВА

Луганський державний медичний університет.
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Луганськ

Вивчено особливості клінічного перебігу пневмоній у дітей, викликаних атиповою флорою. Під спостереженням протягом 5 років знаходився 171 пацієнт віком від народження до 18 років з діагнозом пневмонії, викликаної атиповими збудниками (хламідії, мікоплазма), з ураженням як альвеолярного апарата, так і інтерстицію легенів. Всі спостережувані діти мали прояви природженої дисплазії сполучної тканини (ПДСТ). Дітей до року було 30 (17,5%), 1–3 роки – 46 (26,9%), 4–7 років – 31 (18,1%), 8–12 років – 42 (24,6%), 13–15 років – 16 (9,4%), старше 15 років – 6 (3,5%). Рецидивуючий перебіг пневмонії відмічено у 106 (62,0%) пацієнтів. Діагноз пневмонії було встановлено на підставі характерних клініко-рентгенологічних симптомів з проведенням імуноферментного аналізу з визначенням титру протихламідійних, протимікоплазменних антитіл. Було проведено також дослідження серцево-судинної системи хворих. Стан серцево-судинної системи оцінювали за сукупністю результатів клініко-інструментальних досліджень з використанням ЕКГ, ЕХО-КГ, реопульмонографії (РПГ), спірографії (СГ), комп'ютерної томографії (КТГ). Ускладнений перинатальний анамнез мав місце у 156 (91,2%) дітей. У дітей з рецидивуючим перебігом пневмонії ускладнений перинатальний анамнез відмічався у всіх випадках. У 75 (43,9%) пацієнтів пневмонія перебігала тільки на тлі ПДСТ, у 59 (34,5%) – поєднано з бронхіальною астмою (БА), у 15 (8,8%) – діагностовано пневмонію та природжену ваду серця. До того ж, у 11 (6,4%) хворих встановлено діагноз

пневмонії та постгіпоксичного синдрому дизадаптації серцево-судинної системи; у 9 (5,3%) – пневмонії та дифузної хвороби сполучної тканини; у 4 (2,3%) – вторинної кардіоміопатії. Ознаки легеневої гіпертензії (ЛГ) виявлено у всіх пацієнтів з пневмонією та серцево-судинною патологією, у 80% дітей з пневмонією та БА. Пневмофіброз (ПФ) відмічено у 81 (74,3%) хворого з рецидивуючим перебігом пневмонії; у 4 (12,5%) дітей з БА та рецидивуючим перебігом пневмонії виявлено пневмофіброз та пневмоцеле. Таким чином, констатовано тісний зв'язок ПДСТ та пневмонії, викликаної атиповою флорою. Рецидивуючий перебіг пневмонії відмічено у пацієнтів з ускладненим перинатальним анамнезом. Ознаки ЛГ при пневмонії виявлено у хворих з серцево-судинною патологією. У 2/3 дітей з рецидивуючим перебігом пневмонії мав місце ПФ, у 12,5% хворих з рецидивуючим перебігом пневмонії та БА на тлі ПДСТ – ПФ та пневмоцеле.

ТЕРАПІЯ РІЗНИХ НОЗОЛОГІЧНИХ ФОРМ РЕСПІРАТОРНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ПРЕПАРАТОМ ФЛЕМОКЛАВ СОЛЮТАБ

О.М. ОХОТНИКОВА, Н.Ю. ЯКОВЛЕВА, К.В. МЕЛЛІНА,
О.І. УСОВА, Т.М. ТКАЧОВА

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Гострі респіраторні інфекції займають значне місце серед захворювань дитячого населення. Провідне місце в комплексній терапії бактеріальних респіраторних захворювань належить антибактеріальній терапії.

Ми досліджували ефективність та безпечність перорального антибіотика Флемоклав Солютаб при гострих респіраторних інфекціях бактеріальної етіології у дітей. Під нашим спостереженням знаходилось 50 дітей віком від 2 до 12 років (22 хлопчики та 28 дівчат). У 20 хворих спостерігався гострий бронхіт, у 12 – гострий назофарингіт, у 18 – гостра пневмонія. Добова доза препарату складала 20–30 мг амоксициліну та 5–7,5 мг клавуланової кислоти на 1 кг маси тіла. Проведені нами дослідження показали, що при гострих респіраторних захворюваннях у дітей переважала грампозитивна флора (стафілококи, стрептококи). Клінічний ефект при комплексній терапії з використанням препарату Флемоклав Солютаб виявлявся вже на 2–3-й день лікування за всіх нозологічних форм гострої респіраторної інфекції. Повне видужання з нормалізацією клінічних та гематологічних змін наставало у переважної кількості хворих на назофарингіт на 4-й день терапії. Серед хворих на гострий бронхіт до 5–7-го дня лікування кашель зберігався лише у 3. Загальні та місцеві симптоми пневмонії зменшувались на 4–6-й день лікування, позитивні рентгенологічні зміни спостерігались у строки від 7 до 10 днів. Більш тривало зберігався синдром кашлю, який на фоні допоміжної терапії повністю минав до кінця другого тижня. Дуже добру та добру ефективність препарату було одержано у 85% дітей, у 2 дітей спостерігалась середня ефективність, у 3 – ефекту від терапії не одержано. Препарат добре переносився, не давав значних побічних ефектів. Таким чином, препарат Флемоклав Солютаб має високу протизапальну активність за різних форм гострої респіраторної інфекції.

Актуальні проблеми кардіоревматології дитячого віку

ПОКАЗНИКИ ДОПЛЕРОГРАФІЇ СУДИН ШІЙ У ДІТЕЙ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

В.Г. МАЙДАННИК, Р.В. ТЕРЛЕЦЬКИЙ, М.В. ХАЙТОВИЧ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи у підлітковому віці. Як доводять дослідження останніх років, підвищений артеріальний тиск призводить на початкових стадіях захворювання до функціональних, з часом і до органічних змін в органах-мішенях. Як відомо, у відповідь на підвищений тиск крові судини реагують зміною свого тону, що викликає зміни швидкісних показників кровоплину, з тривалістю захворювання відмічається потовщення стінки судини. Одним з органів-мішеней при АГ є судини мозку, особливості кровоплину в них у підлітків з первинною АГ залишаються мало вивченими. Тому метою нашого дослідження було вивчення особливостей будови та кровоплину в судинах ший у дітей з первинною АГ. Під спостереженням знаходилося 19 дітей (14 хлопчиків та 5 дівчаток) віком від 11 до 18 років. Окрім загальноклінічного і додаткового обстеження, на підставі якого виключалася вторинна АГ, дітям проводили добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) з використанням моніторів тиску «АВРМ-04/М» фірми «MEDITECH» (Угорщина) з плечовою манжеткою. Вивчали наступні показники ДМАТ: середній денний систолічний та діастолічний артеріальний тиск (сДАТс та сДАТд), середній нічний систолічний та діастолічний артеріальний тиск (нДАТс та нДАТд), середню частоту серцевих скорочень (сЧСС), показники навантаження тиском. Загальні сонні артерії (ЗСА), зовнішні та внутрішні сонні артерії (ВоСА та ВнСА) вивчали за допомогою ультразвукового дослідження з доплерографією на апараті

ALOKA SSD-5000 ProSound PHD з визначенням наступних показників: діаметр судин, комплекс інтима-медіа (КІМ), пікова систолічна та кінцева діастолічна швидкість, індекс резистентності. За результатами ДМАТ хворих розподілено на дві групи: з лабільною артеріальною гіпертензією (ЛАГ) – 7, стабільною артеріальною гіпертензією (САГ) – 12 дітей. Середній вік хворих в обох групах достовірно не відрізнявся (відповідно $14,33 \pm 1,50$ та $14,83 \pm 2,28$ року). Встановлено, що у хворих з ЛАГ і САГ діаметри ЗСА в систолу і діастолу, КІМ суттєво не відрізнялись: відповідно – $5,33 \pm 1,02$ проти $5,51 \pm 0,88$ мм, $4,67 \pm 0,52$ проти $4,86 \pm 0,87$ мм, $0,750 \pm 0,191$ проти $0,758 \pm 0,197$ мм. Однак відмічено позитивний кореляційний зв'язок між показниками сДАТс та систолічним діаметром ЗСА ($r=0,52$; $p<0,05$), сДАТс та товщиною КІМ ($r=0,55$; $p<0,05$), негативний кореляційний зв'язок між сЧСС та діастолічним діаметром ЗСА ($r=-0,53$; $p<0,05$). Швидкісні показники загалом у обстежених хворих були в середньому вищими за нормативні. Так, пікова систолічна швидкість в ЗСА становила $145,24 \pm 39,90$ см/с, кінцева діастолічна – $34,09 \pm 11,83$ см/с, середня – $62,32 \pm 16,25$ см/с. Індекс резистентності в обох групах достовірно не відрізнявся ($0,772 \pm 0,080$ та $0,763 \pm 0,068$). Таким чином, виявлено наявність кореляційних зв'язків між нічним систолічним артеріальним тиском і товщиною комплексу інтима-медіа, систолічним діаметром загальної сонної артерії, що вказує на можливу перебудову мозкових судин в умовах підвищеного артеріального тиску у дітей. Отже, високий нічний систолічний артеріальний тиск є маркером даної перебудови, що узгоджується з даними літератури щодо поєднання високого нічного тиску з ураженням органів-мішеней. Негативний зв'язок середньодобової ЧСС з діастолічним діаметром загальної сонної артерії, можливо, свідчить про компенсаторну реакцію в умовах підвищення тону судин у дітей з первинною артеріальною гіпертензією.

ФАКТОРИ РИЗИКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ

М.В. ХАЙТОВИЧ, Г.Є. СОЛОГУБ, Л.П. ГЛЄБОВА,
В.Є. ДОСЕНКО, Л.І. МІСЮРА, В.В. ДОВГОДЬКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ.
Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України, м. Київ

Артеріальна гіпертензія (АГ) – досить поширена патологія, яка виникаючи в дитячому віці, швидко призводить до розвитку багатьох ускладнень. Серед факторів ризику АГ особливо слід виділити наявність надмірної маси тіла, генетичну схильність, психічні стреси.

Метою роботи було дослідження впливу патогенетичних чинників на розвиток АГ у дітей та визначення початкових проявів ураження серцево-судинної системи.

На базі ДКЛ № 6 Шевченківського району м. Києва нами було обстежено 48 дітей (18 дівчаток і 30 хлопчиків) віком від 8 до 17 років (середній вік $14,04 \pm 2,05$ року). Комплекс обстеження, крім загальноклінічного, включав добуве моніторування артеріального тиску (ДМАТ) з використанням моніторів тиску «ABPM-04/М» фірми «MEDITECH» (Угорщина) з плечовою манжеткою. Визначали генетичні поліморфізми гена ендотеліальної NO-синтази (промотора, екзону 7, інтрону 4) та інтрону 16 гена ангіотензинперетворюючого ферменту методом полімеразної ланцюгової реакції. Допплерокардіографічне дослідження проводили за стандартною методикою на апараті Envisor HD (фірма «Philips», Нідерланди). Психологічне тестування включало використання шкал депресивності, особистісної та ситуативної тривожності (тест Спілбергера) та алекситимічності (Торонтська Алекситимічна Шкала).

У 37,5% обстежених була надлишкова маса тіла (індекс маси тіла (ІМТ) у межах від 85-го до 95-го перцентилу), у 42% – ожиріння (ІМТ >95-го перцентилу), у 21% – нормальна. За даними ДМАТ у 58% хворих була стабільна (САГ), у 16% – лабільна (ЛАГ) форма АГ, у 25% виявлявся нестабільний профіль артеріального тиску (НестАТ).

Встановлено залежність між ступенем підвищення АТ і наслідуванням патологічних алелей eNOS та гена АПФ, причому при одночасному наслідуванні декількох факторів така залежність зростає. Так, виявлено кореляційну залежність між максимальними систолічним АТ ($r=0,43$, $p<0,05$), діастолічним АТ ($r=0,52$, $p<0,05$) і кількістю патологічних алелей вказаних генів. Виявлено підвищення особистісної та ситуативної тривожності відповідно у 65 та 62% обстежених хворих. Алекситимічність спостерігалась у 34% хворих, високі значення за шкалою депресивності виявлено лише у одного хворого (3,4%), однак встановлено достовірний кореляційний зв'язок між ІМТ і ступенем депресивності у дівчаток ($r=0,5$, $p<0,05$). У 20% хворих виявлено прояви діастолічної дисфункції, на що вказувало збільшення часу ізвольометричного розслаблення міокарда (IVRT) та співвідношення А/Е, а ще у 46,7% – аномалію релаксації (лише подовження IVRT). Достовірної кореляції між ІМТ та проявами діастолічної дисфункції не виявлено. Екзогенні фактори ризику (ожиріння, психоемоційне напруження) та генетична обтяженість, їх поєднання (на що вказує зв'язок між наслідуванням патологічних алелей генів eNOS та

АПФ та ступенем підвищення артеріального тиску) сприяють швидкому ураженню органів-мішеней (викикають, зокрема, діастолічну дисфункцію міокарда лівого шлуночка) у дітей з первинною АГ.

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМУ WPW

В.Г. МАЙДАННИК, Л.П. ГЛЄБОВА, І.В. АНДРУЩЕНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Метою даного дослідження було вивчення клінічних проявів, стану вегетативної нервової системи (ВНС), добової варіабельності ритму серця (ВРС), морфофункціонального стану серця у дітей з синдромом WPW. Під спостереженням знаходилось 32 дитини. Стан ВНС оцінювали за допомогою комплексу методів. Вегетативний гомеостаз та вегетативну реактивність визначали за допомогою кардіоінтервалографії (КІГ), вегетативну забезпеченість діяльності – за допомогою ортокліностатичної проби (КОП). Аналіз ВРС здійснювали за оцінкою 24-годинного запису кардіоритмограм, отриманих при проведенні холтеровського моніторування ЕКГ (ХМ ЕКГ). Ехоморфологію серця оцінювали за кінцево-систолічним об'ємом (КСО), кінцево-діастолічним об'ємом (КДО), діаметром лівого передсердя (ЛП), товщиною міжшлуночкової перегородки (МПП), задньою стінкою лівого шлуночка (ЗСЛШ) у діастолу та систолу. Контракційну функцію міокарда – за даними фракції укорочення лівого шлуночка (FS), фракції викиду (ES), швидкості систолічного укорочення ЗСЛШ (S1) та ступенів систолічного потовщення міокарда МПП та ЗСЛШ (ΔTrw та ΔTs відповідно). Релаксаційну функцію – за швидкістю діастолічного розслаблення міокарда ЗСЛШ (S2), графіком мітрального клапана (МК), розмірами лівого передсердя (ЛП), а також за швидкісним відношенням раннього трансмітрального кровоплину та швидкості передсердного кровоплину (А/Е) та часу ізвольометричного розслаблення міокарда (IVRT). Визначено певні особливості клінічних проявів у дітей із синдромом WPW, зокрема, скарги цереброастенічного, кардіального та психоемоційного характеру. А скаргу на відчуття завмирання серця (Sp – 86%, ВДЦ – 37%) можна використовувати як критерій діагностики даного синдрому. Вегетативний гомеостаз у хворих характеризувався вихідною симпатикотонією (45%) або амфотонією (45%), гіперсимпатикотонічним (64,5%) типом вегетативної реактивності та переважно недостатнім вегетативним забезпеченням діяльності за даними КОП (гіпердіастолічний варіант – у 26,3%, асимпатикотонічний – у 21,7%).

У дітей із синдромом WPW спостерігається тенденція до зниження загальної ВРС, напруження обох відділів ВНС з переважанням впливів симпатичного відділу ВНС на серцевий ритм.

Виявлено високу частоту аномалій хордального апарата (60%). Характерний вигляд мав графік кінетики МПП у М-режимі – наявність інцизури, яка відповідає місцю знаходження раннього збудження. Задовільна контрактильна функція міокарда. Діагностично значуще зниження показників швидкості відкриття МК (DE) та достовірне ($p<0,05$) зниження швидкості раннього діастолічного прикриття пере-

дної стулки МК (ЕФ), що можна пояснити особливістю графіка руху МК, нормоволевмічний, еукінетичний тип центральної гемодинаміки. Поєднання тенденції до зниження загальної ВРС у хворих із синдромом WPW з гіперсимпатикотонічною реактивністю та суперечним поєднанням синусової брадикардії – за даними стандартної ЕКГ та синусової тахікардії – за даними ХМ ЕКГ є прогностично несприятливою ознакою щодо розвитку ускладнень з боку даного синдрому.

КРЕАТИВНІСТЬ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМ

М.В. ХАЙТОВИЧ¹, О.Б. ТЕРЕШИНА², Г.Є. СОЛОГУБ¹,
Н.Б. ПРАНК¹, С.М. ЗІНЧЕНКО², В.В. ДОВГОДЬКО¹,
М.І. ТРОХИМОВА¹

¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ.

Інститут соціальних і культурних зв'язків
ім. Св. княгині Ольги, м. Київ

В генезі багатьох хронічних захворювань внутрішніх органів у дітей важливу роль відіграють такі психоемоційні порушення, як тривога і депресія, зокрема їх надмірність в ситуації хронічного стресу, фрустрації, внаслідок чого виникає порушення вегето-ендокринної регуляції. Тому важливо виявляти особистісні характеристики хворих, що відображають стан компенсації до умов життя, можливості долання складних ситуацій. Такою характеристикою може бути креативність.

Як відомо, креативність – це спрямованість на нове і вміння глибоко усвідомлювати власний досвід, крім того, здатність дивуватися, відшукувати рішення в нестандартній ситуації. Когнітивний бік креативності містить такі характеристики творчого мислення: продуктивність – багатство ідей, асоціацій, варіантів вирішення проблем; гнучкість – здатність швидко змінювати способи дій, переходити від одного класу об'єктів до іншого; оригінальність – рідкісність, незвичайність, унікальність способу розв'язання певної проблеми. Особливості креативності у дітей з хронічними захворюваннями мало вивчені.

Нами обстежено 40 дітей віком 5–17 років. Серед обстежених у 12 верифіковано з використанням сучасних методів дослідження цукровий діабет 1 типу (ЦД), у 4 – гіпоталамічний синдром, у 10 – первинну артеріальну гіпертензію (АГ), у 14 – вегетативно-судинну дисфункцію (ВСД). Комплекс обстеження, крім загальноклінічного, включав модифіковані тести Вільямса (тест дивергентного мислення і дитячий тест-опитувач власних творчих характеристик).

Встановлено, що у 17,3% хворих з однаковою частотою в різних групах гнучкість мислення була підвищена, у інших відповідала нормальним значенням. Оригінальність мислення лише у 27,4% хворих була підвищена (частіше у хворих з цукровим діабетом), у 17,3% – знижена (переважно у хворих із первинною артеріальною гіпертензією). За шкалою розробленості у більшості хворих (91,8%) були низькі значення і тому в цілому у більшості обстежених (91,8%) сумарна креативність була низькою. 60% хворих вважали себе допитливими, 18,2% – з надмірною уявою, 76% – складними, 83,6% – ризикованими. В середньому найнижчі сумарні значення

креативності були у хворих з АГ (58,28±11,29 бала, $p<0,05$) порівняно з хворими з ВСД і ЦД 1 типу – відповідно 66,72±4,77 і 66,14±8,54 бала.

У хворих з АГ відмічено достовірний ($p<0,05$) зворотний кореляційний зв'язок між середньодобовим систолічним артеріальним тиском і показниками шкали гнучкості та сумарною креативністю ($r = -0,77$). Отже, у дітей з хронічними захворюваннями відмічається при середній оригінальності та високій самооцінці низька загальна креативність. Найбільш дисгармонійними в плані креативності є діти з цукровим діабетом 1 типу, найнижчі загальні показники креативності за рахунок малої оригінальності – у дітей з первинною артеріальною гіпертензією. Мала креативність, її дисгармонійність можливо є факторами, що зумовлюють зниження адаптації до суспільних вимог і основою для хронічного психоемоційного напруження.

ДИНАМІКА АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З СЕРЦЕВИМИ АРИТМІЯМИ ЗА ДАНИМИ ПЕРЦЕНТИЛЬНОГО АНАЛІЗУ

М.М. КАЛАДЗЕ, Л.А. СЕМЕРЕНКО, Т.М. ДУСАЛЄЄВА,
О.В. ШЕВЦОВ

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

В даний час, за даними літератури, від 40 до 65% «ювенільних» артеріальних гіпертензій (АГ) переходять в розряд дорослої патології. Ризик розвитку АГ у підлітків, найімовірніше, пов'язаний з вегетативним і гормональним дисбалансом в цьому віковому періоді.

Метою даного дослідження була оцінка показників добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ), виявлення чинників ризику розвитку АГ у дітей з серцевими аритміями, а також вивчення їх динаміки в процесі лікування.

Нами було обстежено 71 підлітка з порушеннями серцевого ритму (середній вік 13,8±0,2 року). Контрольну групу склали 20 здорових дітей, порівнюваних за статтю і зростом. Всім дітям проводили ДМАТ і ЕКГ за методом Холтера. Відповідно до виявлених порушень ритму дітей було розподілено на дві групи: I – 43 (60,5%) підлітки з екстрасистолією, II – 28 (39,5%) дітей з синдромом слабості синусного вузла (СССВ). При СМАТ одержані за групами середні показники АТ не виходили за межі 90 перцентилля. Проте порівняно із здоровими відмічено, що у дітей з екстрасистолією спостерігається підвищення практично всіх показників АТ, а у дітей з СССВ – зменшення середньодобової систоли АТ (Ср.доб.САТ) і середньоденної систоли АТ (Ср.ден.САТ), а також збільшення середньонічної систоли АТ (Ср.н.САТ). У частини підлітків I групи показники АТ були в межах 90–95 перц., так званий «високий нормальний АТ»: у 2,8% дітей за Ср.доб.САТ, у 8,3% – за Ср.ден.САТ, у 11,1% – за Ср.н.САТ і у 16,7% – за Ср.н.САТ; що перевищують 95 перц.: у 2,8% дітей – за Ср.доб.САТ, у 5,6% – за Ср.н.САТ і у 2,8% – за Ср.н.САТ.

У дітей II групи також відмічено відхилення від допустимих рівнів за показниками: Ср.ден.САТ і Ср.н.САТ – у 3,6% дітей в межах 90–95 перц. і у 7,1% дітей відмічено підвищення Ср.н.САТ вище 95

перц. Залежно від одержаного лікування дітей було розподілено на групи: А – діти, які одержували базисну терапію, Б – діти, яким до лікувального комплексу було включено антигомотоксичний препарат Ангіо-ін'єль (по 1,1 мл двічі на тиждень № 10). Після проведеного лікування в І Б групі відмічено достовірне ($p < 0,05$) зниження Ср.доб.САТ на 5,1%, Ср.доб.ДАТ – на 4,5%, Ср.ден.САТ – на 3,4%, Ср.ден.ДАТ – на 4,3%, Ср.н.ДАТ – на 4,8%, наближаючись до групи здорових дітей. У ІІ Б групі відмічено збільшення Ср.доб. і Ср.ден. САТ (на 1,0 і 3,6%, відповідно), зменшення Ср.н.САТ на 1,9%, наближаючись до рівня контролю. У ІА і ІІА групах дітей за даними середніх показників АТ в різні періоди достовірної позитивної динаміки відмічено не було. Таким чином, в процесі дослідження ми показали, що у дітей з порушеннями серцевого ритму визначаються предиктори АГ у вигляді підвищення рівня середніх показників АТ («високий нормальний тиск» і вище 95 перц.). В ході лікування отримано позитивну динаміку показників АТ, найбільш виражену в групі дітей з екстрасистолією, які отримували антигомотоксичний препарат Ангіо-ін'єль, що дозволяє рекомендувати його включення до комплексу лікування дітей з серцевими аритміями.

РОЛЬ ОКСИДУ АЗОТУ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В АТЕРОГЕНЕЗІ У ДІТЕЙ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, С.П. КРИВОПУСТОВ, Т.С. МОРОЗ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Проблема атеросклерозу, яка дотепер вважалася не педіатричною, все частіше стає темою наукових досліджень саме в педіатрії. І хоча в судинах дітей атеросклеротичні бляшки практично не зустрічаються, виявлення початкових змін судинної стінки у дітей, які є предикторами розвитку атеросклерозу, та медикаментозна корекція їх дозволяють запобігти більш тяжким наслідкам цього захворювання. В розвитку атеросклеротичного процесу провідна патогенетична роль належить дисфункції ендотелію та змінам у системі NO-NOS.

За нормального функціонування ендотелію оксид азоту (NO) має антиатерогенний ефект: пригнічує утворення комплексів окисленого холестерину з ліпопротеїдами низької густини (ЛПНГ), запобігає вазоконстрикторним ефектам тромбоксану A_2 та серотоніну, знижує стабільність мРНК моноцитарного хемотаксичного фактора, запобігає адгезії та агрегації тромбоцитів, пригнічує експресію прозапальних генів (NF- κ B). В умовах зниженого синтезу NO захисні механізми не функціонують, отже, запускаються механізми атерогенезу.

Дисфункція ендотелію при атерогенезі призводить до зрушення фібринолітичної рівноваги в бік інгібіторів фібринолізу. При цьому підвищується активність тканинного АПФ, збільшується утворення АП і деградація брадикініну. Ангіотензин ІІ викликає вазоконстрикцію, стимулює міграцію гладеньких міоцитів, підвищує утворення ендотеліну-1 та є індуктором оксидантного стресу. Поряд з цим, пошкодження ендотеліальних клітин відбувається за рахунок окислених ліпопротеїдів (ЛПНГ), які значно пригнічують ендотеліозалежну вазодилатацію.

Зв'язуючись з ендотеліальною клітиною за допомогою рецепторів-скавенджерів типу В (CD-36 и SR-B1) та специфічних лише для окислених рецепторів (членів типу С лектинової родини), ЛПНГ уражують систему NO-NOS, зменшують зворотне захоплення аргініну ендотеліоцитами, порушують продукцію цГМФ. За рахунок активації протеїнази С ЛПНГ відбувається значне пригнічення активності NOS у місці атеросклеротичної бляшки. Поряд з цим, на фоні значної інгібіції вазодилаторів, ЛПНГ стимулюють синтез вазоконстрикторів (ендотеліну-1, простагландину I_2), які не лише викликають стійкий спазм судин, а й посилюють проліферацію та є індукторами апоптозу. Крім зазначених порушень, ЛПНГ призводять до посилення експресії селективних на тромбоцитах та зменшення супресії Ca-залежних конформаційних змін у глікопептиді ІІb/ІІІa, що сприяють зв'язуванню фібриногену.

Тому своєчасне виявлення та медикаментозна корекція початкових симптомів атеросклерозу у дітей дозволять значно зменшити прояви та запобігти наслідкам зазначеної патології.

МЕТАБОЛІЧНІ СИНДРОМИ МІОКАРДА: СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ

А.І. СТРАШОК

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Харків

Поширеність хвороб серцево-судинної системи як у дитячому віці, так і серед дорослих загальновідома. Крім того, стало постулатом те, що «захворювання дорослих починаються з дитинства». Домінуюча роль у структурі серцево-судинних захворювань у дітей і підлітків належить «синдрому вегетативних дисфункцій» й «не уточненим ураженням серця». Необхідність застосування засобів, що впливають на адаптаційні біохімічні механізми в міокарді, є патогенетично виправданою, особливо при ішемічних і вторинних неапельних ураженнях серця.

Виражені порушення функціонування міокарда спостерігаються при метаболічних кардіопатіях, ускладнених екстрасистолічною аритмією. Наявність шлуночкових екстрасистол супроводжується зниженням коронарного кровоплину на 15–20%, хвилинного об'єму кровообігу – на 20–25% і мозкового кровоплину – на 25–30%.

У зв'язку з цим, фармакологічний вплив при зазначених станах повинний бути спрямований на підвищення енергетичного статусу міокардіоцитів. Доказова база, що сформувалася нині, щодо кардіологічних препаратів метаболічної дії, в першу чергу, триметазидину, знову поставила гостро питання про коло їхніх впливів і сферу застосування. Особливо актуальним це питання було й залишається в педіатричній кардіології, де традиційно метаболічна терапія розглядалася як патогенетично обґрунтована та з широким спектром показань. Вважається, що точкою впливу препаратів метаболічної дії є внутрішньомітохондріальні біохімічні реакції.

Відомо, що окислювання глюкози при ішемії є кращим біохімічним механізмом захисту міокарда. Обґрунтовано теорію «глюкозо-жирнокислотного циклу», відповідно до якої їхнє окислювання поєднується між собою й перебуває в реципрокній залежності. Таким чином, якщо збільшити утилізацію

глюкози клітинами, то зменшиться окислювання жирних кислот.

До числа нових фармакологічних засобів цитопротекторної групи, що проявляють кардіопротекторну й антиаритмічну дію, відноситься оригінальний комбінований препарат Ритмокор®, що має властивість нормалізувати енергетичний статус міокарда за рахунок стимуляції реакцій пентозофосфатного шляху окислювання глюкози, не вимагає пригнічення окислювання жирних кислот за умов нормоксії. За результатами досліджень, Ритмокор® поліпшує метаболізм, справляє мембраностабілізуючу, антиаритмічну й антиоксидантну дію. Сприятливий вплив на метаболізм зумовлений підвищенням активності окисно-відновних ферментів, зокрема Na^+/K^+ -Атф-ази, що, в свою чергу, сприяє підвищенню стабільності електрофізіологічних властивостей кардіоміоцитів.

В умовах ішемії та гіпоксії Ритмокор® пригнічує інтенсивність реакцій вільнорадикального окислення ліпідів і білків, обмежує зниження активності супероксиддисмутази, зменшує вміст молочної кислоти в кардіоміоцитах, справляючи антиангінальну, антиішемічну й антиаритмічну дію.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СУДИННОГО РУСЛА В ДІАГНОСТИЦІ СКЛЕРОДЕРМІЇ У ДІТЕЙ

Т.В. МАРУШКО, Т.В. ТАРАНЕНКО

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Ювенільна склеродермія – системне захворювання сполучної тканини, що характеризується запаленням і прогресуючим фіброзом шкіри, підшкірної клітковини та м'язів. За даними літератури при склеродермії уражаються судини крупного, середнього та дрібного калібру за типом васкуліту. Феномен Рейно спостерігається в 90% дифузної та 99% лімітованої форми та поєднується зі шкірним фіброзом та виразкуванням.

Метою нашої роботи було дослідження структурних і функціональних змін магістральних судин при склеродермії у дітей за допомогою ультразвукової доплерографії.

За період з грудня 2006 по травень 2007 рр. у відділенні кардіоревматології ЦДМЛ № 1 м. Києва було обстежено 15 хворих з ювенільною склеродермією. Дослідження проводилися на апараті «PHILIPS» серії En Visor датчиками з частотою 5 МГц і 1,9 МГц. Було досліджено судини шиї (сонні артерії) та вертебро-базиллярного басейну. Під час обстеження у пацієнтів було відмічено наступні зміни: у 14 (80,0%) – ущільнення та потовщення стінки судин (комплексу інтима-медія) у загальних артеріях від 1,3 до 1,8 мм, у 13 (87,0%) – комплекс інтима-медія мав неоднорідну структуру, і шари чітко не диференціювалися. Підвищення швидкісних показників кровоплину (систоличної, діастолічної швидкості, індексу периферичного опору) відмічалось у 10 (67,0%) хворих.

Отримані результати мають значення для виявлення порушень архітектоники та функції судинного русла в різних місцях його локалізації при ювенільній склеродермії, що важливо для діагностики та контролю за ефективністю лікування цих змін.

УДОСКОНАЛЕННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Нині, за даними Європейської Комісії, понад 50% ліків в педіатричній практиці використовують за недоволеними в педіатрії показаннями, або застосовують ліки, не дозволені в дитячому віці. Це питання є ще актуальнішим для кардіології дитячого віку. Бажаючи більш повно використати можливості сучасної фармакоterapiї, дитячий кардіоревматолог застосовує або вимушений застосовувати лікарські засоби поза зазначеними в інструкції віковими показаннями, що може підвищити ризик побічних реакцій та юридично неприпустимо.

Наприклад, загальновідомо, що при синдромі подовженого інтервалу QT застосовують бета-блокатори. Так, за кордоном частіше використовують пропранолол у дітей молодшого віку та надолол у дітей старшого віку. В Україні дитячий кардіоревматолог не має права використовувати налодол (Anabet, Betadol, Corgard, Nadic, Solgol) та змушений призначити у всіх вікових групах пропранолол, що й зазначено у відповідному Протоколі МОЗ України. Тотожна ситуація складається і з інгібіторами АПФ: в інструкції до еналаприлу в Україні лікар та батьки дитини читають, що ефективність та безпечність зазначеного препарату у дітей не вивчена, тому його дітям не призначають.

Отже, в Україні назріла гостра потреба у проведенні належних клінічних випробувань щодо вивчення ефективності та безпечності численних лікарських засобів у дітей та підлітків, що впливають на серцево-судинну систему, в тому числі генеричних. Це, зокрема, бета-блокатори, інгібітори АПФ, антагоністи кальцію, антиаритмічні засоби різних класів, діуретики тощо. При цьому особлива увага має приділятися вивченню терапевтичної біоеквівалентності генеричного препарату порівняно з оригінальним лікарським засобом, або, за неможливості порівняння з брандом, – з препаратом, що є лідером на фармацевтичному ринку країни.

Безумовно, клінічним дослідженням препарату у дітей мають передувати відповідні дослідження у дорослих. При цьому при виборі методів дослідження та цільових вимірюваннях перевагу слід віддавати неінвазивним методикам у дітей, обмежувати частоту аналізів крові тощо.

Важно переоцінити значення використання спеціальних педіатричних форм для лікування захворювань серцево-судинної системи. На сьогоднішній день таких форм вкрай недостатньо, – потрібні відповідні дитячі лікарські засоби, що не містять алкоголю, випускаються у вигляді крапель, суспензій, супозиторіїв тощо.

Лише проведення вищезазначених спланованих педіатричних досліджень та забезпечення фармацевтичного ринку необхідними лікарськими засобами в педіатричних формах забезпечать належне лікування різноманітних серцево-судинних захворювань у дітей та підлітків, що, в свою чергу, сприятиме поліпшенню прогнозу та зменшенню прогресування кардіоваскулярної патології в дорослому віці.

АРТЕРІАЛЬНА ГІПОТЕНЗІЯ І НЕСТАБІЛЬНИЙ АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК У ДІТЕЙ: ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ

М.В. ХАЙТОВИЧ, Е.С. СУХОДОЛЬСЬКА, Л.І. МІСЮРА,
Н.М. КУХТА, І.М. НЕДАШКОВСЬКА, О.О. ЮЩИК,
Л.М. ІЛЬІНСЬКА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Серед факторів, що впливають на стабільність артеріального тиску, велике значення мають стреси, психоемоційне напруження, розлади нейрогуморальної регуляції, оксидативний стрес в ендотеліоцитах тощо. Тому в терапії порушень судинного тону у дітей важливо поєднувати вплив на оксидативний стрес з метаболічною терапією, поліпшенням регулюючої ролі ЦНС. Нами проведено обстеження 106 дітей віком 7–17 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Київському міському центрі діагностики та корекції вегетативних дисфункцій у дітей ДКЛ № 6 з приводу зниженого артеріального тиску. Хворі вступали до стаціонару із скаргами на слабкість, підвищену втомлюваність, головний біль, синкопальні й напівсинкопальні стани. Зрідка відмічались кардіалгії, біль в животі. Крім загальноклінічного обстеження, на 3–7-й день знаходження в стаціонарі проводили добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) з використанням моніторів тиску «АВРМ-04/М» фірми «MEDITECH» (Угорщина) з плечовою манжеткою, визначали стан мозкової гемодинаміки за допомогою реоенцефалографії та транскраніальної доплерографії. Крім того, проводили кардіоінтервалографію, психологічні тести для визначення самопочуття, активності, настрою (САН), оцінювали якість життя за допомогою спеціального опитника.

Артеріальну гіпотензію згідно з разовим вимірюванням виявлено лише у 20% дітей, які вступили з діагнозом вегето-судинної дисфункції за гіпотензивним типом, за даними ДМАТ (лабільна діастолічна артеріальна гіпотензія) – лише у кожній десятій дитині. Тобто, у 90% хворих з вегето-судинної дисфункцією за гіпотензивним типом реєструється нестабільний добовий профіль артеріального тиску, що, можливо, зумовлено швидкою редукцією судинної інтолерантності на фоні терапії.

Після виписки із стаціонару протягом 1–2 міс стан хворих знову погіршувався. Тому для пролонгації терапії ми при виписці із стаціонару 32 дітям віком 12–17 років призначали комплексний полівітамінний та полімінеральний препарат з адаптогенами Теравіт Тонік по 1 таблетці 1 раз на день протягом 1 міс, після чого проводили повторне дослідження.

Встановлено, що у переважної більшості дітей на фоні прийому препарату Теравіт Тонік поліпшилось самопочуття. В середньому ($X \pm SD$) зросли показники за шкалами активності й самопочуття тесту САН: відповідно від $3,11 \pm 1,37$ до $3,78 \pm 1,33$ балу та від $3,85 \pm 1,45$ до $4,08 \pm 0,73$ балу, хоча різниця не достовірна ($p > 0,05$). З боку мозкової гемодинаміки відмічено помірне зменшення тону судин периферичних судин та поліпшення венозного відтікання, за даними кардіоінтервалографії – зменшилась надмірна вегетативна реактивність від $4,51 \pm 3,63$ до $3,55 \pm 3,29$ ($p > 0,05$). Діти відмітили кращу переносимість змін погоди, емоційних та інтелектуальних навантажень, що сприяло поліпшенню якості життя (достовірно на $25,3\%$; $p < 0,01$).

Отже, у переважної більшості дітей зі схильністю до зниження артеріального тиску виявляється його нестабільність, у кожної п'ятої дитини – артеріальна гіпотензія. Призначення після курсу стаціонарного лікування препарату Теравіт Тонік збільшувало його ефективність і поліпшувало якість життя хворих. Значна ефективність терапії, можливо, зумовлена високим комплаєнсом внаслідок її зручності – хворий 1 раз на день приймає лише одну таблетку.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ З ГІПОТРОФІЄЮ

М.М. ПЕШИЙ, С.М. ТАНЯНСЬКА, В.П. БОЙКО,
Н.В. ЗАМОРСЬКА

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Нами проведено вивчення стану серцево-судинної системи у 56 дітей віком від 1 до 6 років, маса тіла яких при народженні складала 1200–2100 г. Обстеження включало анкетування дітей та їх батьків, а також клінічні та функціональні методи дослідження: електрокардіографію (ЕКГ), кардіоінтервалографію (КІГ), ультразвукове дослідження серця (ЕХОКС). Аналіз одержаних результатів виявив, що відхилення з боку серцево-судинної системи спостерігались у 34 (51,9%) дітей. 8 (14,0%) дітей скаржились на біль в ділянці серця, у 12 (21,0%) – скарги мали виражену астено-невротичну спрямованість. У 27 (48,0%) дітей спостерігались порушення ритму серця, частіше у вигляді тахі- та брадикардії, екстрасистолії, порушення функції провідності у вигляді неповної блокади правої ніжки пучка Гіса. Практично у всіх обстежених дітей вислуховувався систолічний шум різної інтенсивності. У 21 (35,4%) дитини діагностовано вегето-судинну дисфункцію, що клінічно проявлялося зміною артеріального тиску, розщепленням II тону над легеним стовбуром, наявністю систолічного шуму, а також підтверджено результатами КІГ. Остання виявила дисфункцію вегетативної регуляції в бік ваготонії (32 випадки), або симпатикотонії (24), що відповідно складало 58 та 42%. У 32 (56,7%) з числа обстежених дітей мали місце ознаки міокардіопатії, які виражалися зміщенням лівої межі серця, глухості серцевих тонів, систолічним шумом на верхівці. При аналізі біоелектричної активності міокарда у більшій частині дітей відмічено на ЕКГ зниження процесів реполяризації (зміна амплітуди зубця Т, його деформація, інверсія, зміщення сегмента ST нижче ізолінії), що свідчить про порушення обмінного балансу в серцевому м'язі. У 9 (10,6%) дітей при ЕХОКС виявлено малі структурні аномалії серця у вигляді пролапсу мітрального клапана і додаткових трабекул в порожнині лівого шлуночка. У 3 (5,3%) дітей відмічено природжені пороків серця (дефекти міжпередсердної та міжшлуночкової перегородок). Таким чином, одержані результати дослідження свідчать про часті й іноді виражені зміни з боку серцево-судинної системи у дітей, які народилися з низькою масою тіла. Це зумовлює необхідність проводити більш детальне обстеження параметрів серцево-судинної системи у дітей з метою більш раннього виявлення змін і своєчасного проведення необхідної їх корекції.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ

В.М. БУРЯК

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Артеріальна гіпотензія – це патологічний симптомокомплекс, який характеризується зниженням системного артеріального тиску та супроводжується низкою клінічних симптомів, що відображають зменшення кровоплину та перфузійного тиску в усіх органах та тканинах. У генезі артеріальної гіпотензії відіграють роль множинні різні етіологічні фактори. Залежно від першопричини виникнення гіпотензії відрізняються і механізми її розвитку. Нами обстежено 248 дітей віком від 11 до 14 років з артеріальною гіпотензією. В усіх обстежених вивчали особливості стовбурової регуляції діяльності серцево-судинної системи методом коротколатентних слухових викликаних потенціалів, вегетативний статус, місцеву регуляцію судинного тону за допомогою простагландинів. В результаті дослідження встановлено, що більш ніж у половини пацієнтів мали місце ті чи інші порушення в стані біоелектричної активності стовбурових структур мозку. Зокрема, виявлено зниження амплітуд I, III та V компонентів коротколатентних слухових викликаних потенціалів відповідно у 57,2, 27,4 та 25,7% випадків. Про затримку провідності у стовбурових структурах мозку свідчило подовження латентних періодів компонентів викликаних потенціалів: першого – у 30,4% випадків, другого – у 24,8%, третього – у 29,8%, четвертого – у 20,4%, п'ятого – у 20,6%. Вивчення вегетативного статусу дозволило виявити у 78,4% обстежених дітей з артеріальною гіпотензією різні його порушення. В 41,5% випадків констатовано збільшення активності парасимпатичної ланки вегетативної нервової системи, в 36,9% – симпатичної ланки. У 51,8% хворих виявився збільшеним рівень у крові простагландину E, у 51,3% – простагландину, що здійснюють депресорний ефект. У 22,7% осіб збільшувався рівень простагландину F, у 26,6% – тромбоксану, що здійснюють пресорну дію. В процесі аналізу отриманих даних виявлено, що у 89,4% дітей зі збільшеною активністю холінергічних вегетативних механізмів регуляції серцево-судинної діяльності спостерігалось збільшення пресорних простагландинів в крові. Навпаки, у дітей зі збільшенням активності адренергічної частки вегетативної нервової системи у 68,5% випадків був вищим норми рівень в крові простагландинів, що здійснюють депресорну дію. Отримані результати дозволили запропонувати діагностувати у першому випадку вегето-судинну дисфункцію за гіпотензивним типом, у другому – первинну артеріальну гіпотензію.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ МЕТАБОЛІЗМУ КІСТКОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

В.В. БЕРЕЖНИЙ, Ю.І. ТОДИКА, С.М. МАГОМЕДОВ

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

НДІ ортопедії та травматології АМН України, м. Київ

Останнім часом серед зростаючого поширення захворювань суглобів різної етіології у дітей значну питому вагу займає ювенільний ревматоїдний ар-

трит. Хронічний перебіг системного запального ураження, що має місце при ювенільному ревматоїдному артриті, призводить до порушень росту та набору піку кісткової маси у дітей.

Проблема остеопенії у дітей з хронічними запальними захворюваннями є тим актуальнішою, чим активніші процеси росту, що відбуваються. Зниження, або недостатній набір кісткової маси організмом, що росте, призводить не тільки до дефіциту росту, а й може бути чинником парадоксальних (остеопоретичних) переломів в катамнезі. Тому на сьогоднішній час увагу лікарів та дослідників привертає вивчення проблеми ранньої діагностики та запобігання розвитку остеопорозу у дітей.

Відбувається активний пошук оптимальних, найбільш повних, цінних у практиці і разом з тим некоштовних, малоінвазивних методів діагностики, що дозволили б вивчати, контролювати та запобігати розвитку остеопорозу у дітей різного віку. З цією метою ми використовували біохімічний метод дослідження маркерів метаболізму кісткової системи у дітей.

Метою нашої роботи було вивчення процесів кісткового ремоделювання у дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит. Обстежено 25 хворих віком від 4 до 17 років, яким було встановлено діагноз ювенільного ревматоїдного артрити, з різною давністю та активністю захворювання. Визначали рівні сироваткового кальцію, фосфору, лужної фосфатази, фракції оксипроліну крові (вільний та білково-в'язаний). Фракції оксипроліну в сироватці крові визначали за методом А. Креля, А. Фурцевої.

До маркерів кісткового утворення відносили загальну лужну фосфатазу, а до маркерів кісткової резорбції – кальцій, фосфор сироватки та фракції оксипроліну (Беневоленська Л.І., 2006).

За результатами отриманих даних, у всіх дітей відмічалось значне зниження показників сироваткового кальцію, фосфору. Підвищення активності лужної фосфатази спостерігалось у половини обстежених хворих (14), у інших було виявлено зниження активності лужної фосфатази, що мабуть пов'язано із застосуванням в лікуванні препаратів глюкокортикостероїдів та/або цитостатиків. При визначенні вільного оксипроліну у крові спостерігалось підвищення показників у 9 (36,0%) хворих, зниження – у 13 хворих (52,0%). Білково-в'язана фракція оксипроліну у 22 хворих виявила знижені показники. Корелятивного зв'язку з активністю перебігу та давністю захворювання нами не виявлено.

Всі діти отримували з лікувальною та профілактичною метою препарати кальцію з вітаміном D₃.

Таким чином, результати досліджень свідчать про те, що має місце тенденція до прискореного кісткового обміну з превалюванням кісткового утворення у більшості дітей та кісткової резорбції – у дітей з тривалим застосуванням базисних препаратів лікування основного захворювання, що може свідчити про недостатню ефективність профілактичних заходів щодо остеопенії у таких дітей. Ми вважаємо визначення маркерів остеопорозу досить перспективним напрямом у діагностиці та прогнозуванні перебігу остеопенії у дітей через високу чутливість й точне відтворення домінуючих патогенетичних процесів даного методу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ УЗД ДЛЯ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ АРТРИТІВ У ДІТЕЙ

В.П. ПОПОВ, Г.І. МАНТАК, Л.В. САФАНЮК*, Л.Л. ВІННИЧУК*, О.І. МАРЧУК*, Г.С. ГУМІНСЬКА*

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова.

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Захворювання суглобів у дітей – одна з основних проблем дитячої ревматології. Метод ультразвуково-го дослідження (УЗД) суглобів дозволяє неінвазивним шляхом візуалізувати ті анатомічні структури суглоба, які специфічно патологічно змінюються залежно від нозології.

Метою роботи було вивчення специфічних змін колінних суглобів за допомогою УЗД при ЮРА, ЮХА, РА. Нами проведено УЗД колінних суглобів дітям, які знаходились на лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні в 2002–2007 рр. (ЮРА – 116 дітей, ЮХА – 39, РА – 198) за допомогою апарата Sonoline-Adara «Siemens», лінійний датчик – 7,5–10 МГц. Оцінювали наявність рідини в порожнині суглоба, синовіальних сумках; характер синовіальної рідини (однорідність, наявність включень); змін синовіальної сумки, зв'язкового апарата, періартикулярних тканин (товщина, структура, щільність), деструкція суглобового хряща (фрагментарність, виоточеність, бугристість, панус).

У 95% хворих з ЮРА (моноартрит колінного суглоба) відмічено достовірне значне накопичення синовіальної рідини в порожнині суглоба і верхньому завороті, потовщення капсули бурси, наявність дрібноточкових, лінійних і глибоких включень, незначний набряк періартикулярних тканин. При поліартикулярних формах (з ураженням колінного суглоба) синовіт відмічено у 16% хворих, кількість синовіальної рідини була незначною. Дрібноточкові включення УЗ картини відповідали наявності клітинних елементів при проведенні мікроскопічного дослідження синовіальної рідини. Наявність лінійних структур при УЗД відповідала фібриновим ниткам, а глибокі утворення – значному осаду при мікроскопії. Вираженість УЗ включень залежала від тривалості синовіїту. У хворих на ЮРА з тривалістю процесу більше 3 місяців відмічено наявність потовщення капсули верхнього завороту («махровість»). В групі хворих на ЮРА, з тривалістю захворювання до 3-х років, УЗ ознак деструкції суглобового хряща виявлено не було. У всіх хворих з РА основними УЗ ознаками ураження суглоба були: набряк періартикулярних тканин з незначною кількістю рідини тільки в порожнині суглоба, відсутність потовщення синовіальної оболонки. УЗ картина синовіальної рідини характеризувалась відсутністю включень. У 19 (16,4%) хворих було проведено пункцію колінного суглоба з наступним мікроскопічним дослідженням рідини (цитоз до $3 \cdot 10^9$ /л, відсутність осаду). У хворих з ЮХА для УЗ картини в період активності запалення була характерною наявність рідини з різними включеннями в порожнині суглоба і в незначній кількості в верхньому завороті, потовщенням капсули, «махровістю» поверхні, набряком періартикулярних тканин. У 4 (10,2%) хворих відмічено фрагментацію суглобового хряща, що клінічно відповідало обмеженому згинанню $100-130^\circ$, розгинання $15-20^\circ$. Мікроскопія: цитоз, значний осад. Отже, наявність рідини з ехопозитивними включеннями в ко-

лінному суглобі з поширенням процесу на верхній заворот характерно для синовіїту при ЮРА (ексудативний синовіїт) і є показанням для пункції його з наступною мікроскопією. УЗ картина проліферативного синовіїту при РА, ЮХА не має специфічних ознак і в поєднанні з відсутністю специфічної мікроскопії вимагає більш детальної діагностики (артроскопії з морфологією біоптату).

СТАН ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ ТА ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЯ

В.Г. МАЙДАННИК, О.В. КУЛЕШОВ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ.

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Відомо, що серцеві дизритмії належать до найактуальніших питань дитячої кардіології. Однією з важливих причин їх виникнення є порушення вегетативного гомеостазу, а наслідком можуть бути розлади мозкового кровообігу. Враховуючи вищевказане, ми поставили за мету визначити стан вегетативного гомеостазу та церебральної гемодинаміки у дітей з порушеннями ритму серця.

Тип аритмії та стан вегетативного гомеостазу визначали за допомогою холтеровського моніторингу ЕКГ з аналізом середніх показників варіабельності ритму серця в статистично-часовому аналізі. Стан мозкової гемодинаміки оцінювали за даними реоенцефало- та доплерографії судин головного мозку. Обстежено 68 дітей віком від 6 до 17 років. Дітей було розподілено за віком, статтю та видом аритмії (екстрасистоли органічного та функціонального характеру). Основну групу складала 48 дітей, контрольна – 20. У 33,3% дітей основної групи було відмічено підвищення показників SDNN, SDANN. SDNNi, rMSSD, що вказувало на домінування у них парасимпатичного тону ВНС. Зменшення середніх значень вищевказаних показників вказувало на симпатикотонію (у 37,5% хворих). У 7 (14,5%) дітей спостерігалась патологічна ейтонія – напруження обох ланок ВНС, що проявлялось одночасним зниженням SDNN, SDANN. SDNNi та підвищенням rMSSD з симетричністю правого та лівого полігонів диференційної гістограми. Крім того, у 7 (14,5%) хворих виявлено одночасне напруження обох відділів ВНС без симетричності полігонів диференційної гістограми.

Серед дітей з вираженою симпатикотонією відмічено дистонічні зміни на реоенцефалограмі (РеоЕГ) тільки у 7 хворих, у решти дітей змін не спостерігалось. Серед дітей з парасимпатикотонічним впливом ВНС на серцевий ритм відмічено зниження судинного тону на РеоЕГ у 10 хворих. Проте згідно з результатами транскраніальної доплерографії у всіх хворих достовірно відмічено періодичні зміни кровоплину судин головного мозку, що є проявом вегетативної дисфункції. Результати доплерограми вказують на зниження кровоплину по *a. vertebralis* тільки з одного боку з підвищеним з протилежного, як компенсаційним перерозподілом кровоплину. Крім того, відмічено зниження тону надблокових артерій у 5 хворих, порушення венозного відтікання у 7 дітей. У

хворих з патологічною ейтонією відмічено дистонічні порушення кровоплину як при РеоЕГ, так і при доплерографії по окремих судинах. Залежність порушень церебральної гемодинаміки від статі та виду ритмів не простежувалась.

Отже, порушення ритму серця, як правило, завжди супроводжуються порушенням вегетативного гомеостазу та змінами церебральної гемодинаміки. Реоенцефалографія не завжди дозволяє достовірно встановити зміни мозкового кровоплину, на відміну від транскраніальної доплерографії. Крім того, доплерографія дозволяє виявити порушення гемодинаміки по окремих судинах, що має велике діагностичне значення як для уточнення діагнозу, так і для контролю проведеного лікування. Дітям з порушеннями ритму серця завжди необхідно проводити оцінку вегетативного гомеостазу та стану церебральної гемодинаміки для своєчасного виявлення певних порушень та їх медикаментозної корекції.

ТЕХНОЛОГІЯ ДІАГНОСТИКИ СОМАТОНЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У ДІТЕЙ З СИСТЕМОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Д.А. МІТЕЛЬОВ

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
АМН України», м. Харків

Серед медико-соціальних проблем підліткової медицини одне з провідних місць займає вивчення системної дисплазії сполучної тканини (СДСТ) через її високу поширеність серед дитячого та підліткового населення та поліморфізм клінічних проявів. Труднощі вивчення патогенезу СДСТ зумовлені складним механізмом розладів гомеостазу на тканинному, органному та організменому рівнях у вигляді різних морфофункціональних порушень вісцеральних і локальних органів.

Незважаючи на наявність особливостей будови сполучної тканини протягом усього життя людини, маніфестація основних клінічних ознак захворювання припадає саме на підлітковий вік, тобто в середньому з 13–14 років, і надалі продовжує зростати (при зменшених адаптаційних можливостях організму та відсутності адекватного лікування). Клінічні прояви СДСТ відрізняються значною різноманітністю. Серед них найбільш вивченими є патологічні зміни серцево-судинної системи, які можуть призводити до розвитку різних ускладнень, а також синдрому раптової смерті.

В основі діагностики соматоневрологічних порушень у дітей з СДСТ повинно бути вивчення клініко-анамнестичних даних, рівня стигматизації, неврологічного і нейровертебрального статусів, серед параклінічних – функціональна спондилографія шийного відділу хребта, реоенцефалографія із застосуванням функціональних проб, екстра- та транскраніальна доплерографія судин головного мозку, комп'ютерна стабілографія.

Встановлено, що на тлі соматичної патології у дітей рееструються численні клінічні ознаки, що свідчать про наявність нейроортопедичної, вертеброневрологічної, вегетативної та судинної патології: синдроми вегетативної недостатності, церебрального венозного застою, лікворної гіпертензії, периферичної

цervікальної недостатності, пірамідної недостатності, цефалгічний синдром, ліпотимічні та синкопальні стани.

Системний аналіз результатів клініко-інструментальних досліджень, концептуальне та математичне моделювання дозволили підтвердити патогенетичне значення нейровертебральних порушень у формуванні СДСТ та обґрунтувати методику формування клінічних стандартів діагностики.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ГЕМОДИНАМІКИ ТА ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ДОБОВОГО ІНДЕКСУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ПІДЛІТКІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

М.М. КОРЕНЄВ, Л.Ф. БОГМАТ, І.Д. САВВО, В.В. НІКОНОВА,
Е.М. НОСОВА, Т.В. ЄВДОКИМОВА, Е.Л. АХНАЗАРЯНЦ,
Л.В. ДАВИДКО

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
АМН України», м. Харків

Метою роботи було вивчення взаємозв'язку типів гемодинаміки та змін з боку органів-мішеней із різними варіантами циркадних коливань артеріального тиску (АТ) у підлітків із первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ).

Обстежено 50 юнаків з ПАГ віком 14–17 років.

Використовували клінічні, інструментальні (ехокардіографія, холтеровське моніторування АТ та пульсу), біохімічні (ліпідний спектр крові, адреналін, норадреналін з добової сечі) та імуноферментні (ренін, альдостерон, мікроальбумінурія) методи.

Залежно від добового індексу АТ всіх підлітків було розподілено на дві групи: перша – з нормальним рівнем нічного зниження артеріального тиску – dipper (46,0%), друга – з недостатнім нічним зниженням АТ – non-dipper (54,0%).

Встановлено, що в групі non-dipper переважали підлітки з гіперкінетичним варіантом гемодинаміки, який характеризувався підвищенням ударного об'єму (80,53±5,43 проти 67,93±6,08 мл; p<0,01) і зниженням показників ЗПСО (1665,19±169,51 проти 1485,97±181,67 дин.с.см⁻⁵; p<0,1), а також тенденцією до зниження насосної функції серця (ФВ – 67,28±3,27 проти 59,34±2,86%; p>0,1).

У групі non-dipper відмічалось підвищення рівня катехоламінів (адреналін – 47,26±7,64 проти 31,56±3,60 нмоль/добу; p<0,05), а в групі dipper – активності реніну плазми крові (0,86±0,34 проти 0,41±0,10 нг/мл/год; p<0,05).

При оцінці параметрів серця у підлітків із ПАГ встановлено достовірне збільшення порожнини лівого шлуночка в групі non-dipper порівняно з групою dipper (5,31±0,18 проти 4,55±0,13 см; p<0,05), що супроводжувалося достовірним збільшенням маси міокарда лівого шлуночка (ЛШ) й індексу маси міокарда ЛШ.

При оцінці рівня мікроальбумінурії відмічено достовірне підвищення її рівня у групі з недостатнім нічним зниженням рівня АТ (13,50±6,70 проти 65,40±9,30 мг/л; p<0,01).

Вивчення ліпідного спектру крові у підлітків з ураженнями добових коливань АТ також вказує на наявність певних відмінностей. Так, в групі dipper виявлено достовірне збільшення рівня загального

холестерину ($4,38 \pm 0,40$ проти $3,79 \pm 0,20$ ммоль/л; $p > 0,1$), тригліцеридів ($0,83 \pm 0,15$ проти $0,77 \pm 0,03$ ммоль/л; $p > 0,1$), на фоні підвищення показників ХСЛПВЩ ($1,37 \pm 0,10$ проти $1,17 \pm 0,11$ ммоль/л; $p < 0,01$). У підлітків, з неадекватним зниженням нічного АТ відбувалося зниження рівня ХСЛПВЩ ($1,17 \pm 0,11$ ммоль/л). Ці дані свідчать про те, що у осіб із групи non-dipper ліпідний спектр має більш атерогенну спрямованість і прогностично несприятливу значущість порівняно з підлітками з групи dipper.

Таким чином, отримані дані свідчать про те, що неадекватне зниження артеріального тиску в нічний час у підлітків із ПАГ є прогностично несприятливим показником як у формуванні самої гіпертензії, так і патологічних змін з боку органів-мішеней.

РОЛЬ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ІМУНІТЕТУ В ФОРМУВАННІ ОСТЕОАРТРОЗУ В ПІДЛІТКІВ

О.В. МАТВІЄНКО

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

Особливу значущість серед уражень опорно-рухового апарата має остеоартроз, що становить загально-медичну і соціально-економічну проблему, важливіми складовими якої є: рання інвалідизація хворих, значні фінансові витрати і, безумовно, – зниження якості їх життя. Актуальність питань остеоартрозу зростає в зв'язку з несприятливою тенденцією до «омолодження» цієї патології, а також із зростанням поширеності таких факторів ризику захворювання, як природжена дисплазія сполучної тканини, гіпермобільний синдром, перенесені в анамнезі запальні артропатії.

Відомо, що провідне місце у патогенезі остеоартрозу відводиться змінам у метаболізмі протеогліканів і колагену. Проведене нами дослідження дозволило встановити у підлітків, хворих на остеоартроз, при своєрідних порушеннях обміну сполучнотканинних структур певні особливості і в функціонуванні імунної системи, які торкаються різних ланок імунітету. Метою роботи була оцінка характеру взаємозв'язків між показниками імунної системи та їх значущість у розвитку остеоартрозу в підлітків.

Обстежено 116 підлітків 12–18 років із остеоартрозом, у 93 осіб остеоартроз розвинувся на тлі гіпермобільного синдрому (основна група), у решти (23 хворих групи порівняння) – за відсутності гіпермобільного синдрому. Для встановлення ступеня відхилень від нормативу параметрів імунної системи використано нормативний показник – t-критерій (Зосімов А.М., Голік В.П., 2005).

Проведені дослідження показали, що у хворих на остеоартроз на тлі гіпермобільного синдрому кластер з вираженими змінами складала ознаки, які відображали дефіцит Т-системи та порушення фагоцитарної ланки неспецифічної резистентності, а в групі порівняння вони характеризували переважно фагоцитарну активність і частково – дефіцит Т-системи.

Аналіз ієрархічних структур у змінах імунітету в порівнюваних групах свідчив про те, що у підлітків із наявністю гіпермобільного синдрому посилюється патогенетична значущість зниження CD^{8+} , CD^{4+} ,

CD^{8+} , фагоцитарного числа і послаблюється роль підвищення рівня цитокіну ФНП- α та імуноглобуліну А. Встановлено, що число показників із нормативними значеннями в групі підлітків, хворих на остеоартроз на тлі гіпермобільного синдрому, було майже в 2 рази меншим, ніж у підлітків групи порівняння. Це дозволяє припустити, що в цілому у досліджуваних основної групи мають місце більш виражені зрушення в ланках імунологічного гомеостазу. Математичним доказом зазначеного були дані комплексної оцінки ступеня відхилення показників імунітету за допомогою середньоарифметичних значень t-критерію всіх параметрів. Визначено, що у хворих цієї групи порушення імунного гомеостазу ($t=4,53$) перевищували такі у обстежуваних групи порівняння ($t=3,49$) на 29,8%. Така гомеостатична різноспрямованість імунологічних параметрів за неоднакових факторів ризику розвитку остеоартрозу створює для кожного варіанту цього захворювання специфічну патогенетичну детермінанту.

РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ – ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДИСТРОФІЧНИХ ЗМІН У СУГЛОБАХ У ПІДЛІТКІВ

І.С. ЛЕБЕЦЬ, Н.С. ШЕВЧЕНКО, О.В. МАТВІЄНКО,
Д.А. КАШКАЛДА, І.М. НЕЛІНА

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

З метою вдосконалення ранньої діагностики остеоартрозу (ОА) в підлітків з урахуванням механізмів розвитку даного захворювання було обстежено 26 дітей 11–18 років із ОА, які перенесли в минулому реактивний артрит (РеА). Проводили клінічні, рентгенографічні, ультразвукові дослідження суглобового апарата, визначали імунологічні (імунорегуляторні субпопуляції лімфоцитів, циркулюючі імунні комплекси, імуноглобуліни А, М, G, комплемент, цитокіни ІЛ-1, ІЛ-6, ФНП- α) та біохімічні (глікозаміноглікани, хондроїтинсульфати, оксипролін, кислота і лужна фосфатаза, кістковий ізофермент лужної фосфатази, колагеназа, еластаза, інгібітори еластази) параметри. Отримані дані порівнювали з такими у 93 підлітків того ж віку з ОА, що розвинувся на тлі диспластичних змін у суглобах, а саме – гіпермобільного синдрому (ГМС).

Основною групою уражених суглобів були колінні, в поодиноких випадках – гомілково-стопні та тазостегнові в поєднанні з колінними. У підлітків з перенесеним РеА в анамнезі клінічні прояви ОА характеризувались помірно вираженими артралгіями як надвечір (42,3%), так і вранці (23,1%), ознаками запалення у суглобах у вигляді слабовираженого синовіту (80,8%), не пов'язаного з дією інфекційних агентів, метеозалежністю (57,7%), сезонністю (30,8%) зі збереженням функціональної здатності суглобів.

Найбільш характерними рентгенологічними ознаками ОА у підлітків з РеА в анамнезі були: загострення та подовження міжжвиросткових підвищень великогомілкових кісток (82,79%), звуження суглобових щілин (72,26%), що за частотою і характером мало схожість із ОА на тлі ГМС. Провідними сонографічними ознаками ОА були: зниження товщини суглобового хряща, переважно на тлі ГМС, ніж після

РєА (85,71 проти 53,84%, $p < 0,01$), порушення структури хряща (21,33%), прояви синовіту (26,92%), який не відрізнявся за частотою при ОА на тлі ГМС (32,65%), зміни у субхондральному шарі кісток (16,21%).

У більшості хворих на ОА з РєА в анамнезі, як і на тлі ГМС, відбувалися значні порушення в метаболізмі протеогліканів і колагену, що підтверджувалися перерозподілом фракцій ГАГ, підвищенням вмісту загальних хондроїтинсульфатів ($p < 0,001$), оксипролінурією ($p < 0,001$). Дані зміни підтримувалися активацією лізосомальних і протеолітичних ферментів: колагенази (більш ніж в 2 рази), інгібіторів еластази. Отримано докази участі запалення у механізмах формування ОА після РєА, визначено гіперпродукцію прозапальних цитокінів (ІЛ-1, -6, ФНП- α), активацію В-ланки імунітету на тлі депресії Т-ланки і моноцитарно-фагоцитарної системи. Ці порушення у хворих з РєА в анамнезі були більш глибокими порівняно з підлітками з ОА на тлі ГМС.

Таким чином, проведені дослідження підтвердили, що реактивний артрит є фактором розвитку артрозоутворюючих змін як у структурі суглобів, так і у біохімічному та імунологічному гомеостазі. Найбільш інформативними діагностичними ознаками ОА у підлітків з реактивним артритом в анамнезі є звуження суглобової щілини та загостреність міжви́росткових підвищень великогомілкових кісток, підвищення активності колагенази в 3 і більше разів та підвищення інгібіторів протеолітичних ферментів, зміни характеру артралгій з виникненням їх надвечір та вранці.

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ФОРМУВАННІ ОСТЕОАРТРОЗУ У ПІДЛІТКІВ

І.С. ЛЕБЕЦЬ¹, Г.В. ЛЕТЯГО²

¹ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків.

²Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

Питання діагностики, механізмів розвитку, лікування остеоартрозу (ОА) залишаються досить актуальними. Їх значущість посилюється в зв'язку з поширеністю патології, ранньою інвалідизацією, розвитком ОА не тільки у людей похилого віку, але й у молодих і підлітків. ОА характеризується стійким больовим синдромом, що вимагає тривалого лікування, значних економічних витрат та знижує якість життя пацієнтів. Серед причин болю певне значення відводиться дегенеративним змінам у хрящовій тканині, наявності локального запалення, порушенням у процесах мікроциркуляції. Не виключена роль вегетативної нервової системи (ВНС) у становленні вираженості болю. З позицій того, що ВНС забезпечує тонус кровоносних судин і впливає на психологічні особливості хворої людини, вивчення її характеристик є надзвичайно важливим і надасть можливість зрозуміти прояви ОА на різних етапах перебігу і коригувати терапію хвороби.

Метою дослідження було удосконалення діагностики ОА у підлітків на підставі визначення у них особливостей стану вегетативного гомеостазу.

Під спостереженням знаходилося 60 підлітків 14–18 років, хворих на ОА, тривалість якого складала від одного до п'яти років, у тому числі у 23 осіб

клінічні прояви ОА реєструвалися близько одного року (перша група), а у 37 хворих – більше року (друга група). Стан ВНС визначали за оцінкою варіабельності серцевого ритму (ВСР). Методика включала вивчення середніх п'ятихвилинних інтервалів електрокардіограми в кліностаціонарному, ортостаціонарному положеннях та при ортопробі. Перша і остання хвилини 7-хвилинного запису ритмограми не враховувалися. Аналізувалися наступні показники: LF (мс^2) та HF (мс^2), що відображають активність симпатичної та парасимпатичної ланок ВНС відповідно.

Усі підлітки скаржилися на артралгії, які виникали переважно надвечір, після фізичного навантаження та при спусканні зі сходів. Слід зазначити, що зі збільшенням тривалості хвороби інтенсивність больового синдрому також зростала. Про це свідчило підвищення показника болю за результатами візуальної аналогової шкали (ВАШ). Так, для підлітків першої групи ВАШ дорівнювала у середньому 2 бали (легкий ступінь), а для другої групи – 4 бали (середній ступінь інтенсивності).

За даними ВСР встановлено, що показник LF, який складав в першій групі $535,1 \pm 410,1$ та $554,6 \pm 335,4$ в кліностаціонарному та ортостаціонарному положеннях, при ортопробі підвищувався на 3,6%, а в другій групі – $541,8 \pm 253,2$ та $544,1 \pm 366,1$ у відповідних положеннях, збільшувався лише на 0,4%. Це вказувало на зміни у реактивності симпатичної нервової системи (СНС) у хворих на ОА при зростанні тривалості патологічного процесу у суглобах.

Показник HF, який відповідав в першій групі значенням $592 \pm 518,4$ та $131,9 \pm 129,5$ в кліностаціонарному та ортостаціонарному положеннях, при ортопробі знижувався на 71,6%. В другій групі HF дорівнював $510,1 \pm 384,4$ та $144,9 \pm 120,4$ у відповідних положеннях і зменшувався при ортопробі на 77,6%, що відображало практично однаково активність парасимпатичної нервової системи у хворих обох груп.

Таким чином, у підлітків, хворих на ОА, встановлено порушення у вегетативному регулюванні переважно за рахунок СНС, які, очевидно, можуть впливати на інтенсивність больового синдрому, швидкість мікроциркуляції та перебіг захворювання.

РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ Й СТАН СИСТЕМ РЕГУЛЯЦІЇ ПРИ ПАТОЛОГІЇ МІОКАРДА У ДІТЕЙ

Л.Ф. БОГМАТ, Л.І. ПАК, Е.Л. АХНАЗАРЯНЦ

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

Метою нашого дослідження була рання діагностика серцевої недостатності (СН) у дітей і підлітків із патологією міокарда на підставі вивчення процесів ремоделювання серця й стану систем нейрогуморальної та вегетативної регуляції. Обстежено 184 дитини 10–18 років (середній вік $14,86 \pm 0,15$ року) з міокардіофіброзом (62 хворих), кардіоміопатією диспластичною (ДКП) на тлі малих структурних аномалій серця (36) й на тлі порушень серцевого ритму (86). Контролем були 58 практично здорових однолітків. Проводилися ЕКГ, Ехо-КГ, Допплер-Ехо-КГ, стрес-Ехо-КГ із фізичним навантаженням, РЕКГ з велоергометрією, холтерівське моніторування ЕКГ з оцінкою варіабельності серцевого ритму (ВСР). Визначалися екскреція катехоламінів у добовій сечі, рівень

альдостерону крові, активність реніну плазми, вміст ангіотензину-II у плазмі радіоімунологічним методом, ендотеліну-1 і простагліцину – імуноферментним.

Установлено, що лише третина дітей із патологією міокарда мали скарги кардіального чи астено-невротичного характеру. При цьому в них відмічались зміни морфофункціональних характеристик серця: достовірне збільшення розмірів лівого й правого шлуночків, кореня аорти, товщини міжшлуночкової перегородки, маси міокарда, зниження насосної функції серця (ФВ=61,3%, у той час як у здорових – 68,3%, $p<0,0001$) і формування переважно гіпокінетичного типу гемодинаміки. Дилатація лівого шлуночка була виражена в 26,5% дітей, і в цілому по групі переважали елементи дилатації над гіпертрофією. При цьому спостерігалось підвищення рівня ангіотензину-II (А-II) плазми ($p<0,02$), ендотеліну-1 ($p<0,01$), простагліцину ($p<0,05$). Неадекватна реакція міокарда на фізичне навантаження (зниження ФВ, ударного та хвилинного об'ємів) відбувалася на тлі зниження добової екскреції норадrenalіну ($p<0,05$) та істотного підвищення рівня ангіотензину-II ($p<0,04$).

Установлено, що несприятливі щодо компенсації серцевої діяльності гемодинамічні співвідношення спостерігаються вже при зниженні ФВ нижче 55,0%, що також контролюється ренін-ангіотензин-II-альдостероновою системою й проявляється значним підвищенням ангіотензину-II плазми (48,9 пмоль/л проти 26,2 у контролі, $p<0,04$) і деяким підвищенням альдостерону крові ($p<0,08$).

Показники загальної варіабельності серцевого ритму (SDNN, SDANN, RMSSD) в основній групі (незалежно від наявності порушень ритму) були вищими загальноприйнятими норм і показників у групі контролю, що свідчить про значну активацію симпатичного відділу ВНС та напруження функціонування систем регуляції. Загальна потужність спектру й внесок високочастотного HF, низькочастотного LF і дуже низькочастотного VLF компонентів у дітей із патологією міокарда в денний час перевищували контрольні значення. Коефіцієнт LF/HF удень складав у хворих 1,6 (у контролі – 1,9). У нічні часи закономірно спостерігалася активація парасимпатичного відділу ВНС, проте на меншому рівні, ніж у групі контролю.

Таким чином, у дітей із патологією міокарда відбуваються процеси ремоделювання серця, що є спочатку етапом компенсації, але поступово вони трансформуються в етап формування СН. При цьому вже на доклінічній стадії СН відмічається активація нейрогуморальних систем регуляції. Оцінка стану вегетативної регуляції свідчить про активацію симпатичного відділу ВНС й значну варіабельність серцевого ритму.

ПОВТОРНА РЕВМАТИЧНА ЛИХОМАНКА У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ: ФАКТОРИ РИЗИКУ І ЕВОЛЮЦІЯ

Н.І. МАМАЛУЙ, В.М. САВВО

Харківська медична академія післядипломної освіти

В умовах багаторічних (від 5 до 30 років) проспективних і катamnестичних спостережень простежено особливості еволюції і наслідків різних клініч-

них варіантів ревматичної лихоманки (РЛ) у 300 пацієнтів, які вперше захворіли у віці 4–15 років. У 68,7% хворих загальної групи розвинувся симптомокомплекс первинного ревмокардиту (ПР) з переважанням середньотяжкого кардиту (64,1%) порівняно з тяжким (27,8%) і легким (10,8%) ПР. У підгрупі хворих на хорею, яка протікала у поєднанні з ПР, достовірно частіше виявлялись легкій і середньотяжкий його варіанти (58,3 і 33,3%). У 8,3% дітей з хореею визначались ознаки тяжкого кардиту. Комплексна оцінка кардіальних уражень на етапах еволюції ПР з використанням доплер-ЕхоКГ дала можливість уточнити темпи і визначити строки формування клапанних пороків серця: у межах від 3 до 12 місяців від моменту початку РЛ. Утворення пороків серця у наслідках ПР встановлено у 15,2% хворих, пролапсу мітрального клапана – у 6,3% з максимальною частотою при варіантах тяжкого кардиту із затяжним перебігом (40,9 і 15,8%). Вторинну профілактику РЛ у більшості хворих здійснювали з використанням біциліну-5, а у окремих пацієнтів – екстенциліну.

Повторна ревматична лихоманка розвивалась з частотою 4,3% на рік спостереження. Достовірно частіше вона відмічалась у хворих, які перенесли хорею (8,4%) і тяжкий варіант ПР, що завершився формуванням клапанного пороку серця (6,8%). В сучасних умовах, порівняно з початковими етапами спостереження, повторна РЛ в 1,5 рази частіше виникає за відсутності вихідного тла пороку. Один епізод повторної РЛ перенесли 4,3% дітей, два – 1,3%, три – 0,9%. Максимальне число повторних атак РЛ, а також найкоротші інтервали між визначались у хворих на хорею ($p<0,05$). Ініціюючим фактором розвитку повторної РЛ у всіх хворих цієї групи виступала А-стрептококова інфекція. Однією з причин, які зумовлювали неефективність вторинної профілактики, був недостатній комплаєнс: дефекти поточної профілактики у 80% хворих на повторну РЛ поєднувались з порушеннями планомірності реалізації вторинних превентивних режимів. У 20% дітей вказаної підгрупи відмічалась непереносимість пеніциліну. Клінічні прояви повторних випадків ревматичної лихоманки не завжди імітували попередню атаку: у 40% хворих визначалась їх часткова подібність першому епізоду РЛ (відмінність на 1 градацию або ознаку), простежувалась виражена тенденція до збільшення тяжкості ураження серця, зниження частоти розвитку та інтенсивності проявів суглобового синдрому, переважання підгострого і тяжкого варіантів перебігу з помірною активністю процесу. Збільшення частоти формування пороку серця у наслідках другої атаки РЛ встановлено у 1,9%, третьої – у 1,6% хворих загальної групи. Повторні епізоди РЛ, як правило, відмічались через 1,5–3 роки після попередньої атаки. На етапах останнього десятиріччя спостерігалось подовження інтервалів між атаками з розвитком їх у вікові періоди, які вже не охоплювались формулярними режимами вторинної профілактики. У 1% хворих, які перенесли єдиний епізод РЛ, в наступні 5–6 і більше років за відсутності ознак активності процесу відбулось ускладнення пороку серця: утворення поєданого мітрального пороку на тлі раніше сформованої недостатності мітрального клапана. Це було розцінено як наслідок небактеріального тромботичного ендокардиту, що розвинувся під впливом гемодинамічних факторів.

ОБГРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ДІТЕЙ, ПРООПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ПРИРОДЖЕНИХ ПОРОКІВ СЕРЦЯ

Г.С. СЕНАТОРОВА, М.О. ГОНЧАРЬ, А.Д. БОЙЧЕНКО,
О.І. СТРАШОК, О.О. РІГА, О.В. ОМЕЛЬЧЕНКО

Харківський державний медичний університет.
Обласний дитячий кардіологічний центр, м. Харків

Природжені пороки серця (ППС) у дітей стають ще більш актуальною медичною і соціальною проблемою, адже навіть за умов зростання хірургічної активності та вдосконалення хірургічної тактики вони залишаються однією з основних причин дитячої смертності, а також інвалідизації хворих, зниження якості й тривалості життя. Очікується, що група пацієнтів, прооперованих з приводу ППС, збільшуватиметься на 5% щорічно, формуючи досить чисельну групу дитячого, а потім дорослого населення.

Метою дослідження була оцінка стану здоров'я та якості життя дітей з ППС у віддаленому катамнезі після хірургічної корекції пороку з подальшим удосконаленням терапевтичної тактики ведення даної категорії хворих.

Використано клініко-анамнестичний, лабораторні, інструментальні методи (ЕКГ, ФКГ, доплер-ехокардіографія з визначенням систолічної та діастолічної функцій лівого та правого шлуночків серця, велоергометрія), консультації спеціалістів, оцінку якості життя прооперованих пацієнтів з використанням шкали SF-36. Проаналізовано особливості перебігу ППС у 195 дітей віком від 1 до 16 років у віддаленому періоді після хірургічної корекції пороку серця. У більшості пацієнтів вже протягом першого року значно поліпшилося самопочуття, фізичний розвиток і загальний стан здоров'я в цілому. В той же час 24,6% хворих мали клінічні ознаки серцевої недостатності I ступ., 7,7% – ІА та 1,0% – ІВ–ІІІ ступ. Порушення систолічної функції лівого шлуночка встановлено у 12,3% хворих, діастолічної – у 25,6%, систоло-діастолічну дисфункцію – у 13,8% дітей. Систолічна або діастолічна дисфункція правого шлуночка мала місце у 17,2% обстежених. Прояви ремоделювання серця різного ступеня вираженості тривало зберігалися у 51,8% пацієнтів. Ознаки природженої дисплазії сполучної тканини мали місце у 37,4% обстежених. Порушення серцевого ритму зареєстровано у 62,1% обстежених, на відміну від 23,1% дітей з ППС в доопераційному періоді. За даними проб з фізичним навантаженням, у 10,3% прооперованих шкільного віку була задовільна толерантність до фізичного навантаження, у 70,3% – знижена і у 18,5% – низька. 20,5% обстежених мали вогнище хронічної інфекції. У 44,6% пацієнтів були зміни неврологічного статусу, що зумовлювали необхідність спостереження у невропатолога з приводу вегето-судинної дисфункції, астеноневротичного синдрому, цереброваскулярної недостатності, синдрому підвищеної нервово-рефлекторної збудливості. Зміни якості життя у прооперованих пацієнтів шкільного віку реєструвались на базі опитування за шкалою SF-36 як зниження фізичного функціонування у 39%, обмеження ролі діяльності – у 32%, зниження життєвої активності – у 54%. Загалом 68% прооперованих оцінювали стан свого здоров'я нижче середнього рівня. Серед обстежених дітей 18,7% мали інвалідність з приводу ППС.

Таким чином, зміни стану здоров'я дітей, прооперованих з приводу ППС, можуть зберігатися тривало. Ступінь їх вираженості залежить від тяжкості вади, стадії її компенсації на час корекції, вираженості анатомічних та гемодинамічних порушень; реабілітацію дітей, прооперованих з приводу природжених пороків серця, доцільно проводити не тільки з урахуванням функціонального стану серцево-судинної системи, а й стану здоров'я дитини в цілому та оцінки якості її життя, з визначенням індивідуального комплексу лікувально-оздоровчих заходів.

РАННІ СЕРЦЕВО-СУДИННІ УСКЛАДНЕННЯ В ДІТЕЙ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 1 ТИПУ

Н.В. ШУЛЬГА, Г.С. СЕНАТОРОВА, О.О. РІГА, М.О. ГОНЧАРЬ,
Т.В. ЛУТАЙ, Г.Р. МУРАТОВ

Харківський державний медичний університет.
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Харків

Метою дослідження було удосконалення ранньої діагностики серцево-судинних ускладнень у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу.

Під спостереженням перебувало 57 дітей із цукровим діабетом 1 типу віком від 9 до 17 років: 19 дітей із уперше виявленим діабетом (I група), 19 дітей із тривалістю захворювання до 5 років (II група) і 19 дітей із тривалістю більше 5 років від дебюту захворювання (III група). Серед них дівчаток було 18, хлопчиків – 39. Клініко-інструментальне обстеження включало збір анамнезу, клінічний, лабораторний й інструментальний методи дослідження: запис ЕКГ (Bioset 6000, ГДР), ЕХОКГ (Sigma, Kontron, Франція), ДопплерЕХОКГ (AU 3 Partner Esaote, Італія). Вивчали морфометричні параметри серця, а також показники внутрішньосерцевої кардіогемодинаміки з оцінкою систолічної та діастолічної функцій лівого шлуночка. У період обстеження в жодної дитини не відмічалось кетоацидотичних і гіпоглікемічних станів.

При вступі до клініки кардіальні скарги у вигляді перебоїв у роботі серця (21,8% дітей), колючого болю в області серця (35,0%) відмічалися в дітей незалежно від спостережуваних груп. В анамнезі в 30,5% випадків встановлено наявність захворювань серцево-судинної системи в найближчих родичів. Межі відносної тупості серця відповідали нормі у всіх спостережуваних дітей. При аускультатії в 8 дітей I групи, в 2 дітей II групи та в 10 дітей III групи вислуховувався нижній систолічний шум на верхівці й у IV міжребер'ї. Порушення ритму серця у вигляді тахі- й брадиаритмій визначалися в 58,3% хворих I групи, в 91,6% дітей II групи та в 58,3% дітей III групи.

За даними доплерехокардіографії систолічна функція серця відповідала параметрам здорових дітей у всіх хворих. В III групі дітей із тривалістю захворювання більше 5 років відмічалось підвищення показників маси міокарда ($113,1 \pm 34,79$), стовщення МШП (40%) і ЗСЛШ (38%) свідчили на користь ремоделювання міокарда, на відміну від дітей I та II груп. У хворих цієї ж групи мав місце гіперкінетичний тип кардіогемодинаміки, що свідчило про адаптаційні механізми серцево-судинної системи на тлі тривалих метаболічних порушень. На користь цього ж свідчили інтегралі лінійних швидкостей: у

дітей III групи внесок лівого передсердя в діастолічне наповнення лівого шлуночка виявився меншим, ніж у дітей I та II груп. Чітко визначалася перевага швидкості потоку у фазі раннього діастолічного наповнення ЛШ в дітей I групи разом з уповільненням часу швидкості потоку у фазі пізнього діастолічного наповнення, що свідчило про зміну діастолічної функції лівого шлуночка в дітей із уперше виявленим цукровим діабетом.

Таким чином, аналізуючи стан серцево-судинної системи в дітей, хворих на цукровий діабет I типу, можна констатувати, що в міру збільшення тривалості захворювання, поряд з ремоделюванням міокарда, має місце гіперкінетичний тип кардіогемодинаміки й зміни діастолічної функції серця. Порушення діастолічної функції ЛШ у дітей із тривалістю захворювання понад 5 років формує вторинну кардіоміопатію без видимих клінічних проявів. Всі діти, які хворіють на цукровий діабет I типу більше 5 років, мають потребу в поглибленому кардіологічному обстеженні з метою ранньої доклінічної діагностики й профілактики ускладнень.

ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ КЛАСИФІКАЦІЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Г.С. СЕНАТОРОВА, І.М. ГАЛДІНА

Харківський державний медичний університет.
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Харків

На сучасному етапі відсутня затверджена класифікація серцевої недостатності (СН) у дітей, в якій би враховувалися інструментальні критерії, між тим тільки ехокардіографічні дані дозволяють об'єктивно визначити варіант та оцінити ступінь тяжкості СН. Загальноприйняті класифікації СН (Н.Д. Стражеско, В.Х. Василенко, 1935; NYHA, 1964; J.N. Cohn, 1995; Н.О. Білокінь, 1987; Л.Г. Воронков та співавт., 2000) придатні переважно для дорослих, вони створені з урахуванням клінічних ознак та відображають реакцію організму на фізичне навантаження, і в ранньому дитячому віці не завжди можна використовувати їх адекватно через тяжкість та суб'єктивізм оцінки цих ознак.

Метою дослідження була розробка класифікації СН у дітей раннього віку з урахуванням ехокардіографічних показників та результатів вивчення кисневого бюджету організму.

Обстежено 80 дітей віком від 1 місяця до 3 років з природженими захворюваннями серцево-судинної системи. У 73,3% дітей діагностовано природжені вади серця, у 16,25% – дилатаційну і у 3,75% – гіпертрофічну кардіоміопатію, у 6,25% – ендоміокардіальний фіброеластоз. В основу визначення варіанту СН у дітей покладено інтегральний показник скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка (ЛШ) – фракцію вигнання (ФВ).

У дітей раннього віку з ФВ <60% діагностували систолічний варіант СН. За наявності клінічних ознак СН та ФВ >60% визначали діастолічний варіант СН. Серед обстежених порушення систолічної функції ЛШ виявлено у 41 (52,2%) дитини. В якості головних критеріїв оцінки ступеня тяжкості систолічного варіанту СН визначено ФВ, ступінь вкорочення передньозаднього розміру ЛШ в систолу (ΔS) та швидкість циркулярного вкорочення волокон мі-

окарда в систолі (V_{cf}). У 39 (48,8%) хворих при збереженій систолічній функції ЛШ (ФВ=69,78±1,04%, ΔS =37,65±0,88%, V_{cf} =1,63±0,05с⁻¹) клінічні ознаки СН були зумовлені її діастолічним варіантом. Критеріями ступеня тяжкості діастолічного варіанту СН у дітей раннього віку визначено співвідношення пікових швидкостей раннього до пізнього діастолічного наповнення ЛШ (V_E/V_A) та час ізвольюмічного розслаблення ЛШ (IVRT). Результати дослідження дозволили розробити класифікацію СН для дітей раннього віку:

Ехокардіографічні критерії діагностики варіанту і ступеня тяжкості серцевої недостатності в дітей раннього віку

Ступінь тяжкості	Систолічний варіант (ФВ <60%)			Діастолічний варіант (ФВ >60%)	
	ФВ, %	ΔS , %	V_{cf} , с ⁻¹	V_E/V_A	IVRT, % від нормативу
I	41–60	16–30	0,75–1,15	<1 або від 1 до 2	>120
II	25–40	7–15	0,35–0,74	1	50–70
III	<25	<7	<0,35	>2	<50

Співвідношення індексу кисневого потоку до індексу споживання кисню (ІКП/ІСО₂) запропоновано в якості додаткового критерію оцінки ступеня тяжкості СН. Зниження співвідношення ІКП/ІСО₂ на 45% і більше за норматив для дітей раннього віку свідчить про наявність у хворого тяжких – II та III ступенів тяжкості СН. При зниженні співвідношення ІКП/ІПО₂ до 30% від нормативного слід діагностувати СН I ступеня тяжкості.

ДОСВІД РОБОТИ ХАРКІВСЬКОГО ОБЛАСНОГО ДИТЯЧОГО КАРДІОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ

О.І. СТРАШОК, Г.Р. МУРАТОВ, Г.С. СЕНАТОРОВА,
М.О. ГОНЧАРЬ, М.А. ХАІН

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Харків.
Обласний дитячий кардіологічний центр, м. Харків.
Харківський державний медичний університет

Специфіка надання спеціалізованої кардіологічної допомоги дітям полягає в необхідності проведення цілого ряду інструментальних досліджень. Нерідко дитина, перебуваючи в стаціонарі, знаходиться ніби в черзі на обстеження. При правильній організації діагностичного процесу необхідне обстеження дитина може пройти за 1–2 дні.

Одним з актуальних завдань сучасної медицини, які вирішуються практично у всіх країнах світу, є розробка стратегії одержання вузькоспеціалізованої допомоги в максимально короткий термін. Це сприяє збереженню витрат на охорону здоров'я та підвищенню доступності хворих до високих медичних технологій. Ми спробували реформувати спеціалізовану кардіологічну допомогу дітям Харківської області. В 1999 році було організовано ініціативний обласний дитячий Кардіологічний центр. В 2001 році наказом обласного управління охорони здоров'я Кардіоцентру було надано офіційний статус.

Метою організації Кардіоцентру (КЦ) було вдосконалення надання висококваліфікованої кардіологічної допомоги дітям у максимально короткий термін. Основна парадигма, на підставі якої будувалася робота Кардіоцентру: дитина найкраще почуває себе

вдома, тому її перебування в стаціонарі повинно бути зведено до мінімуму. При організації КЦ було проведено аналіз за даними статистичної звітності: склад хворих у кардіологічному відділенні, структура захворювань, технології діагностики та лікування. Визначено контингент хворих, яким можливо провести обстеження й лікування амбулаторно.

Структура Кардіоцентру складається із взаємозалежних блоків: консультативно-діагностичний, кардіологічне відділення на 40 ліжок, відділення функціональної діагностики (кабінети ЕКГ, ультразвукового дослідження серця, електрофізіологічний) і автоматизованої обробки інформації. Частина дітей, які вступають до Кардіоцентру, проходять попереднє обстеження в консультативно-діагностичному блоці, після чого вирішується питання про подальший етап – стаціонарний чи амбулаторний. Після виписки зі стаціонару певний контингент хворих подальше спостереження й обстеження проходить у консультативно-діагностичному блоці. Така форма медичного обслуговування найбільш зручна для дітей та їхніх батьків, тому що в більшості випадків дозволяє не змінювати сформований життєвий стереотип. Рівень спеціалізованого кардіологічного обстеження відповідає міжнародним стандартам – електрокардіографія, ультразвукове дослідження серця з доплерографією, холтеровське моніторування, добове моніторування артеріального тиску, черезстравохідне електрофізіологічне дослідження, пульсоксиметрія.

За 5 років функціонування Кардіоцентру кількість дітей, які одержали спеціалізовану кардіологічну допомогу, збільшилася більш ніж в 2,5 рази, значно підвищилися показники захворюваності й поширеності кардіальної патології, збільшилася кількість щорічних операцій з приводу природжених вад серця, зменшилася дитяча смертність від кардіальної патології й природжених вад серця. Зазначені показники свідчать про високу ефективність обраної форми надання спеціалізованої кардіологічної допомоги дітям.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ СИНДРОМУ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

О.М. ВОЛОШИН, Б.О. БЕЗКАРАВАЙНИЙ

Луганський державний медичний університет

Нині педіатри приділяють значну увагу синдрому дисплазії сполучної тканини (ДСТ), оскільки переконливо доведено, що зазначена патологія є основою формування багатьох хронічних захворювань у дітей і підлітків. Вираженість проявів ДСТ, насамперед, зумовлена структурними порушеннями її колагенових й еластинових волокон, які забезпечують відповідно формоутворення органів та їх здатність до скорочення і розслаблення. Недиференційована ДСТ являє собою поєднання різноманітних варіантів аномалій сполучної тканини з локомоторними і вісцеральними проявами без чітко окресленої симптоматики. Найбільш поширеними проявами ДСТ у дітей вважається гіпермобільність суглобів (ГМС), артралгії, пролапс мітрального клапана, сколіотична постава або сколіоз хребта, множинні фенологічні ознаки дисплазії. Актуальною залишається проблема з'ясування ступеня залежності між окремими орган-

ними проявами і системністю ураження сполучної тканини.

Метою нашої роботи було вивчення взаємозв'язку ГМС з іншими ознаками ДСТ у дітей дошкільного віку. Нами обстежено 48 дітей (20 хлопчиків і 28 дівчаток) віком 5–6 років, вихованців дитячого будинку, які залишилися без батьківської опіки. Ступінь ГМС визначали за шкалою Бейтона.

У результаті досліджень встановлено наявність ГМС у 18 (37,5%) дітей (7 хлопчиків та 11 дівчаток). Помірну ГМС зареєстровано у 15 (83,3%), а виражену – у 3 (16,7%) дітей. У першому випадку оцінка за шкалою Бейтона складала 3–5 балів, у другому – 6–9 балів. Слід зазначити, що 5 (27,8%) дітей з ГМС скаржились на частий біль у крупних суглобах нижніх кінцівок (колінних та гомілковостопних). Типовою була наявність зв'язку виникнення цього болю з перевищенням звичайного режиму фізичних навантажень. При цьому у них були відсутні клінічні й лабораторні ознаки ревматологічних захворювань. До того ж біль у суглобах не зменшувався під дією нестероїдних протизапальних препаратів, що свідчить про їх незапальний генез. Водночас за відсутності ГМС ніхто з дітей не скаржився на рецидивуючі артралгії. Шляхом розрахунку критерію відповідності (χ^2) встановлено достовірну ($p < 0,01$) залежність між наявністю у дітей ГМС та артралгій. З іншого боку, не виявлено чіткої залежності між ступенем ГМС й інтенсивністю та частотою виникнення болю у суглобах. У всіх обстежених дітей також проводили визначення коефіцієнта «розмах рук/зріст», що використовується у якості одного з фенотипових критеріїв для діагностики ДСТ. Так, у дітей без ознак ГМС значення цього показника складало $0,98 \pm 0,05$, в той час як за наявності ГМС він виявився достовірно більшим ($1,11 \pm 0,03$; $p < 0,05$). За допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена у дітей з ГМС проведено з'ясування залежності між ступенем збільшення обсягу рухів у суглобах та значенням співвідношення «розмах рук/зріст». Було встановлено, що зі зростанням коефіцієнта «розмах рук/зріст» оцінка за шкалою Бейтона також збільшувалася ($\rho = 0,515$; $p < 0,05$). Крім того, на підставі статистичних розрахунків (χ^2) в обстежених пацієнтів з ГМС, порівняно з тими, у кого цієї ознаки не спостерігалось, достовірно частіше ($p < 0,05$) виявлялися астенічна статура, сколіотична постава, деформація грудної клітки, умбілікальна грижа.

Таким чином, результати проведених досліджень відображають наявність тісного взаємозв'язку між окремими проявами ДСТ у обстежених дітей дошкільного віку, що свідчить про системний характер порушення стану сполучної тканини.

СТАН ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ДІТЕЙ ІЗ МІКРОАНОМАЛІЯМИ РОЗВИТКУ СЕРЦЯ

О.Б. СИНОВЕРСЬКА, Л.Я. ЛИТВИНЕЦЬ, Л.Я. ІВАНИШИН

Івано-Франківський державний медичний університет

Діапазон адаптивної здатності пацієнтів та ризик виникнення ускладнень у дітей із мікроаномаліями розвитку серця (МАРС) великою мірою визначаються гемодинамічним аспектом.

Метою дослідження було вивчення особливостей

діастолічної функції лівого шлуночка у дітей із різними формами мікроаномалій розвитку серця. Обстежено 121 дитину із МАРС віком 13–16 років. За формою МАРС обстежених дітей було розподілено так: пролапс мітрального клапана (ПМК) – 21, міксоматозна дегенерація стулок мітрального клапана (МДМК) – 18, аномальні хорди лівого шлуночка (АХЛШ) – 22, пролапс трикуспідального клапана (ПТК) – 16, ідіопатична дилатація легеневої артерії (ІДЛА) – 12, дилатація кореня аорти (ДКА) – 11, аневризма синуса Вальсальви (АнаСВ) – 11, аневризма міжшлуночкової перегородки (АМШП) – 10 дітей. В якості контрольної групи обстежено 20 практично здорових дітей аналогічного віку. Оцінку діастолічної функції лівого шлуночка здійснювали за параметрами трансмітрального кровоплину (максимальна швидкість раннього (V_E) та пізнього (V_A) наповнення, відношення швидкостей пізнього та раннього наповнення (V_A/V_E), швидкість відкриття передньої стулки мітрального клапана (DE), швидкість раннього діастолічного закриття передньої стулки мітрального клапана (EF), час зменшення половини градієнта тиску трансмітрального кровоплину (РНТ)) та визначенням часу ізольованого розслаблення лівого шлуночка (IVRT).

Виявлено початкове зростання показника V_A (м/с) і внаслідок цього достовірне ($p < 0,05-0,01$) збільшення відношення V_A/V_E у обстежених із ПМК, МДМК, АХЛШ та АМШП. Встановлено достовірне зниження показника DE (мм/с) практично у всіх пацієнтів із МАРС. Лише у обстежених із ІДЛА показник DE практично не відрізнявся від такого у здорових осіб ($p_N > 0,05$). Максимальні показники EF визначали у дітей із АХЛШ та АМШП. Складаючи $162,7 \pm 2,6$ та $159,6 \pm 3,1$ мм/с, відповідно, вони не лише достовірно перевищували відповідні показники у дітей з іншими варіантами МАРС, але й у здорових осіб. Виявлено значне зростання показника РНТ (мс) в усіх обстежених. І якщо у дітей із ІДЛА відмічено лише тенденцію такого зростання ($p > 0,05$), то у дітей із всіма іншими варіантами МАРС відмінність була достовірною. Показник IVRT (мс) мав чітку тенденцію до зростання у дітей із АХЛШ, ДКА та АМШП. Визначені в цих групах показники IVRT, становлячи $108,5 \pm 2,3$, $102,3 \pm 2,6$ та $106,0 \pm 2,8$ мс, відповідно, не лише достовірно перевищували аналогічні у здорових дітей ($p_N < 0,001$), але й такі у пацієнтів із всіма іншими варіантами МАРС. В той же час, показник IVRT у дітей із ПТК ($70,2 \pm 2,5$ мс) був достовірно нижчим від такого в контрольній групі ($p_N < 0,05$).

Таким чином, у більшості обстежених із МАРС виявлено зростання фракції передсердного компонента при збереженій швидкості раннього наповнення, зниження швидкості раннього діастолічного відкриття передньої стулки мітрального клапана і індуковане ним зростання часу зниження половини градієнта тиску трансмітрального кровоплину при відносно нормальних показниках швидкості раннього діастолічного закриття передньої стулки мітрального клапана. Сукупність виявлених змін трансмітрального кровоплину свідчить про ініціацію діастолічної дисфункції у таких пацієнтів. Діастолічна дисфункція при МАРС може бути зумовлена природженою неповноцінністю сполучнотканинного каркату, зміною геометрії лівого шлуночка та, як наслідок, обмеженням релаксаційних можливостей міокарда лівого шлуночка.

ПИТАННЯ ТЕРМІНОЛОГІЇ, КЛАСИФІКАЦІЇ КРИТЕРІЇВ ДІАГНОСТИКИ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

Є.В. ПРОХОРОВ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

До цього часу в Україні й у всьому світі відсутнє єдине відношення до терміну і, відповідно, класифікації ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА). У МКХ-10 ЮРА позначено як М 08.0 (РФ- і РФ+). На жаль, в «Протоколах діагностики та лікування кардіоревматологічних хвороб у дітей (наказ № 362 МОЗ України)», як у самому формулюванні поняття ЮРА, так і у визначенні клінічних проявів, відмічено не всі, в т.ч. важливі критерії, що дозволяють своєчасно формувати діагноз захворювання. Тим часом, у відомих класифікаціях ювенільного ревматоїдного артриту Американської колегії ревматологів – ACR, «Ювенільного хронічного артриту» Європейської ліги проти ревматизму – EULAR і «Ювенільного ідіопатичного артриту» Міжнародної ліги ревматологічних асоціацій – ILAR, загальноновизнаним є початок артриту у віці до 16 років, його дебют і тривалість, як мінімум, від 6 тижнів до 3 місяців, деструктивно-проліферативний, інвалідизуючий характер процесу та ін., що не враховано в згаданих «Протоколах». Зважаючи на властиві ЮРА виражені імунотоксичні патогенетичні механізми розвитку, визначальним напрямом в лікуванні активної стадії захворювання абсолютно обґрунтовано є використання системної протизапальної та імуносупресивної терапії шляхом призначення, залежно від клінічного варіанту (олігоартикулярний, поліартикулярний і системний – ACR) й активності процесу, НПЗЗ або глюкокортикостероїдів. Клінічний досвід останніх років свідчить про більш виражену терапевтичну дію і меншу кількість побічних ефектів переважно селективного інгібітора ЦОГ-2 – німесуліду (Найз) порівняно з іншими, перш за все, неселективними інгібіторами ЦОГ.

У роботі наведено матеріали клініко-імунологічного обстеження та особливості протизапальної терапії 35 пацієнтів з суглобовою формою ЮРА. Зокрема встановлено, що дебют або загострення суглобового варіанту ЮРА супроводжуються вираженими ознаками активності процесу (підвищення рівня прозапальних цитокінів, синтезу гострофазових білків, активності Т- і В-клітин). Раннє визначення в подібних випадках диференційованого підходу до протизапальної, імуносупресивної терапії з додатковим призначенням протизапальних фітопрепаратів (Ассалікс), антигомотоксичних засобів (Траумель S та ін.) сприяє вираженій позитивній динаміці клінічних проявів суглобового синдрому і нормалізації показників, що відображають імунологічну активність процесу.

СТАН ПРОЦЕСІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ І ВМІСТ ОСТЕОТРОПНИХ МАКРО- І МІКРОЕЛЕМЕНТІВ ПРИ ЮВЕНІЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Н.О. АКИМОВИЧ, Л.Л. ЧЕЛПАН, І.Є. ПРОХОРОВ,
І.М. ОСТРОВСЬКИЙ, О.А. БЕЛЬСЬКА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Однією з важливих ланок загальної складної концепції патогенезу ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА) є розвиток локального, а потім і генералізованого остеопорозу (ОП) з порушенням мікроархітектури кісткової тканини, характерним зниженням кісткової маси, що зрештою призводить до збільшення крихкості кісток і формування переломів.

Разом з роллю імуноагресивних механізмів (прозапальних цитокінів), безпосереднє значення в розвитку ОП при ЮРА мають порушення кальцієво-фосфорного і вітамінного (перш за все D) обміну, що закономірно виявляються. Крім того, прогресування ОП при ЮРА посилюється впливом фармакотерапії, яка пов'язана з використанням НПЗП, глюкокортикоїдів і базисних протиревматичних засобів. Можна також припустити, що безумовний негативний вплив на прогресування ОП і характер перебігу ЮРА в цілому має несприятлива екологічна обстановка Донецького регіону. В зв'язку з цим виявилось перспективним вивчення, разом з основними остеотропними мінералами (кальцій і фосфор), вмісту ряду інших макро- і мікроелементів, що мають надзвичайно важливе значення в метаболізмі кісткової тканини.

Метою дослідження було вивчення при ЮРА біохімічних маркерів метаболізму кісткової тканини і вмісту остеотропних мінералів, в т.ч. мікроелементів.

Під нашим спостереженням знаходилося 37 дітей віком від 3 до 15 років з ЮРА. Тривалість захворювання в середньому складала $3,7 \pm 0,65$ року. У всіх пацієнтів, разом із загальноприйнятим клінічним обстеженням, вивчали вміст остеокальцину (ОК), загальну лужну фосфатазу (ЗЛФ) і тартрат-резистентну кислоту фосфатазу (ТРКФ) в сироватці крові, деоксипіридинолін в сечі, а у 15 хворих проводили багатоелементний аналіз волосся на вміст цинку, міді, марганцю, магнію, йоду, бору, фтору, стронцію та ін.

Дослідження показали, що у всіх обстежених виявилися порушеними процеси ремоделювання кісткової тканини, переважно у дітей з високою активністю процесу. Так, у пацієнтів на висоті активності відмічено тенденцію до підвищення рівня ОК, ЗЛФ в сироватці крові з паралельним зниженням вмісту кальцію. Водночас показники, що відображають резорбцію кісткової тканини (ТРКФ, деоксипіридинолін) корелювали із загальною тривалістю захворювання.

Таким чином, у дітей залежно від активності процесу й тривалості хвороби виявляються порушені процеси ремоделювання кісткової тканини і закономірні ознаки дисбалансу у вмісті більшого спектру остеотропних макро- і мікроелементів. Виявлені зміни визначають доцільність корекції таких порушень з послідовною оцінкою її ефективності.

НЕЙРОЕНДОКРИННІ ПОКАЗНИКИ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Н.В. БОГАТОВА, М.М. КАЛАДЗЕ

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

Вегетативна нервова система здійснює тонку й складну регуляцію різних соматичних функцій і метаболічних процесів в організмі. Це одна з найважливіших ланок адаптації в організмі. Іншою, добре вивченою і загальноновизнаною ланкою є гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь, де, як відомо, корі надниркових залоз належить вирішальна заключна роль у реалізації стресостійкості.

Ми зіставили вегетативну реактивність як показник реактивності організму, тим більше, що вона є загальною універсальною реакцією на організменому рівні, зі станом кори надниркових залоз і продукцією найважливішого гормону «адаптації» – кортизолу.

Обстежено 122 дитини з ювенільним ревматоїдним артритом віком від 7 до 14 років. Вивчення стану вегетативної нервової системи включало клінічний аналіз вихідного вегетативного статусу, визначення вегетативної реактивності методом кардіоінтервалографії та вегетативного забезпечення функції за ортоклінопробою. Проаналізовано показники вмісту кортизолу в хворих з нормальним, асимпатикотонічним і гіперсимпатикотонічним типами ВР. Середній рівень кортизолу в плазмі крові був найменшим серед хворих з гіперсимпатикотонічними реакціями.

Таким чином, можна припустити, що гіперсимпатикотонічні реакції в осіб, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит, є компенсуючим чинником в умовах гіпокортицизму. Клінічний аналіз цих випадків переконує в тому, що це досить «важка» група пацієнтів, де частіше зустрічається ряд таких істотних характеристик патологічного процесу, як висока активність процесу і велика тривалість хвороби, що і самі по собі й, тим більше, загалом могли б вплинути на розвиток гіпокортицизму.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ

В.В. БЕРЕЖНИЙ, Т.В. МАРУШКО, В.Г. КОЗАЧУК,
В.В. КОРНЕВА, І.Б. ОРЛЮК

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, м. Київ

В останні роки в Україні зберігається стійка тенденція до підвищення поширеності вегетативних дисфункцій у дітей, серед яких питома вага належить вегето-судинній дисфункції (ВСД) з гіпотензією. Лікування цієї патології тривале з використанням великої кількості фармакологічних препаратів. На сьогодні постає необхідність пошуку нових підходів до терапії даної патології.

Мета клінічного дослідження – оцінка клінічної ефективності комбінованого лікарського засобу природного походження Тонгінал.

До складу комплексного препарату Тонгінал входять п'ять складових частин: камфора, чемериця

біла, нікотинова кислота, нітрогліцерин та гідроціаніста кислота.

Обстежено 47 дітей з ВСД та гіпотензією віком від 6 до 14 років. В клінічній картині обстежених хворих скарги найчастіше носили церебрастенічний характер. Під час ультразвукового дослідження судин головного мозку встановлено зміни як в артеріальному, так і в венозному руслі, які проявлялися у вигляді вазоспазму чи вазодилатації та порушення венозного відтікання, асиметрії мозкового кровообігу. Результати електрокардіографії свідчили, що синусова дихальна аритмія спостерігалась в 32 дітей, у 4 обстежених зареєстровано поодинокі екстрасистоли екстракардіального характеру, в 25 хворих – підвищення амплітуди зубців Т у лівих грудних відведеннях, в одного хворого – міграцію водія синусового ритму, що свідчило про превалювання парасимпатичної нервової системи.

У комплексному лікуванні дітей з ВСД та гіпотензією, яке включає режим дня, дієту, елеутерокок по 1 краплі на рік життя тричі на добу, масаж комірцевої зони, лікувальну гімнастику, додатково призначали препарат природного походження Тонгінал дітям до 12 років по 5–7 крапель на одну столову ложку води за 30 хвилин до їди тричі на добу. Хворим, старшим 12 років, – по 10–20 крапель, відповідно, упродовж одного місяця. У разі пароксизмальних станів його застосовували дозою до 12 років по 3–5 крапель та старшого віку – по 8–10 крапель, через 20–30 хвилин протягом доби.

Під впливом комплексного лікування з включенням Тонгіналу відмічено значне поліпшення загального стану хворих. Зникли абдомінальні, кардіальні та церебрастенічні симптоми. З другого тижня після призначення препарату в хворих спостерігалось підвищення як систолічного, так і діастолічного артеріального тиску, а на 30-й день його нормалізація була достовірною ($p < 0,05$). Комплексна терапія з включенням Тонгіналу сприяла підвищенню тонуусу симпатичної нервової системи, ліквідації вегетативних пароксизмів. Під час аналізу показників інструментальних методів дослідження у хворих основної групи спостерігалася позитивна динаміка параметрів, що характеризують біоелектричну активність міокарда та стан мозкового кровообігу. Під час електрокардіологічного дослідження зафіксовано нормалізацію функції збудливості міокарда. За даними ультразвукового дослідження судин головного мозку встановлено, що терапевтичний комплекс з включенням Тонгіналу достовірно ($p < 0,05$) підвищує тонуус артеріальних судин головного мозку. Відмічено поліпшення венозного відтікання в головному мозку. Зафіксовано також достовірне ($p < 0,05$) зменшення асиметрії мозкового кровообігу.

Таким чином, наші дані вказують на доцільність та ефективність включення до комплексної терапії дітей з вегето-судинною дисфункцією препарату природного походження Тонгінал. Даний терапевтичний комплекс може бути рекомендований для впровадження в широку медичну практику лікарів.

СТАН ЗДОРОВ'Я ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Т.В. ПОЧИНОК, О.В. ТЯЖКА, М.М. ВАСЮКОВА,
А.М. АНТОШКІНА, Н.І. ГОРОБЕЦЬ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

В останнє десятиріччя спостерігається тенденція до збільшення сполучнотканинних аномалій у дітей у вигляді неповних недиференційованих форм, фенотипові та клінічні прояви яких свідчать про наявність сполучнотканинного дефекту, але не вкладаються в жоден з відомих генетично зумовлених синдромів мезенхімальної недостатності.

В межах науково-дослідної роботи кафедри нами було обстежено 110 дітей віком від 3 до 6 років (50 дівчаток та 60 хлопчиків) дитячого дошкільного закладу санаторного типу, що спеціалізується на оздоровленні дітей, які часто хворіють. Для поглибленого клініко-лабораторного обстеження було виділено 30 дітей з ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ), які хворіли на часті ГРВІ, 21 дитина з частими ГРВІ без ознак НДСТ, 29 дітей з ознаками НДСТ, які рідко хворіють, та контрольна група з 20 дітей, котрі не мали ознак НДСТ та хворіли на ГРВІ не частіше ніж двічі на рік. Дітей обстежували в періоді поза захворюваннями.

Нами було розроблено комп'ютерну інформаційно-пошукову систему, за допомогою якої було проаналізовано отримані анамнестичні, клінічні та лабораторні дані з метою оцінки впливу несприятливих пренатальних чинників щодо можливостей формування синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини, стану здоров'я дітей, а також стану імунної системи у цих дітей (за даними оцінки лімфоцитарних субпопуляцій, стану фагоцитозу за вмістом фагоцитуючих клітин та функціональної активності нейтрофілів, рівня імуноглобулінів G, A, M в сироватці крові та SIgA слини).

Серед дітей з ознаками НДСТ, які часто хворіли на ГРВІ, найчастіше зустрічався MASS-подібний фенотип (46,7%), рідше Елерсо-подібний (33,3%) та Марфано-подібний фенотип (20,0%). Серед дітей з ознаками сполучнотканинних дисплазій (СТД) виявлено аномалії серця (пролапс мітрального клапана – у 30%, додаткові хорди лівого шлуночка – у 40% дітей), аномалії внутрішніх органів у вигляді деформації жовчного міхура (у 55% дітей), подвоєння мисок нирок (у 15%) та додаткові частки селезінки (у 10%). Основними ознаками НДСТ з боку опорно-рухового апарату були наявність кіфо-сколіотичної постави, залишкові явища перенесеного рахіту у вигляді деформації грудної клітки, плоскостопість, гіпермобільність суглобів, скривлення та укорочення пальців кистей рук та стоп ніг, гіпереластоз шкіри, порушення росту зубів. Аномалії конституції було виявлено у більшості дітей, причому лімфатичний діатез спостерігався в 4 рази частіше у дітей з СТД; алергічний діатез визначався однаково у дітей з СТД та без них. Клінічні ознаки дискінезії жовчних шляхів спостерігались у 57% дітей з СТД, у всіх дітей з цієї групи виявлено хронічний тонзиліт.

При вивченні раннього анамнезу було виявлено, що в матерів дітей з СТД в 5 разів частіше спостерігались загроза переривання вагітності, в 3 рази – токсикоз першої половини вагітності, в 2 рази – су-

динна дистонія; недоношеними були 9 дітей лише з НДСТ. Таким чином, у вагітних, які мали 2 і більше значущих несприятливих факторів вагітності, можна прогнозувати народження дитини з СТД. Щодо змін в імунному статусі, більш глибокі спостерігались у дітей з наявністю 10 і більше фенотипових ознак СТД.

Нами було розроблено лікувальний комплекс, який включав загально-загартуючі заходи, антиоксиданти (димефосфон та вітамін Е), Імунал, санацію хронічних вогнищ інфекції. Це сприяло поліпшенню показників імунітету, а саме: активності фагоцитозу, кисеньзалежного метаболізму нейтрофілів, підвищенню рівня IgA сироватки крові та SIgA слини. Отже, методи прогнозування та реабілітації дітей з НДСТ є доступними і можуть бути рекомендовані для використання в практичній педіатрії.

ОСНОВНІ ФЕНОТИПОВІ МАРКЕРИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ХВОРОБОЮ ПАЙРА

А.В. ЧУРИЛІНА, А.В. НАЛЬОТОВ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Вади розвитку товстого кишечника зустрічаються в дітей значно частіше інших аномалій шлунково-кишкового тракту – факт, що не має поки вичерпного пояснення. Більшість джерел літератури віддають провідну роль у формуванні вад товстого кишечника таким захворюванням, як: колоноптоз, доліхосигма, хвороба Пайра, дисплазії сполучної тканини (ДСТ). Хвороба Пайра – опущення подовженої поперечної ободової кишки з фіксацією її печінкової й селезінкової кривизни й формуванням перегибів у цих ділянках. Первинним фактором у розвитку хвороби Пайра більшість дослідників вважає слабкість зв'язкового апарата внутрішніх органів внаслідок саме природженої неповноцінності колагенових структур.

Метою роботи було виявлення основних фенотипових маркерів ДСТ у дітей із хворобою Пайра для оптимізації первинної діагностики даної патології.

Проведено комплексне клініко-лабораторне й інструментальне обстеження 32 дітей віком від 3 до 17 років із хворобою Пайра й зовнішніми маркерами ДСТ, які перебували на стаціонарному лікуванні на базі МДКЛ № 1 м. Донецька. З них хлопчиків було 18, дівчат – 14. Всі діти скаржились на наявність запорів від 2 до 5 днів і абдомінальний больовий синдром різної інтенсивності.

При загальному огляді звертала на себе увагу зовнішня подібність всіх пацієнтів внаслідок великої кількості фенотипових маркерів ДСТ. Всі пацієнти мали від 5 до 9 стигм ДСТ. Конституціональною особливістю дітей була астенична статура, що мало місце у 24 (75,0%) пацієнтів. Більшість дітей мали порушення з боку кісткової системи. У 27 (84,4%) пацієнтів виявлено сколіотичне порушення постави. Більше 1/3 дітей мали грубі порушення постави з формуванням кіфосколіозу, сплюснення поперекового лордозу, деформація постави більше носила S-образний характер. У 16 (50,0%) пацієнтів було виявлено плоску грудну клітку або її воронкоподібну деформацію. У 17 (53,1%) пацієнтів виявлено гіпермобільність суглобів, що в основному спостерігалася в суглобах верхніх кінцівок і в 15 (46,9%) поєднувалася

з арахнодактилією. 15 (46,9%) дітей мали гіпереластичну або в'ялу, бліду шкіру із судинною сіткою і ділянками гіпер- або депігментації. Інструментальне обстеження показало наявність у всіх дітей характерних висцеральних диспластичних змін, що доводить системність диспластичного процесу. У 27 (84,4%) дітей хвороба Пайра поєднувалася з доліхосигмою, а в 20 (62,5%) – з товсто-тонкокишковим рефлюксом. 22 (68,8%) пацієнтів мали деформацію жовчного міхура. У 16 (50,0%) хворих виявлено характерні маркери ДСТ серця: пролапс мітрального клапана й додаткову хорду порожнини лівого шлуночка. Крім того, для дітей з аномалією товстого кишечника був характерний більш тяжкий розвиток гастроудоденальної патології. Так, у 16 (50,0%) пацієнтів виявлено рефлюкси гастроудоденальної зони або рубцево-виразкову деформацію цибулини дванадцятипалої кишки.

Таким чином, знання основних, що найчастіше супроводжують хворобу Пайра, фенотипових маркерів ДСТ у дітей дозволить підвищити фахівцями первинну діагностику даної патології на ранніх етапах розвитку хвороби й, крім того, спрямувати пошуки на виявлення супутньої патології з боку інших органів і систем.

УСКЛАДНЕННЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ ТЕРАПІЇ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Л.І. ОМЕЛЬЧЕНКО, В.Б. НИКОЛАЄНКО, І.В. ДУДКА,
Т.А. ЛЮДВІК, Л.О. ДАЦЕНКО

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології»
АМН України, м. Київ

Використання глюкокортикостероїдів (ГКС) у лікуванні ревматологічних хворих базується на вираженій протизапальній та імуносупресивній дії, завдяки посиленню транскрипції протизапальних і пригніченню транскрипції прозапальних генів. З плейотропністю впливу ГКС, зумовленою наявністю рецепторів до них практично на всіх клітинах людського організму, тісно пов'язана неминучість розвитку численних побічних реакцій, резистентності та стероїдозалежності при їхньому тривалому застосуванні.

За даними госпітального реєстру відділення захворювань сполучної тканини у дітей, який нараховує близько 400 випадків використання ГКС в терапії ревматичних захворювань (РЗ) у дітей, ці препарати одержували практично всі діти, які страждали на системний червоний вовчак (СЧВ), дерматоміозит та вузликівий періартеріт, більше 50% хворих на ювенільний ревматоїдний артрит та недиференційоване захворювання сполучної тканини, близько 10% пацієнтів з тяжким перебігом геморагічного васкуліту (нирково-абдомінальні форми) та гострої ревматичної лихоманки.

Ретроспективний аналіз доклінічного призначення ГКС у хворих на РЗ показав його необґрунтованість майже в кожному десятому випадку. Стероїдозалежність виникала у майже 2/3 пацієнтів, які тривало отримували ГКС, у 10% спостерігалась стероїдорезистентність.

У всіх хворих дітей під впливом ГКС розвивались такі ускладнення, як збільшення маси тіла і перерозподіл підшкірної жирової клітковини, остеопенічний синдром. У двох третин дітей, хворих на РЗ, спосте-

рігалося витончення шкіри, поява стрій, у половини дітей – гірсутизм.

Доволі часто – у 29% випадків – при застосуванні ГКС у дітей з'являлись прояви підвищеної мікробної та грибкової контамінації шкіри й слизових оболонок (піодермія, кандидоз), у чверті хворих відбувалась затримка росту та/або статевого розвитку. У однієї п'ятої частини пацієнтів спостерігалось виникнення симптоматичної артеріальної гіпертензії та стероїдної міопатії.

Значно рідше – у 5–8% дітей, які отримували ГКС, перебіг основного захворювання ускладнювався порушенням толерантності до глюкози, розвитком гастропатій. І лише в 1% випадків виявлено такі порушення, як компресійні переломи хребта, асептичний некроз голівки стегнової кістки, стероїдний психоз, поліурія.

Найчастіші ускладнення ГКС-терапії є дозозалежними, в той час як всі інші клінічні прояви побічної дії значною мірою залежать від тривалості прийому препарату, супутньої патології, віку дитини, особливо – віку в дебюті захворювання. Так, порушення росту та затримка статевого розвитку найчастіше розвиваються у дітей, які захворіли на РЗ в періоди, що передують інтенсифікації процесів росту та ендокринологічної перебудови організму, – в ранньому дошкільному та препубертатному віці, коли екзогенне введення ГКС збігається з низькими рівнями продукції ендогенного соматотропіну, а система гіпоталамус-гіпофіз-гонади знаходиться в процесі функціонального напруження та перебудови. Для корекції цих порушень, поряд з препаратами вітаміну D₃ та кальцію, препаратами метаболічної дії, доцільно використання рекомбінантного гормону росту, яке здатне поліпшити якість життя дітей з РЗ, давши їм шанс наздогнати в зрості своїх однолітків, уникнути переломів кісток.

СИНТЕЗ АВТОАНТИТІЛ ТА ЗМІНИ ПРОЦЕСІВ АПОПТОЗУ ЛІМФОЦИТІВ У ДІТЕЙ З ПРИРОДЖЕНИМИ ТА НАБУТИМИ ХВОРОБАМИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Л.І. ОМЕЛЬЧЕНКО, О.А. ОШЛЯНСЬКА

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології»
АМН України, м. Київ

В останні десятиріччя спостерігається підвищення частоти реєстрації природжених дисплазій сполучної тканини (ДСТ) у дітей, в яких зростає генетично зумовлена схильність до хвороб автоімунного генезу – ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА) та дифузних хвороб сполучної тканини (ДХСТ). Відомо, що апоптоз імунокомпетентних клітин, як провідний механізм негативної селекції аутологічних клонів лімфоцитів, бере участь у регуляції синтезу автоантитіл. В цьому аспекті проведено порівняльне дослідження деяких імунологічних показників та маркерів апоптозу за природжених та набутих захворювань сполучної тканини в дитячому віці.

Було обстежено 79 дітей 3–15 років, з них 31 дитина мала клінічні ознаки природженої ДСТ, 48 – хворіли на ЮРА чи ДХСТ, з яких 27 також мали прояви ДСТ. Всім дітям проведено імунологічне дослідження з визначенням у сироватці крові вмісту субпопуляцій лімфоцитів за методом двоколірної

проточної цитометрії з використанням моноклональних антитіл на проточному цитометрі FACScan з визначенням експресії CD95+ на CD3+-лімфоцитах периферичної крові та оцінку активності апоптозу за співвідношенням клітин з візуалізацією CD-95 та протеїну bcl-2 за допомогою непрямого стрептавідинпероксидазного методу, напівкількісне визначення наявності антифосфоліпідних (АФЛАТ), антинуклеарних (АНА) та анти-ДНК (АДНКА) антитіл за уніфікованими методиками.

Частота виявлення автоантитіл у дітей з ДСТ складала 24,8%, що суттєво більше, ніж у здорових дітей (4%). У хворих на ЮРА та ДХСТ автоантитіла було виявлено у 37,5% випадків, причому у 94,5% цих пацієнтів мали місце прояви природженої ДСТ.

АДНКА визначалися найчастіше у хворих на СЧВ (83,3%), а при ЮРА та інших ДХСТ – у 12,9% випадків. Імунологічною особливістю більшості пацієнтів з ДХСТ за наявності АНА було виявлення у них підвищеного щодо вікових норм вмісту природних кілерів (CD3-CD16/56+), що звичайно не притаманне хворим на ДХСТ. В 70% випадків виявлення АФЛАТ у хворих на ЮРА та ДХСТ спостерігалися клініко-лабораторні прояви ДВЗ-синдрому, у третини – лейкопенія. Виявлення автоантитіл у хворих на ДХСТ збігалось з більш тяжким перебігом захворювання.

В більшості випадків в групі дітей, в яких спостерігалась циркуляція автоантитіл в крові, відмічено тенденцію до збільшення експресії CD95+ на Т-лімфоцитах. Але в деяких пацієнтів з реактивними артритами на тлі ДСТ за наявності імунологічних проявів активності запального процесу не виявлено адекватного підвищення експресії CD95+. Водночас у них відмічено прискорення антиапоптотичних реакцій зі зменшенням співвідношення Apo-1/Bcl-2 до 0,5–1.

Спостережувані зміни процесів програмованої клітинної смерті можуть свідчити про зростання потенційного ризику автоагресії. Тривала циркуляція в сироватці крові автоантитіл у дітей з ДСТ на тлі недостатності апоптотичних процесів у лімфоцитах периферичної крові є прогностично несприятливою щодо розвитку ДХСТ, а у дітей з автоімунними захворюваннями постає маркером їх тяжкого перебігу.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ

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

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології»
АМН України, м. Київ

Хронічні вірусні гепатити (ХВГ) у дітей становлять одну з найактуальніших проблем сучасної педіатрії завдяки притаманному їм високому рівню хроніогенності, трансформації в цироз печінки та гепатоцелюлярну карциному. Серед багатьох невивчених напрямів цієї важливої проблеми найбільш значущою є дослідження стану серцево-судинної системи (ССС) та вегетативного гомеостазу (ВГ) у даного контингенту хворих. Мета дослідження: встановити особливості ВГ та ССС у дітей з ХВГ для розробки прогносту подальшого перебігу хвороби та оптимізації лікувальних заходів. Обстежено 57 дітей віком 6–17 років, хворих на хронічний вірусний

гепатит В – ХГВ (n=28) та хронічний вірусний гепатит С – ХГС (n=29). Оцінку функціонального стану вегетативної нервової системи (ВНС) у дітей проводили з урахуванням даних опитника для виявлення ознак вегетативних порушень (А.М. Вейн, 2003); вихідного вегетативного тону (ВВТ), вегетативної реактивності (ВР). Біоелектричну активність серця вивчали за допомогою методу електрокардіографії у 12 відведеннях за стандартною методикою. Аналіз результатів обстеження показав, що у переважній більшості хворих на ХВГ спостерігаються функціональні зміни ССС: аритмічність і помірне зниження звучності тонів серця (30%), зміни характеру пульсу (35%), коливання артеріального тиску (55%), які не залежали від етіології захворювання і статі дитини, але корелювали зі ступенем активності ХГ. Зміни на електрокардіограмах у обстежених дітей характеризувалися ознаками порушення функції збудливості міокарда як прояву неузгодженості впливу ланок ВНС на серцеву діяльність. Такі порушення були більш значними у хворих на ХГС з високим та помірним ступенем активності й тривалістю захворювання понад 5 років. Дослідження стану ВНС виявили ознаки вегетативної дисфункції у 72% обстежених, які проявлялися зниженням працездатності, швидкою втомлюваністю (41%), цефалгіями (76%), порушенням сну (51%).

Для хворих на ХГВ з мінімальним та неактивним гепатитом характерними були амфотонічний тип ВВТ (77%) з нормальною ВР у 61% дітей, гіперсимпатикотонічною – у 22% та асимпатикотонічною – у 28% дітей; при високій та помірній активності запального процесу у 50% дітей мав місце ваготонічний тип ВВТ, у 40% – амфотонічний тип та у 10% – симпатикотонічний, з нормальною спрямованістю ВР у 20%, гіперсимпатикотонічною – у 60% та асимпатикотонічною – у 20% хворих. Істинну ваготонію мали лише 7% дітей з ХГВ, незважаючи на те, що ВВТ за даної патології у 50% дітей мав парасимпатичну спрямованість. У 50% дітей з ХГС з високою та помірною активністю запального процесу характерним було переважання симпатичного тону ВНС та у 43% з мінімальною та неактивним гепатитом; амфотонічний тип ВВТ зустрічався у 31% дітей, переважно з мінімальною та неактивним гепатитом. У більшості дітей (65%) з ХГС відмічено гіперсимпатикотонічний тип ВР. Отримані дані обґрунтовують доцільність проведення вищезазначених досліджень для уточнення патогенезу ХВГ у дітей та необхідність проведення медикаментозної корекції вегетативних дисфункцій у даного контингенту хворих.

РІВЕНЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З РІЗНИМ РІВНЕМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПРОТЯГОМ ДОБИ

Ю.В. МАРУШКО, Т.В. ГИЩАК, А.С. ЗЛОБИНЕЦЬ,
С.А. ПИСОЦЬКА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ.

Медичний інститут Української асоціації народної медицини,
м. Київ

На сьогодні в кардіології для характеристики артеріального тиску використовують нові методи – добовий моніторинг артеріального тиску (АТ), який дає

детальну характеристику змінам АТ порівняно з визначенням АТ випадковим методом. Рівень АТ залежить від стану ендокринної, вегетативної системи тощо. Важливе значення має рівень функціонування серцево-судинної системи. Враховуючи наведене, метою роботи було визначення рівня функціонування серцево-судинної системи у дітей з різним рівнем АТ протягом доби.

Нами обстежено 39 дітей віком 10–16 років, в анамнезі яких спостерігалось відхилення артеріального тиску від вікових норм. В результаті проведення добового моніторингу АТ у 11 з них діагностовано стабільну артеріальну гіпертензію (АГ), у 15 – лабільну артеріальну гіпертензію, у 8 дітей середні показники АТ виявилися у межах вікових норм (індекс часу гіпертензії менший за 25%); і у 5 дітей діагностовано артеріальну гіпотензію.

Для визначення рівня функціонування серцево-судинної системи використовували рекомендації В.Д. Цветкова (1993, 1997) та Г.В. Книшова (2006), за якими при оптимальному рівні функціонування системи співвідношення діастолічного і систолічного АТ повинно бути близьким до «золотої пропорції», а саме до числа 0,618.

В результаті дослідження було виявлено, що у дітей з нормальними показниками АТ середні значення відхилення від «золотої пропорції» протягом доби коливались в межах від 1 до 9,7% (середні дані – 5,73%). У дітей як з артеріальною гіпертензією, так і з гіпотензією цей показник був більшим. Так, у дітей з артеріальною гіпертензією середнє відхилення від «золотої пропорції» складало 14,06%, а у дітей з артеріальною гіпотензією – 10,34%. Найбільш виражені відхилення спостерігались у дітей із стабільною артеріальною гіпертензією. Ураховуючи дані літератури, за якими оптимальним вважається рівень функціонування системи при відхиленні від «золотої пропорції» не більше 10%, можна вважати, що як при артеріальній гіпертензії, так і при гіпотензії у дітей серцево-судинна система функціонує з напруженням і для забезпечення життєдіяльності потребує більших затрат енергії.

Нами також виявлено, що найбільші відхилення від «золотої пропорції» спостерігались в період від 23.30 до 1 години ночі, тобто при переході від денного до нічного періоду. Але якщо у дітей з нормальним АТ ці коливання не виходили за межі 10%, то в інших групах вони досягали більше 20%. Проте на відміну від дітей з нормальним артеріальним тиском, в інших групах чітко простежувались ще два періоди вираженого відхилення показників АТ від «золотої пропорції», а саме – час від 8 до 9,30 ранку, коли відхилення досягало більше 20%, а також період близько шостої години ранку, коли відхилення складало 16–17%. Тобто, у дітей як з артеріальною гіпертензією, так і з гіпотензією в цей час виникає додаткове напруження функціонування серцево-судинної системи, якого не спостерігається в нормі. Можливою причиною таких змін є гормональний фон, оскільки відомо, що в ці години відбуваються піки вивільнення деяких гормонів. Такі відомості вимагають подальшого аналізу та спостереження.

ДІАГНОСТИКА АРИТМІЙ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

В.М. САВВО, О.М. АПАНАСЕНКО, Т.О. ФІЛОНОВА,
А.В. КРИВОШЕЙ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Порушення серцевого ритму (ПСР) серед захворювань серцево-судинної системи займають особливе місце. Незважаючи на високу поширеність у дитячій популяції, діагностика аритмій викликає труднощі через прихований характер, періодичність їх виникнення, відсутність у дітей молодшого віку суб'єктивних відчуттів та неможливість деталізувати скарги. Нерідко зміни серцевої діяльності виникають внаслідок морфологічних змін структур серця в групі хворих з дисплазією сполучної тканини (ДСТ).

Метою дослідження було виявлення аритмій у дітей з ДСТ.

Обстежено 60 хворих віком від 3 до 16 років (32 хлопчики – 53,3%, 28 дівчаток – 46,7%) з ознаками ДСТ. Аналіз клінічних спостережень включав оцінку анамнестичних даних, об'єктивний огляд, загальноприйнятні методи лабораторного та інструментального обстеження. Крім того, програма обстеження обов'язково включала стандартну електрокардіографію (ЕКГ), добове моніторування (ДМ) ЕКГ, доплер-ЕхоКГ, визначення вегетативних параметрів.

Скарги хворих були різноманітними, найчастіше – кардіального та астеновегетативного характеру. В усіх випадках вони призводили до зниження працездатності. Найчастіше пацієнти скаржилися на кардіалгію (71,3%) та головний біль (40,9%), рідше – на підвищену втомлюваність (28,6%), запаморочення (15,6%) та відчуття серцебиття (14,1%). У більшості дітей (80,6%) поява кардіалгій та цефалгій була тісно зв'язана з психоемоційним та фізичним фактором. У 19% випадків виявлено метеозалежність скарг. Майже половина дітей (46%) мали особливості психологічного статусу (психоемоційна лабільність, тривожність) та скарги з емоційним забарвленням.

Шляхом доплер-ЕхоКГ в усіх дітей було підтверджено малі аномалії розвитку серця (пролапс атріоventрикулярних клапанів, міксоматозну дегенерацію стулок мітрального клапана, аномальні хорди лівого шлуночка).

ДМ ЕКГ виявило, що найчастіше у дітей реєструвалася синусова тахікардія (63%) та суправентрикулярна екстрасистолія (58%). Деяко рідше фіксувалася синоатріальна блокада (31%), шлуночкова екстрасистолія (26%) та синдром WPW (13%). Рідко діагностувалися синусова брадикардія (9%), атріоventрикулярна блокада (6%), синдром подовженого інтервалу QT (6%), феномен укороченого інтервалу PQ (4%). Крім того, у кількох хворих встановлено наявність суправентрикулярної пароксизмальної (8%) та непароксизмальної (2%) тахікардії, пароксизму нестійкої шлуночкової тахікардії (2%).

Таким чином, ДМ ЕКГ дає можливість діагностувати значний спектр порушень ритму серця. В даному дослідженні у 61% пацієнтів застосування цього методу тільки підтвердило факт наявності ПСР, у меншості дітей діагностика аритмій була вторинною, але в усіх випадках шляхом моніторування було отримано додаткові дані кількісного та якісного характеру.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ АУРОКАРД В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ВТОРИННИХ КАРДІОМІОПАТІЙ У ДІТЕЙ

В.М. САВВО, Т.О. ФІЛОНОВА, Е.М. ЗАЙЦЕВА,
З.В. ЛОГВИНЕНКО

Харківська медична академія післядипломної освіти

В структурі серцево-судинної патології дитячого віку велике значення мають незапальні захворювання міокарда, серед яких одне з провідних місць належить вторинним кардіоміопатіям (ВКМП). В патогенезі вторинних уражень міокарда велику роль відіграють дисметаболічні порушення, які з часом можуть призвести до зменшення «робочої мускулатури» серця, зниження скоротливої здатності міокарда і, в окремих випадках, стати причиною розвитку серцевої недостатності.

Лікування вторинної КМП у дітей включає усунення причин, які призвели до розвитку патології, обов'язкову терапію основного захворювання, корекцію метаболічних порушень і серцевої недостатності за її наявності. Необхідність вибору щадних методів лікування, що мають достатню ефективність з мінімумом побічних ефектів і негативним впливом на організм дитини, зумовлює застосування, разом з традиційними медикаментозними засобами, і гомеопатичних препаратів.

До подібних засобів відноситься комплексний гомеопатичний препарат Ауорокард, розроблений фірмою «Німецький гомеопатичний союз». Ауорокард містить п'ять компонентів, дози і співвідношення яких підбрано для досягнення оптимального ефекту. До складу препарату входять глід, конвалія травнева, хлористе золото, ігнація та арніка. Їх поєднання дозволяє поліпшити метаболізм міокарда, підвищити його скоротливість та серцевий викид, зменшити частоту серцевих скорочень і збільшити толерантність до фізичного навантаження. Такий вплив робить застосування Ауорокарду в терапії ВКМП у дітей досить обґрунтованим.

Нами на клінічній базі кафедри педіатрії ХМАПО було проведено спостереження та проаналізовано досвід застосування Ауорокарду в комплексній терапії ВКМП (переважно токсикоінфекційного і диспласичного генезу) у 14 дітей віком 13–16 років. Препарат призначали всередину по 20 крапель тричі на день за 30 хвилин до їди протягом 2–3 тижнів на фоні базисного лікування (полівітаміни, метаболічна терапія при обов'язковій санації вогнищ хронічної інфекції). Контрольну групу склали 10 дітей з аналогічними захворюваннями, які одержували базисну терапію. Проводили клінічне обстеження, електрокардіографію спокою і після фізичного навантаження, доплерехокардіографію.

В результаті проведеного лікування досягнуто позитивного ефекту. У всіх дітей мало місце поліпшення самопочуття, зникнення кардіалгій. До кінця першого тижня лікування у переважної більшості пацієнтів основної групи нормалізувалася частота серцевих скорочень. Наприкінці другого тижня лікування у 93% дітей відмічено виражену позитивну динаміку кінцевої частини шлуночкового комплексу за даними ЕКГ, тенденцію до поліпшення скоротливої функції міокарда (за даними УЗД серця), підвищення толерантності до фізичного навантаження. Застосування Ауорокарду відрізнялося доброю переносимістю, побічних ефектів не спостерігалось.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про доцільність застосування комплексного гомеопатичного препарату Аурокард в терапії вторинних кардіоміопатій у дітей, що дозволяє оптимізувати лікувальну тактику і зменшити негативний вплив медикаментозних препаратів на організм.

СТАН ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Л.Р. ШОСТАКОВИЧ-КОРЕЦЬКА, Т.А. ГАЙДУК

Дніпропетровська державна медична академія

В даний час багато форм артеріальної гіпертензії (АГ) розглядаються як компонент «метаболічного Х-синдрому».

Метою дослідження було визначення клінічних і лабораторних ознак метаболічного синдрому (МС) у дітей з артеріальною гіпертензією.

Обстежено 30 дітей з синдромом АГ віком 14–17 років. Для виключення вторинного характеру АГ всім дітям проводили: анкетування за чинниками ризику, визначення індексу Кетле, доплерЕхоКГ та ЕКГ, УЗД нирок, огляд очного дна, холтеровське добове моніторування артеріального тиску і ЕКГ, визначення вмісту загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), бета-ліпопротеїдів у сироватці крові. Вміст ліпопротеїдів низької та дуже низької щільності (ЛПНЩ та ЛПДНЩ), а також індекс атерогенності (ІА) визначали розрахунковим методом.

Серед обстежених переважали хлопчики (93%). Спадкову обтяженість було виявлено у 40% дітей, підвищення індексу маси тіла (ІМТ) – у 60% обстежуваних. Порушення в ліпідному профілі крові атерогенного характеру було виявлено у 50% дітей. Відмічено достовірну залежність частоти і характеру змін ліпідного профілю від ІМТ. У дітей з підвищеним ІМТ спостерігалось поєднане підвищення рівня атерогенних фракцій ліпопротеїдів (ЗХС, ТГ, ЛПНЩ, ЛПДНЩ) зі зниженням рівня «захисної» фракції – ЛПВЩ. Зміни в ліпідограмі асоціювалися з тривалістю АГ більше 1 року у 83,3%, стабільним характером АГ (дисліпідемії відмічалися в 50% випадків).

Отже, у дітей з АГ визначається висока частота дисліпідемій, частота і вираженість яких збільшується за наявності інших компонентів метаболічного синдрому (високий ІМТ й ожиріння), що слід враховувати при розробці системи профілактики його раннього формування.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ПІДЛІТКІВ

Л.А. БЛАГИНЯ

м. Житомир

Проведено поглиблений огляд 270 підлітків 14–18 років. Різні прояви вегетативних дисфункцій виявлено у 142 (52,0%) підлітків. Серед них хлопців було 72 (50,7%), дівчат – 70 (49,3%). Згідно з класифікацією В.Г. Майданника (2000) вегето-вісцеральна дисфункція спостерігалась у 48 (33,8%) підлітків, вегето-судинна – у 41 (28,8%), нейроциркуляторна – у 39 (27,4%) і пароксизмальна вегетативна недостатність – у 14 (10,0%) хворих.

Провідним синдромом у підлітків, які хворіють на вегето-вісцеральну дисфункцію, був абдомінальний (у 32 (66,7%) із 48), на вегето-судинну дисфункцію – кардіальний (у 32 (78,1%) із 41), нейроциркуляторну – цефалгії та гіпертензивний (у 29 (74,4%) із 39). При пароксизмальній вегетативній недостатності у всіх хворих спостерігались кардіоваскулярні розлади. Базовий вегетативний тонус у 102 (67,2%) підлітків оцінювався як симпатикотонія, у 27 (19,1%) – як ваготонія і у 13 (13,7%) – як ейтонія. Вегетативну реактивність за гіперсимпатикотонічним типом виявлено у 91 (64,1%) підлітка, за асимпатикотонічним – у 28 (19,7%) і нормальну – у 23 (16,2%).

Нейроендокринний статус хворих з вегетативними дисфункціями характеризувався тенденцією до активізації функції гіпоталамо-гіпофізарної системи. Разом з тим, у чверті хворих спостерігались порушення сомато-статевого розвитку, явища субклінічного гіпотирозу тощо.

Отже, вегетативні дисфункції є проявом надсегментарних порушень вегетативної регуляції та нейроендокринного гомеостазу, що слід враховувати при лікуванні та реабілітації таких пацієнтів.

Актуальні проблеми гастроентерології дитячого віку

НОВІ ПІДХОДИ В ІНСТРУМЕНТАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У ДІТЕЙ

О.М. ЛУК'ЯНОВА, А.Г. ЦИПКУН, М.Ф. ДЕНИСОВА,
Б.А. ТАРАСЮК, С.О. БАБКО, Н.В. ЧЕРНЕГА,
Н.І. ГОНЧАРЕНКО, О.Д. ІГОЛКІНА

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
АМН України», м. Київ

Загальновідомо, що захворюваність і поширеність хронічного вірусного гепатиту В та С зростає як у світі, так і серед дитячого населення в Україні. Діагностиці цих захворювань значною мірою сприяють значні здобутки в галузі молекулярної біології, біофізики, медицини, які надають можливість своєчасно виявити вірус в організмі дитини та провести дослідження патологічного процесу. Впровадження сучасних інструментальних методів діагностики дозволяє робити певні уточнення, а в ряді випадків переглядати питання патогенезу захворювання, що поліпшує процеси лікування дітей.

Метою роботи була розробка ранніх інструментальних методів діагностики хронічних вірусних гепатитів у дітей для уточнення впливу різноманітних ланок патогенезу на перебіг захворювання.

Під спостереженням перебувало 56 дітей з хронічним вірусним гепатитом віком від 5 до 17 років. Із них 25 дітей з хронічним вірусним гепатитом В та 31 дитина з хронічним вірусним гепатитом С. Групу контролю складала 21 дитина без уражень печінки в анамнезі та без скарг на біль у животі на момент дослідження.

Інструментальне обстеження включало наступні методики: кардіоінтервалографію (КІГ), комплексне ультразвукове дослідження, до складу якого входила ехографія печінки в В-режимі, високочастотна ехографія печінки (скенування датчиками від 7,5 МГц), доплерографія судин печінки, ехокардіографія,

доплерографія судин кінцівок середнього калібру для дослідження ендотеліальної функції.

Результатами проведених досліджень встановлено можливість використання КІГ для оцінки стану вегетативної нервової системи на різних стадіях розвитку захворювання, ехокардіографії – для оцінки структурних особливостей, показників функціональної активності міокарда та типу гемодинаміки, що значно доповнювало уявлення про стан центрального кровообігу. Переваги комплексного ультразвукового дослідження для оцінки стану печінки, її судинного русла та оцінки ендотеліальної функції досить вагомі. По-перше, проводилась більш глибока оцінка структури паренхіми, гліссонової капсули щодо наявності маркерів фібротичних уражень. По-друге, вивчення стану регіонарного кровообігу в печінці при харчовому навантаженні дозволило визначити ступінь судинних компенсаторних реакцій. По-третє, оцінка стану ендотеліальної функції характеризувала ступінь ураження ендогенної системи синтезу оксиду азоту.

Таким чином, при хронічному вірусному гепатиті у дітей комплексний підхід до оцінки стану організму в цілому і печінки, зокрема, є основою для вибору оптимальної тактики лікування цього важкого захворювання з метою поліпшення якості життя дітей та запобігання розвитку ускладнень.

ПЕДІАТРИЧНІ АСПЕКТИ КОНСЕНСУСУ МААСТРИХТ-3

Ю.В. БЕЛОУСОВ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Результати Консенсусу Маастрихт-3, що були опубліковані в Україні у 2006 році, послужили підставою для обговорення та перегляду деяких класифіка-

цій та рекомендацій щодо лікування захворювань травної системи у дітей. Перш за все, це стосується так званої функціональної патології – функціональної диспепсії, синдрому подразненого кишечника, дисфункцій біліарного тракту. Так, для функціональної диспепсії замість виразковоподібної, дискінетичної та змішаної форм захворювання рекомендується застосовувати терміни постпрандіальний дистрес-синдром та синдром абдомінального болю, децю змінено класифікацію синдрому подразненого кишечника та підходи до визначення біліарних дисфункцій тощо. І хоча ці та інші зміни запропоновано для дорослих хворих, вони, безумовно, стосуються дітей, у яких функціональні захворювання травної системи зустрічаються навіть частіше, ніж у дорослих. Це тим важливіше, оскільки нові підходи до визначення тієї чи іншої патологічної форми визначають і деякі зміни у принципах її лікування.

Окремим розділом Маастрихтського Консенсусу-3 є обговорення та рекомендації щодо лікування гелікобактер-асоційованої гастродуоденальної патології. Загальновідомо, що означена патологія є найбільш поширеною серед захворювань травної системи у дітей. Існуючі стандартні схеми її діагностики та лікування далеко не завжди є оптимальними, що визначає необхідність щорічного обговорення цієї проблеми та внесення змін як до діагностичних методів, так і лікувальних схем. Питань виникає дуже багато: які діагностичні методи необхідно застосовувати саме у дитячому віці, чи слід у схемах антигелікобактерної терапії застосовувати одночасно два антибіотики, яким протизапальним препаратам слід віддати перевагу, як захистити нормальну мікрофлору кишечника від можливого впливу антибіотиків та ін.

Немає сумнівів, що з урахуванням особливостей дитячого віку діагностичні процедури при достатній інформативності повинні бути мінімально інвазивними. Це змушує звернутися перш за все до дихальних тестів, прикладом яких є Гелік-тест. Лікування гелікобактерної інфекції повинно проводитися лише за наявності безумовних даних про її присутність. Призначення одночасно двох антибіотиків слід вважати можливим лише у разі тяжкого та ускладненого перебігу виразкової хвороби. Оптимальною схемою лікування гелікобактерної інфекції є схема, що включає антибіотик, препарати вісмуту у поєднанні з інгібіторами протонної помпи. Гелікобактерна терапія повинна проводитися на фоні пре- та пробіотичних препаратів. Ефективність антигелікобактерної терапії повинна контролюватися по закінченню лікування (через 30–60 днів), причому для об'єктивізації результатів доцільно проводити одночасно два методи. Слід розуміти, що далеко не всі рекомендації, які прийняті для дорослих хворих Маастрихтським Консенсусом, можуть бути перенесені до педіатричної практики.

Поширеність гастродуоденальної патології у дітей, лікуванням якої займаються не тільки дитячі гастроентерологи, але й педіатри широкого профілю та сімейні лікарі, визначає значущість цієї проблеми як загальнопедіатричної. На 3-му Конгресі педіатрів України було прийнято рішення про створення робочої групи щодо обговорення питань діагностики та лікування гелікобактер-асоційованої гастродуоденальної патології у дітей та створення рекомендацій на рівні МОЗ України. Матеріали Маастрихтського Консенсусу-3 підтверджують своєчасність цього рішення.

ДЕТОКСИКУЮЧА ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ У ДІТЕЙ

І.Л. БАБІЙ

Одеський державний медичний університет

Печінка займає центральне місце у детоксикації чужорідних сполук, включаючи лікувальні засоби. Доведено, що пригнічення антитоксичної функції печінки пов'язано з прогресуванням та рецидивуванням патологічного процесу при хронічних гепатитах у дітей.

Детоксикація ксенобіотиків у організмі забезпечується двома фазами біотрансформації. З цією метою використовуються різноманітні апаратні методики (гемодіаліз, плазмаферез, гіпербарична оксигенація, озонотерапія та ін.), алопатичні лікувальні препарати, ентеросорбенти.

Більшість методів гемокорекції є методами екстракорпоральної гемокорекції. До них відносяться: центрифужна, сорбційна та мембранна.

Найбільшу сумарну детоксикаційну властивість мають плазмаферез, гемодіаліз, гемофільтрація і гемосорбція. Доцільність проведення плазмаферезу зумовлюється ступенем вираженості синдромів цитолізу, холестази і мезенхімального запалення. Для лікування гострої хронічної печінкової недостатності неселективна гемосорбція виявилась недостатньо ефективною. У зв'язку з цим вона дала місце більш ефективному і менш травматичному плазмаферезу.

Одним із методів є гастроінтестинальна сорбція. Виділяють чотири основних механізми ентеросорбції, а також прямий і опосередкований ефекти ІТ лікувальної дії. Дослідження, проведені у гастроентерологічному відділенні ППАГ (керівник – проф. М.Ф. Денисова), показали, що застосування натурального детоксиканту мультисорб і пробіотика симбітер концентрований значно зменшує рівень ендогенної інтоксикації при ХВГ. Дезинтоксикаційний ефект має урсодезоксихолієва кислота, рослинні препарати гепабене, гепатофальк планта.

У останні роки нами хворим з ХВГ і з синдромом ендогенної інтоксикації до лікувального комплексу було включено фортранс (1–2) дози, а потім ентеросгель і біфіформ.

Окрім вищевикладеного, ми маємо досвід застосування ентеросорбенту білосорб при ХВГ. Проведені нами дослідження показали, що ХВГ супроводжується порушеннями пігментного та білкового видів обміну речовин, дисфункцією печінки та розвитком ендогенної інтоксикації з підвищенням концентрації середньомолекулярних пептидів, активності АЛТ, АСТ, лужної фосфатази, гамма-глутаматтранспептидази у сироватці крові й величини лейкоцитарного індексу інтоксикації.

Застосування ентеросорбенту білосорб проявлялось скороченням довжини жовтяничного синдрому та строків перебування у стаціонарі хворих дітей, зменшенням розмірів паренхіматозних органів, відновленням функції печінки, більш швидкою елімінацією білірубіну та середньомолекулярних пептидів з крові, зниженням активності гамма-глутамілтранспептидази, лужної фосфатази та зменшенням величини лейкоцитарного індексу інтоксикації. При мінімальному ступені активності білосорб рекомендується призначати дозою 40–50 мг/кг на добу; при низькому – 50–55 мг/кг на добу; при помірному – 65–70 мг/кг на добу перорально по 1–3 таблетки

тричі на добу за 1,5–2 години до їди або через 2–3 години після їди протягом 15–20 днів залежно від ступеня активності патологічного процесу.

Таким чином, детоксикуюча терапія хронічних гепатитів у дітей достатньо широко використовується у комплексному лікуванні. Вибір препарату залежить від ступеня тяжкості патологічного процесу та від його активності.

СТАН АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

В.С. ПРИХОДЬКО, О.В. НИКОЛАЄВА, О.В. ОМЕЛЬЧЕНКО,
М.М. ЄРМОЛАЄВ, О.В. ОСИПЕНКО

Харківський державний медичний університет.
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Харків.

Захворювання шлунково-кишкового тракту – одна з найчастіших форм патології у дітей. Значна поширеність, поєднаність ураження різних органів травної системи, стійкість морфологічних змін слизової оболонки на тлі клінічного поліпшення, труднощі в досягненні тривалих ремісій зумовлюють медико-соціальний характер цієї проблеми і диктують необхідність пошуку нових підходів до питань патогенезу, діагностики та лікування захворювань травної системи у дітей.

Вважається, що перехід від здоров'я до хвороби зумовлений поступовим зниженням адаптаційних можливостей організму, аж до зрушення адаптації. Необхідна ланка індивідуальної адаптації – стрес-реакція, яка виникає при дії на організм екстремальних чи просто нових факторів зовнішнього середовища. Реакція на стрес реалізується взаємодією між катехоламінами, АКТГ, глюкокортикоїдами надниркових залоз, ренін-ангіотензин-альдостероновою системою, антидіуретичним гормоном (адреналін і норадреналін розглядаються як перша лінія захисту). Разом з цим організм має механізми, які забезпечують адаптацію до самого стресу: у головному мозку системи гальмівних нейронів синтезують гальмівні медіатори ГАМК, гліцин, дофамін, серотонін, енкефаліни та ін.; на периферії діють регуляторні системи аденіннуклеотидів, простагландинів, антиоксидантні системи та ін. Враховуючи вищевикладене, вивчення стану адаптації дітей з хронічною патологією травної системи є дуже важливим для вдосконалення терапевтичних заходів і профілактики захворювань органів травлення.

Обстежено 44 дитини 6–14 років із поєднаною патологією травної системи у періоді загострення (хронічний гастрит, хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, хронічний холецистит, хронічний панкреатит та ін.). У всіх хворих мали місце порушення вегетативного гомеостазу (у 26 дітей – парасимпатикотонічний вихідний вегетативний тонус, у 12 – симпатикотонічний, у 6 – амфотонічний).

В результаті проведених досліджень встановлено суттєве підвищення в плазмі крові рівня адреналіну (159,4% нормативу, $p < 0,05$), нормальний (з тенденцією до зниження) вміст норадреналіну (93,8% нормативу, $p > 0,05$), значне зниження вмісту кортизолу (75,2% нормативу, $p < 0,05$). Рівень вільних жирних кислот (НЕЖК) виявився майже у 4 рази вищим за норматив. Означені дані дозволяють зробити висновок про наявність у хворих хронічного стресу з проявами гіперкатехоламінового ураження біомембран.

Про стан у хворих саме хронічного стресу, а не гострого, свідчить низький рівень глюкокортикоїдів (кортизолу). Крім того, характер змін вмісту в крові біохімічних параметрів відображає стан незадовільної адаптації дітей до умов існування. Це підтверджує відсутність активації гальмівних систем організму (гальмівних медіаторів ЦНС), які за нормальних умов обмежують стрес-реакцію і сприяють адаптації організму до стресів: рівень ГАМК – 103,7% нормативу ($p > 0,05$), серотоніну – 86% нормативу ($p < 0,05$), дофаміну – 110,4% нормативу ($p > 0,05$).

Таким чином, у дітей з поєднаною патологією травної системи в стадії загострення має місце порушення адаптації до умов існування внаслідок хронічного стресу. Отримані дані свідчать про необхідність включення до терапевтичних програм заходів, спрямованих на виборну або переважну блокаду однієї з ланок патогенетичного ланцюга стресорного ураження. Наслідкування природним антистресорним системам організму шляхом введення метаболітів цих систем та їх синтетичних аналогів – перспективний принцип розвитку наших можливостей в області метаболічного захисту органів.

ІМУНОМОДУЛЯЦІЯ МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО КАНАЛУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ

М.І. БОРИСЕНКО, Ю.Б. ЧАЙКОВСЬКИЙ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Дані літератури та результати власних досліджень щодо зрушення в місцевому імунітеті шлунка та дванадцятипалої кишки в дітей з хронічними захворюваннями гастродуоденальної зони стали підставою для розробки нового напрямку в лікуванні даної патології, спрямованому на корекцію зрушень у місцевому імунітеті шлунка та дванадцятипалої кишки й вивчення в експерименті та клініці його ефективності.

Кроликів (34) з експериментальним ХГД (А.с. на винахід № 892464) було розподілено на 3 групи. Кроликів I групи (контроль моделі – ХГД) забивали після закінчення моделювання ХГД. Тварин групи порівняння (II) не лікували. Кроликам основної групи (III) проводили імунотерапію верхніх відділів травного каналу шляхом щоденного введення перорально стафілококового адсорбованого анатоксину (САА) за розробленою нами схемою. Тварин II та III груп забивали через 21 добу від початку лікування. У кроликів II групи експериментальний ХГД не мав тенденції до самостійного видужання. Під впливом імунотерапії верхніх відділів травного каналу у тварин основної групи мало місце суттєве зменшення запальних та дистрофічних змін у слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки.

Під нашим спостереженням знаходилися 374 хворих (270 дітей з ХГД та 104 дитини з функціональними розладами гастродуоденальної зони – ФРГДЗ) віком від 7 до 15 років. У більшості хворих як з ХГД, так і ФРГДЗ було виявлено патологію і з боку інших органів травлення: біліарної системи (відповідно у 94,75 та 100%), підшлункової залози (у 42,82 та 43,43%), товстої кишки (у 38,11 та 6,59%). Зміни в

біліарній системі та підшлунковій залозі мали переважно функціональний характер. У 76,81% дітей з ХГД діагностовано дисбактеріоз кишечника. Хворі основної групи (114 з ХГД і 34 з ФРГДЗ) отримували САА перорально за схемою, апробованою в експерименті, а пацієнтам групи порівняння (146 з ХГД і 70 з ФРГДЗ) – САА не призначали. Хворим обох груп призначали: дієту, вітаміни, при підвищеній секреторній функції шлунка – антацидні препарати, а частині хворих і блокатор H_2 -рецепторів квамател або селективний М-холінолітик. При секреторній недостатності шлунка призначали замісну терапію, препарати, що стимулюють шлункову секрецію, з урахуванням стану підшлункової залози. Дітям з патологією біліарної системи до терапевтичного комплексу включали жовчогінні препарати. Хворим з патологією підшлункової залози призначали креон. Всім хворим застосовували фітотерапію, за підвищеної секреторної функції шлунка перевагу віддавали гастритолу. Дітям з дисбактеріозом кишок призначали пробіотик біфіформ, сорбент ентеросгель, при закрепках – софтовак. Застосування імуномодуляції місцевого імунітету гастродуоденальної зони САА позитивно вплинуло на зворотну динаміку клінічних проявів ХГД та ФРГДЗ, показників місцевого імунітету, відмічено зниження інтенсивності гіперчутливої реакції сповільненого типу на внутрішньошкірне введення алергена гемолітичного стафілокока. Катamnестичне спостереження впродовж 2 років показало, що у дітей основної групи ремісія відмічалася в 2 рази частіше, ніж у хворих контрольної групи.

Таким чином, імуномодуляція місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу є перспективним напрямком у лікуванні хронічного запального процесу в слизовій оболонці шлунка і дванадцятипалої кишки та функціональних розладів гастродуоденальної зони в дітей.

СТАН ЛАКТАЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В УКРАЇНІ

О.Г. ІВАНЬКО, І.В. ПАЩЕНКО, А.О. ШУЛЬГА, О.С. КРУТЬ,
В.Я. ПІДКОВА, Н.В. КИЗИМА, С.В. ВРУБЛЕВСЬКА,
Л.М. МОРОЗОВА*, М.О. ЯРЦЕВА

Запорізький державний медичний університет.
*Клінічний пологовий будинок № 5, м. Запоріжжя

Лактазна недостатність (ЛН) – природжений або набутий стан, що характеризується зниженням активності ферменту лактази, яка розщеплює молочний дисахарид лактозу в тонкій кишці, і протікає приховано або маніфестно. Захворюванням вважають маніфестні випадки ЛН з формуванням вторинних порушень в організмі.

Переносимість лактози, в першу чергу, визначається наявністю гена персистенції активності (LCT*P), частота поширеності якого у людей варіює у великих межах залежно від популяції. За даними сучасних досліджень, поширеність ЛН у дорослих в різних регіонах складає від 3% у Швеції та Данії до 80–100% у країнах Південно-східної Азії, афроамериканців США. Епідеміологічні дослідження поширеності ЛН в Україні проводились недостатньо.

ЛН є поширеним станом, який найбільш значущість має для дітей раннього віку, оскільки в цьому віковому періоді молочні продукти складають значну

частку в дієті, а на першому році життя є основним продуктом харчування. Прояви клінічної симптоматики при лактазній недостатності широко варіюють, оскільки зумовлені рівнем зниження ферменту, особливостями біоценозу кишечника, іншими індивідуальними особливостями кишечника і організму в цілому. Основними проявами ЛН вважають осмотичну діарею після прийому молока або молочних продуктів, метеоризм, здуття кишечника, біль в животі, можливий розвиток симптомів дегідратації або недостатню надбавку маси тіла, формування дисбіотичних змін мікрофлори кишечника. Означена симптоматика на практиці у багатьох випадках розцінюється як прояви дисбіозу, що призводить до призначення багатьох курсів пробіотиків, а інколи й антибактеріальної терапії. У деяких випадках немовлят переводять з природного на штучне вигодовування з призначенням безлактозних сумішей.

Слід зазначити, що в сучасних умовах найбільш доступними і розповсюдженими методами діагностики ЛН є дієтодіагностика – зменшення клінічних проявів при введенні безлактозної дієти і визначення рН калу (в нормі 5,5 і вище), який знижується при ЛН, проби Бенедикта (в нормі показник не повинен перевищувати 0,25% у дітей до 12 місяців і бути негативним після одного року). Ендоскопічне і морфологічне дослідження слизової оболонки тонкої кишки не дає інформації щодо лактазної недостатності, оскільки не має специфічних ендоскопічних і морфологічних маркерів.

Особливу стурбованість викликає проблема корекції дієти при ЛН у грудному віці. Дітям, які знаходяться на природному вигодовуванні, оптимальним варіантом є використання препаратів лактази, які змішуються із зцідженим грудним молоком і розщеплюють лактозу, не впливаючи на решту його властивостей. Дітям на штучному вигодовуванні необхідно підібрати суміш з кількістю лактози, яка не викликає появи клінічної симптоматики і підвищення вуглеводів в калі.

Таким чином, в Україні існує потреба проведення досліджень національної поширеності ЛН серед населення, в першу чергу, дітей раннього віку. Необхідна розробка й впровадження інформативних і доступних методів діагностики та оптимізація заходів лікування ЛН.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

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

В останні роки намічається тенденція до поширеності хронічної патології травної системи (ХП ТС) серед дітей шкільного віку. Ураховуючи важливу роль ТС в обміні кальцію (Ca) та фосфору (P) в організмі, максимальна абсорбція яких відбувається в тонкому кишечнику за участю жовчних кислот, білків-переносників і травних ферментів, метою дослідження було вивчення особливостей структурно-функціонального стану кісткової тканини (СФС КТ) та основних показників кальцій-фосфорного обміну у дітей з хронічною патологією ТС.

Комплексно обстежено 155 дітей віком 9–17 років, з них першу групу склали 105 дітей з хронічним

гастроудоденітом (ХГ) та супутньою дискінезією жовчовивідних шляхів переважно за гіпокінетичним типом і хронічним колітом; другу – 50 практично здорових дітей відповідного віку. Вивчення СФС КТ проводили методом ультразвукової денситометрії на апараті «Sonost 2000», особливості кальцій-фосфорного обміну вивчали шляхом визначення Са і Р в крові та сечі.

Встановлено, що в першій групі 57 (54,44%) дітей мають остеопенічні порушення різного ступеня тяжкості, тоді як в другій групі лише 13 (25,7%). Структурно остеопенія (ОП) серед дітей першої групи складалася з ОП II та III ступенів у 35 (62,15%) та 14 (24,56%) пацієнтів відповідно, тоді як ОП I ступеня було встановлено у 8 (13,29%) дітей з ХП ТС. При вивченні порушень СФС КТ серед дітей другої групи було відмічено переважання ОП I ступеня у 9 (69,23%), тоді як ОП II ступеня встановлено у 4 (30,77%), остеопенічні порушення III ступеня були відсутні.

Аналіз основних показників кальцій-фосфорного обміну показав, що у дітей першої групи рівень загального Са в крові був дещо нижчим, ніж у дітей другої групи ($2,49 \pm 0,03$ та $2,5 \pm 0,033$ ммоль/л відповідно). Проте показник йонізованого Са у дітей другої групи був достовірно ($p < 0,05$) вищим, ніж у дітей другої групи ($1,004 \pm 0,011$ та $1,16 \pm 0,01$ ммоль/л відповідно). Рівень Р у сироватці крові в дітей першої групи в середньому складав $1,5 \pm 0,05$ ммоль/л і не відрізнявся від показників дітей другої групи. Аналіз рівнів екскреції загального Са і Р з сечею не виявив змін у дітей першої групи порівняно з показниками дітей другої групи. Залежно від ступеня тяжкості ОП, у дітей першої групи рівень показника йонізованого кальцію був дещо вищим при ОП I ступеня порівняно з дітьми з ОП II ступеня ($1,003 \pm 0,009$ та $1,002 \pm 0,01$ ммоль/л відповідно). У дітей з ОП III ступеня показник йонізованого кальцію був значно нижчим ($p < 0,001$) порівняно з дітьми з легкими варіантами ОП ($1,0 \pm 0,011$ ммоль/л). Відмінностей вмісту фосфору у сироватці крові дітей першої групи залежно від ступеня тяжкості ОП встановлено не було. У дітей з ОП III ступеня достовірно ($p < 0,05$) нижчим був рівень екскреції кальцію з сечею порівняно з дітьми з ОП I ступеня ($145,5 \pm 9,1$ та $166,7 \pm 11,6$ мг/добу відповідно).

Таким чином, у дітей із ХП ТС найбільш динамічним показником порушення кальцій-фосфорного обміну є вміст йонізованого кальцію, зміни якого найбільш суттєво відбуваються при остеопенії III ступеня, що супроводжується зниженням рівня ниркової екскреції кальцію. Дані показники рекомендується використовувати у якості біохімічних маркерів порушення кальцій-фосфорного обміну для ранньої діагностики остеопенії у дітей з хронічною патологією травної системи.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ГІПОФІЗАРНО-ТИРОЇДНОЇ СИСТЕМИ У ПІДЛІТКІВ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ

О.К. КАБЛУКОВА, Л.О. ЮЩЕНКО

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Патологія органів травлення має значну питому вагу у структурі захворюваності дитячого населення. Функціональна диспепсія (ФД) часто виникає у дітей

в критичні періоди їх інтенсивного росту та розвитку. Саме підлітковий вік відрізняється, з одного боку, прискореним фізичним, психічним та статевим розвитком, а з іншого – станом дисгормонозу. Гіпофізарно-тироїдна система (ГТС) має особливе значення в системі нейроендокринної регуляції організму, що росте. Провідну роль в забезпеченні адаптаційно-приспосувальних механізмів займають тироїдні гормони, які є дуже важливими на етапі інтенсивного росту підлітків.

Метою дослідження було вивчення морфофункціонального стану ГТС у дітей з ФД.

Під нашим спостереженням знаходилось 120 підлітків 15–18 років (57 юнаків – 47,5% та 63 дівчини – 52,5%) з ФД. Контрольну групу склали 57 здорових підлітків аналогічного віку. Діагноз ФД встановлено відповідно до Римських критеріїв III (2006). Дітям обох груп проведено комплексне загальноприйнятне клініко-анамнестичне та додаткове лабораторно-інструментальне обстеження для виключення органічної патології. Вивчення стану ГТС проводили за допомогою проведення УЗД щитовидної залози (ЩЗ), визначення рівнів тиротропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (FT₄) з використанням тест-систем ТТГ-ІФА-Бест-стрип та ІФА-СвТ₄-1 (Росія).

Встановлено, що зміни в ЩЗ виявлено у 38 (31,6%) пацієнтів основної групи. Серед уражень ЩЗ еутироїдний зоб було діагностовано у 33 (27,5%) пацієнтів, кісти та вузликутворення – у 5 (4,2%). Залежно від віку частота уражень ЩЗ була наступною: у 15-річних підлітків – 30,5% (11 із 39), у 16-річних – 29,4% (10 із 34), у 17-річних – 36,1% (13 із 36) та у 18-річних – 36,4% (4 із 11). Необхідно відмітити, що у 15-річних пацієнтів основної групи середній об'єм ЩЗ був достовірно більшим ($p < 0,05$) порівняно з показниками підлітків контрольної групи аналогічного віку ($11,47 \pm 0,26$ та $10,20 \pm 0,41$ см² відповідно). Разом з тим, саме в цій віковій групі пацієнтів середній показник FT₄ виявився статистично достовірно зниженим ($14,96 \pm 0,21$ та $16,20 \pm 0,51$ мОД/мл відповідно; $p < 0,05$), а концентрація ТТГ – підвищеною ($1,94 \pm 0,05$ та $1,61 \pm 0,12$ відповідно; $p < 0,05$) порівняно з даними групи порівняння. Середній коефіцієнт ТТГ/FT₄ складав $0,13 \pm 0,001$ у підлітків основної групи та $0,09 \pm 0,004$ у дітей контрольної групи ($p < 0,05$), що ми розцінили як напружений функціональний стан ГТС. У 16-річних зберігалась тенденція до збільшення об'єму ЩЗ, зменшення рівня FT₄ та підвищення концентрації ТТГ, але ці дані не були статистично достовірними ($p > 0,05$). 17- та 18-річні підлітки з ФД відрізнялись лише збільшеним середнім об'ємом ЩЗ порівняно з таким у здорових однолітків (у 17-річних дітей основної групи – $13,6 \pm 0,14$ см² та групи порівняння – $10,80 \pm 0,56$ см²; у 18-річних: $15,8 \pm 0,34$ та $13,00 \pm 0,59$ см² відповідно; $p < 0,05$).

Таким чином, у хворих з ФД відмічається порушення морфофункціонального стану ГТС, що проявляється її напруженням. Особливої уваги заслуговують підлітки, в яких тривалі, навіть незначні лабораторні зрушення на фоні зрушення компенсаторних можливостей можуть призвести до розвитку серйозних патологічних станів як з боку ЩЗ, так і інших внутрішніх органів. Наявність змін з боку ГТС у підлітків з ФД вказує на необхідність враховувати їх при обґрунтуванні патогенетичної терапії.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ РОТАВІРУСНИХ ГАСТРОЕНТЕРИТИВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

О.Л. КРИВУША, Л.Р. ШОСТАКОВИЧ-КОРЕЦЬКА,
О.Є. АБАТУРОВ

Дніпропетровська державна медична академія

Протягом останніх років в етіологічній структурі гострих кишкових інфекцій (ГКІ) реєструється зростання питомої ваги ротавірусних діарей. Особливістю ротавірусних гастроентеритів у дітей перших років життя є тривалість діарейний синдром, який разом з іншими проявами ГКІ призводить до значних патологічних витрат рідини і зумовлює розвиток ексикозу. Діарея при ротавірусній інфекції носить осмотичний характер, що пов'язано з розвитком вторинної лактазної недостатності й може зменшуватися при вилученні відповідного дисахариду.

Метою нашого дослідження було встановлення клінічної ефективності різних видів дієтотерапії при лікуванні ротавірусних діарей. Під спостереженням знаходилась 51 дитина першого року життя з діагнозом ГКІ ротавірусної етіології. У більшості обстежених (40 дітей – 78,4%) захворювання почалося гостро. Першим проявом хвороби у 50% дітей була блювота, у 37 – багаторазова. Практично у половини дітей реєструвалось підвищення температури до фебрильних цифр, з'являлись ознаки млявості, динамії, загального неспокою. У 40 (78,4%) дітей вже з першого дня захворювання домінував діарейний синдром у вигляді розрідженого випорожнення, водянистого, пінистого, слабо забарвленого, без патологічних домішок або з незначною кількістю слизу, з різким запахом. Частота випорожнень коливалась від 6–7 до 15–18 разів на добу. У більшості випадків ротавірусна інфекція перебігала з провідним синдромом гастроентериту, у частини дітей визначались прояви гастроентероколіту.

Враховуючи рекомендації щодо обмеженого використання антибактеріальних засобів при лікуванні ГКІ, базисна терапія передбачала використання протівірусних препаратів (Віферон, Лаферон), ферментних препаратів та пробіотиків. За показаннями проводилася оральна або парентеральна регідратаційна терапія. Особливу увагу ми приділяли дієтотерапії хворих дітей. Всі діти, які були під нашим спостереженням, до початку захворювання знаходились на вигодовуванні адаптованими молочними сумішами. З першої доби стаціонарного лікування дітей було розподілено на дві групи. Діти I групи (24 дитини – 47,1%) з першого дня лікування отримували НАН-безлактозний, діти II групи (27 дітей – 52,9%) – вигодовувалися адаптованими молочними сумішами. Разовий обсяг харчування становив від 50 до 150 мл залежно від віку та ступеня тяжкості ГКІ. Для визначення ефективності дієтотерапії враховували тривалість основних синдромів хвороби, динаміку відновлення дефіциту маси тіла дитини.

Дослідження показало, що дієтотерапія з використанням суміші НАН- безлактозний сприяла скороченню тривалості інтоксикаційного синдрому до $3,33 \pm 0,33$ дня у I групі проти $5,16 \pm 0,34$ ($p < 0,05$) – у II групі, що проявлялось відновленням апетиту, підвищенням емоційного стану дитини, нормалізацією періодів сну та бадьорості. У дітей, які отримували НАН, було зареєстровано зменшення кратності випорожнень у перші дні хвороби ($6,53 \pm 0,92$ разу на добу

проти $7,56 \pm 0,65$; $p < 0,05$). У дітей I групи скоріше, ніж у II групі, відбувалось нівелювання явищ кишкового метеоризму та загальне скорочення тривалості діарейного синдрому – $4,66 \pm 0,32$ проти $5,88 \pm 0,39$ дня ($p < 0,05$). Скорочення тривалості основних проявів захворювання на фоні дієтотерапії з використанням суміші НАН-безлактозний сприяло більш швидкому відновленню дефіциту маси тіла у дітей-реконвалесцентів ГКІ та достовірному зменшенню тривалості стаціонарного лікування – $5,64 \pm 0,52$ дня в I групі проти $7,76 \pm 1,05$ дня у II ($p < 0,05$).

Таким чином, дієтотерапія дітей, хворих на ГКІ ротавірусної етіології, повинна проводитись лікувальними молочними сумішами з урахуванням патогенетичних механізмів розвитку основних клінічних синдромів.

ДОБОВА РН-МЕТРИЯ ЯК МЕТОД КОНТРОЛЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

М.О. ШАЛАМАЙ, І.В. СТОРОЖУК

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Проблема виявлення та лікування гастроєзофагальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у дітей сьогодні розглядається в педіатрії як найактуальніша, дані про поширеність якої варіабельні залежно від регіону. ГЕРХ – це спектр клінічних порушень, які є результатом регрградного рефлексу шлункового вмісту до стравоходу. В багатьох джерелах літератури підкреслюється, що діагноз ГЕРХ встановлюється на підставі клінічних симптомів, найбільш типовим з яких є печія, проте існує значний відсоток безсимптомних випадків, або ГЕРХ з атиповими проявами, коли необхідне використання допоміжних методів діагностики.

В 70% випадків у дітей основної групи ГЕРХ діагностувалась пізно. Діти тривало лікувались без помітного ефекту у гастронологів, неврологів, кардіологів, пульмонологів з приводу порушення харчування, дисфагії, блювоти невстановленого генезу, загрудинного і епігастрального більового синдрому, рецидивуючих бронхітів та пневмоній. Рання діагностика і своєчасне адекватне лікування необхідні для запобігання розвитку ускладнень хвороби.

Діагноз ГЕРХ (80 дітей) встановлювався на підставі анамнестичних та клінічних даних, підтверджувався інструментально за допомогою даних комп'ютерного ацидогастрографа та фіброгастроуденоскопії.

Серед багатьох методик інструментального обстеження багатогодинний внутрішньостравохідний рН-моніторинг розглядається в якості основного методу діагностики ГЕРХ, а верхня ендоскопія є незамінним методом оцінки стану слизової оболонки стравоходу. Проте актуальними і відкритими залишаються питання щодо зв'язку між вираженістю клінічних проявів, зокрема печії, ендоскопічними даними і даними рН-моніторингу.

Метод добової рН-метрії дозволив достовірно оцінити ефективність лікування гастроєзофагальної рефлюксної хвороби у дітей препаратом Мотиліум та спостерігати за перебігом змін базальної секреції

шлунка до та після курсу лікування. Результати дослідження вказують на зменшення частоти й тривалості патологічних гастроєзофагеальних рефлексів після приймання препарату протягом 21-ої доби. Дані добової рН-метрії корелюються з позитивними гістологічними змінами слизової оболонки стравоходу.

ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ

О.Р. БОЯРЧУК, О.Р. ЯСНІЙ, Г.В. МАНЬКО

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

Незважаючи на вагомі досягнення у вивченні етіологічних чинників розвитку хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту, зокрема, визнання провідної ролі *Helicobacter pylori*, питання профілактики хронічного гастродуоденіту у дітей залишається актуальним на сьогоднішній день.

Метою нашої роботи було виділення груп ризику з розвитку хронічного гастродуоденіту у дітей для проведення комплексу заходів щодо запобігання реалізації розвитку захворювання. Обстежено 180 дітей, хворих на хронічний гастродуоденіт. За спеціально розробленою схемою у дітей вивчали анамнестичні дані, суб'єктивні та об'єктивні характеристики. Стан слизової оболонки шлунка вивчали за допомогою езофагогастродуоденоскопії. Для ідентифікації гелікобактеріозу використовували експрес-методи: уреазний та бактеріоскопічний.

Асоційований з *Helicobacter pylori* хронічний гастродуоденіт виявлено у 60,8% обстежених хворих. Проаналізувавши сприяючі фактори виникнення захворювання, встановлено велику роль аліментарного чинника у розвитку даної недуги. У 92,2% хворих мали місце порушення харчування, такі, як великі перерви між прийомами їжі, нерегулярність прийому їжі, сухоїдіння, зловживання смаженими, гострими продуктами (чіпси, сухарики, продукти швидкого приготування з ароматичними добавками). Потужна рекламна підтримка вказаних продуктів харчування призводить до підвищеного попиту на них у дітей, що негативно позначається на їх здоров'ї. Хронічна вогнищева інфекція, яка відмічалася у 28,9% хворих, достовірно частіше зустрічалася у дітей з хронічним гастродуоденітом, ніж у популяції ($p < 0,001$). У кожній п'ятій дитини встановлено роль нервово-психічного чинника. Сучасні фільми, комп'ютерні ігри з елементами агресії, жорстокості призводять до неврологічних порушень у дітей, в першу чергу, до змін з боку вегетативної нервової системи. Серед сприяючих факторів слід відмітити спадкову схильність. Наявність захворювань гастроуденальної зони у близьких родичів констатовано у 42,2% дітей, 0 (I) групу крові – у 42,2%, прояви ексудативно-катаральної конституції – у половини дітей. У дітей з хронічним гастродуоденітом, асоційованим з *Helicobacter pylori*, обтяжений генетичний анамнез спостерігався частіше, що диктує необхідність ретельного дотримання гігієнічних вимог у таких сім'ях, а також обстеження членів сім'ї для виявлення гелікобактеріозу з наступною ерадикацією. Перинатальна патологія мала місце у 45,0% дітей з хронічним гастродуоденітом, пізні прикладання до груді – у 57,1%, перинатальні ураження ЦНС – у 12,9%, хро-

нічні розлади живлення – у 8,6% дітей, що значно перевищує наявність даної патології в популяції. Сприяння даних факторів розвитку гастродуоденальної патології пов'язано зі зниженням адаптивних і захисних можливостей у таких дітей. Захворювання шлунково-кишкового тракту у ранньому дитячому віці, такі, як інвазивні діареї, дисбактеріоз, непереносимість лактози мали місце у 31,0% дітей. Гепатобілярна патологія передувала розвитку хронічного гастродуоденіту у 29,4% хворих.

Таким чином, діти з обтяженою спадковістю за захворюваннями гастродуоденальної зони, аліментарними порушеннями, наявністю хронічних вогнищ інфекції, перинатальними ураженнями ЦНС, хронічними розладами живлення, захворюваннями шлунково-кишкового тракту в ранньому дитячому віці, наявністю гепатобілярної патології та дисбактеріозу кишків потребують проведення профілактичних заходів, спрямованих на зменшення впливу того чи іншого чинника та ретельного обстеження для раннього виявлення хронічного гастродуоденіту.

МОЖЛИВОСТІ АЛЬТЕРНАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ

Н.В. ПАВЛЕНКО

Харківська медична академія післядипломної освіти

Деструктивні захворювання гастродуоденальної зони (ГДЗ) є найбільш поширеною несприятливою патологією органів травлення у дітей шкільного віку. У світі існують різні концепції патогенезу, накопичено великий досвід лікування та профілактики виразкової хвороби (ВХ), але поки що не вдається досягти істотного зменшення захворюваності серед пацієнтів різного віку. За останні 5 років поширеність ВХІІІ та ВХ ДПК в нашій країні зросла на 12%, а в великих містах – на 20–22%. Понад 2% дитячого населення України хворіють на ВХ. Крім того, протягом останніх років більшість дослідників звертають увагу на скорочення частки гелікобактер-асоційованих варіантів деструкції ГДЗ у дорослих пацієнтів. Власні дослідження також свідчать про зміну частоти і захворюваності на гелікобактер-асоційовані форми ГДЗ серед дитячого населення. Незважаючи на зменшення кількості *Нр+* форм ВХ, частка даної нозології в структурі захворювань ГДЗ у дітей залишається стабільно високою. Спостерігається збільшення частоти тяжких форм ВХ, несприятливих варіантів перебігу, неможливість використання деякими пацієнтами стандартних схем лікування (ерадикаційної терапії), відсутність бажаного ефекту. Саме пошук нових можливостей лікування дітей з рецидивуючими деструктивними захворюваннями ГДЗ спонукає до необхідності використання поряд з алопатичними й іншими препаратами.

Наводимо результати власного досвіду лікування дітей з несприятливими варіантами ВХ ДПК з використанням антигетоксичних препаратів (АГТІ) німецької фірми «Biologische Heilmittel Heel». Клінічний діагноз верифіковано за допомогою ендоскопічного дослідження з наступним морфологічним підтвердженням та обов'язковою діагностикою гелікобактерної (*Нр*) інфекції. АГТІ отримали 24 пацієнти віком від 13 до 18 років, які перед цим неодноразово лікувались алопатичними препаратами за класичними принципами. У 16 (66,5%) пацієнтів (I група) необхід-

ність використання АГТП виникла з метою досягнення якісної та довготривалої ремісії, яка була нестійкою. У 8 (33,5%) дітей з ВХ ДПК (II група) препарати фірми «Neel» склали основу базисної терапії. Лікування алопатичними препаратами у них стало неможливим (тяжка алергічна реакція, побічні дії препаратів, торпідність тощо). Саме у цієї групи хворих на ВХ терапія АГТП стала «останньою надією».

Пацієнти I групи отримували АГТ лікування для посилення терапевтичного ефекту на відновлювальному етапі після 3–4-х тижнів комплексної базисної терапії алопатичними препаратами. Курс лікування тривав 1–2 місяці. Пацієнти II групи одержували АГТ терапію в якості основної базисної. Лікування проводили в два етапи до отримання адекватного комплексного ефекту (протизапального, імунокоригуючого, антимікробного, антацидного, репаративного, спазмолітичного та ін.). На основі лікування цих груп хворих було складено оптимальні робочі схеми з урахуванням послідовності й тривалості застосування АГТ препаратів у дітей з ВХ.

Таким чином, після закінчення курсів лікування відмічено високу ефективність і добру переносимість АГТП. Їх можна рекомендувати для профілактичного протирецидивного лікування дітей різного віку з ВХ ДПК. Крім того, АГТП можуть стати достойною альтернативою у лікуванні пацієнтів з деструкцією ГДЗ, що страждають на полівалентну алергію чи мають непереносимість класичних алопатичних схем лікування.

СУЧАСНІ ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ СИНДРОМУ МЕТАБОЛІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ

Б.О. БЕЗКАРАВАЙНИЙ, Є.Є. САБАДАШ, В.М. ЗЕНЧЕНКО

Луганський державний медичний університет

Вірусний гепатит є важливою проблемою педіатрії. Невирішеними залишаються питання патогенезу та прогнозування перебігу вірусного гепатиту, його лікування та профілактики. У останні роки привертають до себе увагу деякі біохімічні показники, які характеризують стан перекисного окислення ліпідів, його корекцію, стан процесів ендогенної інтоксикації організму.

Синдром ендогенної інтоксикації та «метаболическа інтоксикація» почали інтенсивно вивчатися останнім часом. Особливо велику роль відіграє цей механізм при вірусних гепатитах, тому що печінка є основним органом, який нейтралізує токсичні речовини в організмі. Одним із сучасних напрямів лікування вірусних гепатитів є використання препаратів патогенетичної дії. Одним з таких лікарських засобів є препарат Ліпін, що являє собою ліпосомальну форму фосфатидилхоліну.

Під нашим спостереженням знаходилося 72 дитини, хворі на вірусний гепатит А. Усі діти вступали до стаціонару на 2–4-ту добу хвороби у стані середньої тяжкості. Діагноз встановлювали на підставі клінічних, біохімічних критеріїв, а також підтверджували виявленням анти НАV імуноглобулінів класу М. Усіх дітей було розподілено на дві групи. Діти першої групи, окрім базисної терапії, отримували Ліпін, другої групи – отримували тільки базисну терапію. Гепатопротекторна дія препарату Ліпін полягає в нормалізації процесів перекисного окислення ліпідів, відновленні секреторної функції печінки. У

дітей, які знаходились під нашим спостереженням, гепатит протікав у середньотяжкій формі. Діти вступали до стаціонару на 1–2-гу добу жовтяничного періоду. Спостерігалася типова картина вірусного гепатиту. Було встановлено підвищений рівень молекул середньої маси, який залежав від тяжкості захворювання. Так, у першій групі рівень середніх молекул складав 0,95 г/л, у другій – 0,96 г/л. Виявлено взаємозв'язок між кількістю молекул середньої маси та клінічними проявами інтоксикації. У дітей з низькими показниками молекул середньої маси їх кількість була незначною, і, навпаки, у дітей, у яких спостерігалася нудота, блювота, млявість, слабкість, погіршення апетиту, показники молекул середньої маси були достовірно підвищеними. На тлі проводжуваного лікування у дітей клінічні ознаки захворювання зменшувались. Спостерігалось зменшення клінічних ознак інтоксикації, а у 80% хворих ознаки інтоксикації вже були відсутні. Також у дітей зменшувався розмір печінки, у 95% – відмічався білірубіновий криз. Рівень середніх молекул знижувався. В динаміці захворювання в контрольній групі він складав 0,65, у другій – 0,76 г/л. При виписці рівень середніх молекул продовжував знижуватися у всіх дітей, які знаходились під нашим спостереженням. Одночасно нормалізувались клінічні показники у дітей обох груп. На час виписки із стаціонару рівень середніх молекул складав 0,49 у першій і 0,64 г/л – у другій групі, що наближається до вікових норм здорових дітей.

Таким чином, можна зробити висновок, що визначення ендогенної інтоксикації методом середніх молекул об'єктивно відображає стан цього процесу в дитячому організмі. Включення препарату Ліпін в базисну терапію вірусного гепатиту А сприяє більш швидкій позитивній динаміці клінічних та біохімічних показників захворювання.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОКСИДУ АЗОТУ ПРИ ДІАРЕЙНОМУ СИНДРОМІ У ДІТЕЙ

Б.О. БЕЗКАРАВАЙНИЙ, Н.О. ЯКОВЕНКО,
КЕЮР НАРЕНДРА ДАХІФАЛ

Луганський державний медичний університет

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) становлять нині серйозну проблему педіатрії. Одним з основних симптомів гострих кишкових інфекцій є діарея. За даними ВООЗ у світі щорічно реєструється від 68,4 до 275 млн. діарейних захворювань. Патогенез та механізми розвитку діареї широко досліджуються. В той же час мало вивченим залишається питання ролі оксиду азоту при цьому патологічному стані. Оксид азоту – це надзвичайно активна сполука з властивостями вільного радикалу, що є одним з головних засобів захисту клітин, які беруть участь в забезпеченні резистентності організму до проникнення та розвитку інфекцій. Оксид азоту зупиняє розвиток багатьох мікроорганізмів і забезпечує активацію імунного захисту в інфікованому організмі. Основними фізіологічними функціями NO щодо травної системи є забезпечення моторної функції шлунково-кишкового тракту, регуляції жовчовиділення, крім того, NO слід внести до числа найважливіших факторів захисту слизової оболонки шлунково-кишкового тракту. Його вплив здійснюється, в основному, шляхом дії на кровопостачання слизової оболонки, блокада NO-

синтази різко зменшує кровоплин в судинах, що посилює ішемію. Щодо регуляції моторики шлунково-кишкового тракту, то стимуляція нейронів супроводжується збільшенням активності NO-синтази і виділенням NO. Крім того, нормальним регулятором перистальтики шлунково-кишкового тракту та синтезу NO є бактеріальна флора кишечника. NO, з одного боку, є важливою регуляторною та протективною сполукою в організмі людини, з іншого – гіперпродукція NO може справляти руйнівну дію на клітини за рахунок прямих та опосередкованих механізмів (за рахунок утворення та патологічних ефектів супероксиду та пероксинітриду).

Під нашим спостереженням перебувало 30 дітей віком від 2 місяців до 3 років, які проходили лікування на базі обласної дитячої інфекційної лікарні м. Луганська з діагнозом ГКІ. Верифікацію діагнозу проводили на підставі загальноклінічних, лабораторних та бактеріологічних досліджень. Рівень NO в плазмі крові визначали спектрофотометричним методом в період розгорнутих клінічних проявів та після нормалізації стільця.

Як показали дослідження, рівень NO в плазмі крові в гострому періоді збільшувався і залежав від механізму розвитку діареї, від тяжкості перебігу захворювання та корелював з показниками перекисного окислення ліпідів. В лікуванні ГКІ перевагу віддавали використанню еубіотиків, зокрема сучасному мультипробіотику Симбітер у дітей до 2-х років та Апібакт у дітей старше 2-х років у вигляді основної терапії поряд з дієтою та оральною регідрацією при секреторних діареях, та у вигляді допоміжного засобу на тлі антибактеріальних препаратів при інвазивних діареях. Після лікування, у період реконвалесценції рівень NO у плазмі крові знижувався порівняно з гострим періодом. Таким чином, NO відіграє важливу роль в патогенезі діарейного синдрому при ГКІ.

ОСОБЛИВОСТІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА І ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПІДЛІТКІВ

Т.З. МАРЧЕНКО, Л.П. САКАЛОШ, Я.В. ТОМКІВ, Д.І. КВІТ,
З.В. ТОМКІВ

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького.

Міська дитяча клінічна лікарня, м. Львів

Впровадження рекомендацій Маастрихтських консенсусів II, III (2000, 2005) щодо діагностики та лікування виразкової хвороби (ВХ) шлунка і дванадцятипалої кишки (ВХДК) сприяло зменшенню рецидивів ВХ і, відповідно, зменшенню числа госпіталізованих дітей із ВХ до гастроентерологічного відділення із 147 випадків у 2004 р. до 118 випадків у 2006 р. – і за 5 міс 2007 р. Найчастіше діагностовано ВХДК (76,4%). Серед обстежених хворих дітей переважали хлопці-підлітки (82,2%). Вперше виявлена ВХ мала місце у 92,4% пацієнтів.

Давність захворювання від 1 тижня до 1 місяця спостерігалася у 91,4% хворих дітей. У двох підлітків, які вступили з ацетонемічною блювотою, ендоскопічно виявлено ВХ. У клінічній картині домінували: абдомінальний больовий синдром (78,4%), «голодний», нічний біль (23,4%), печія за грудиною (47,8%). Малосимптомним був перебіг ВХ у 10,2% підлітків. Н.р. було виявлено методами мазків-відбитків і фекальною cito testy Н.р. Ag у 94,2% дітей із ВХ. У 4,4% підлітків

перебіг ВХ був ускладнений на момент вступу: у 1,4% – кровотечею і у 3% – рубцевою деформацією цибулини дванадцятипалої кишки.

Вперше виявлена ВХ шлунка і дванадцятипалої кишки рецидивувала протягом першого року у 5,6% хворих. Найчастіше причинами рецидивів (у 91% пацієнтів) були: паління, вживання алкоголю, стреси у зв'язку з закінченням школи і вступом до ВУЗу, відмова від проведення «сімейної» ерадикації Н.р., обтяжений генетичний анамнез за ВХ, недотримання комплаєнсу. У 9% хворих причини рецидивів невідомі. У 93% хворих із рецидивним перебігом ВХ була уражена дванадцятипала кишка із високим ступенем засівання Н.р. Множинні виразки шлунка і дванадцятипалої кишки мали 7,1% пацієнтів.

ВХ часто поєднувалася з дискінезією верхніх відділів травного каналу. Зокрема, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) мала місце у 46,6% хворих, дуоденогастральний рефлюкс (ДГР) – у 64%, поєднання ГЕРХ з ДГР – у 34% хворих. Це вимагало корекції лікувальних комплексів із наступним, після ерадикації Н.р., призначенням прокінетиків і більш тривалим (до 12 тижнів) призначенням антисекреторних препаратів.

Інтрагастральна рН-метрія визначала виражену гіперацидність, а у випадках ГЕРХ – виражену закисленість стравоходу, пептичний рефлюкс-езофагіт.

Лікування призначали згідно з Маастрихтськими консенсусами II, III (2000, 2005). Підліткам старше 14 років призначали нексиум – антисекреторний препарат, який застосовували для стартової і підтримуючої терапії. Ця схема лікування сприяла швидкій редукції больового абдомінального синдрому, відсутності «проривів» кислотності (за наявності ГЕРХ) у вигляді печії.

Контрольне дослідження на наявність Н.р. у калі методом cito testy Н.р. Ag через 4–6 тижнів свідчило про ерадикацію Н.р. у 93,4% хворих.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Ю.С. КОРЖИНСЬКИЙ, Л.П. САКАЛОШ, Д.І. КВІТ,
Т.З. МАРЧЕНКО, Я.В. ТОМКІВ

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького.

Міська дитяча клінічна лікарня, м. Львів

Зростання числа хвороб травного каналу, а серед них неструктивних хронічних гастроуденітів (ХГД) у дитячій популяції, та збільшення випадків розвитку гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) при цій патології визначають актуальність цієї проблеми.

Мета роботи: вивчити поширеність і клінічні особливості перебігу ГЕРХ у дітей, які хворіють на ХГД.

Проаналізовано 768 історій хвороб дітей, хворих на ХГД. Ступінь тяжкості езофагіту оцінювали згідно з рекомендованою Лос-Анджелеською класифікацією. Отримані результати проаналізовано методами стандартної медичної статистики.

Середній вік обстежених хворих склав 12,8±0,81 року, I ступінь ГЕРХ діагностовано у 605 (79,0%), II – у 163 (21,0%) хворих (p<0,01). Езофагеальні симптоми достовірно частіше виявляли при ГЕРХ II ступ.:

печію – у 683 (89,0%) та 76 (10,0%), $p < 0,01$, дисфагію – у 249 (32,0%) та 89 (12,0%), $p < 0,05$, біль в епігастральній ділянці і за ходом стравоходу – у 259 (34,0%) та 78 (10,0%), $p < 0,05$ порівняно з ГЕРХ I ступеня. Екстрафагеальні симптоми – ларингіт, покашлювання, хронічна охриплість голосу спостерігалася у 343 (45,0%) та 65 (8,0%) хворих ($p < 0,01$), стоматологічний синдром – у 311 (40,0%) та 134 (17,0%) обстежених ($p < 0,05$), тобто у 3–4 рази частіше супроводжували ГЕРХ II ступ. порівняно з ГЕРХ I ступ. З розвитком тяжкості ГЕРХ спостерігалася тенденція до збільшення кількості іншої патології – при I ступ. ГЕРХ реактивний панкреатит діагностовано у кожного десятого, дискінезію жовчовидільних шляхів – у кожного третього, тоді як при II ступ. ГЕРХ названа патологія виявлялася майже у кожного другого хворого (68 і 53% відповідно).

До комплексу терапії ХГД за наявності ГЕРХ включали прокінетики, психо-, рефлексотерапію. Дистальний пептичний рефлюкс-езофагіт в 42,4% випадків поєднувався із дуоденогастральним рефлюксом. Із них у половини хворих ендоскопічно було верифіковано жовчний рефлюкс-езофагіт і жовчний рефлюкс-гастрит у поєднанні з гіпокінетичною біліарною дисфункцією. Це зумовило необхідність корекції лікувального комплексу ГЕРХ із застосуванням урсофальку в суспензії із розрахунку 10 мг/кг/добу тривалістю 1–2 місяці одноразово на ніч. Ця тактика сприяла швидкому зникненню клінічних симптомів (на $10,8 \pm 1,7$ днів) за рахунок конкурентного інгібування всмоктування токсичних жовчних кислот і досягнення гідрофільного (нетоксичного) пулу жовчних кислот.

Отже, найчастіше ГЕРХ на фоні ХГД є характерним для дітей середнього шкільного віку. Відсутність езофагеальних скарг на початкових стадіях розвитку ГЕРХ призводить до прогресування патології з втягненням до процесу інших органів травної системи, що диктує необхідність своєчасної діагностики і комплексного лікування з метою профілактики формування стравоходу Баррета.

СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

Ю.С. КОРЖИНСЬКИЙ, Д.І. КВІТ, Т.З. МАРЧЕНКО,
Л.П. САКАЛОШ, З.В. ТОМКІВ, Я.В. ТОМКІВ

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького.

Міська дитяча клінічна лікарня, м. Львів

Найчастішою причиною звернення до педіатра або дитячого гастроентеролога є синдром абдомінального болю, порушення дефекації, що може бути проявом синдрому подразненої кишки (СПК). Залучення великої кількості сучасних методів обстеження для виключення органічної патології є основою діагностики функціональних захворювань. Можливість трансформації функціональних захворювань травної системи в органічну патологію зумовлює необхідність визначення чітких діагностичних алгоритмів і застосування адекватного лікування цієї патології.

Метою дослідження було вивчення особливостей анамнезу, клініки, діагностики та лікування СПК у 161 дитини, які знаходилися на стаціонарному лікуванні. Проаналізовано 161 історію хворого стаціонарних пацієнтів із СПК. Діагноз встановлювався на підставі загальноприйнятих клінічних даних і комп-

лексу додаткових лабораторних, інструментальних гастроентерологічних обстежень. СПК класифікували згідно з Римськими критеріями III. Достовірність отриманих результатів оцінювали за допомогою загальноприйнятих критеріїв медичної статистики.

Отримані результати свідчать про стійку тенденцію збільшення кількості СПК у дитячій популяції – від 34% у 2003 р. до 60% у 2007 р. ($p < 0,05$), із них 59% складала дівчатка, 41% – хлопчики. Основну частину обстежених складала школярі – 67% ($p < 0,05$), проте кількість дошкільнят була значно високою – третина від усіх обстежених (33%).

Найчастіше ми виявляли СПК з абдомінальним больовим синдромом (96%, $p < 0,01$), який поєднувався з метеоризмом, 22% – СПК із закрепамми, 1% – СПК із діареєю без больового синдрому. Майже у половини хворих періодично відмічалися приступи кишкової кольки (48%) з локалізацією у лівій або правій клубовій ділянках. Зазвичай, абдомінальний больовий синдром посилювався при стресі та перед дефекацією. У всіх дітей ми спостерігали вегетативні порушення різного ступеня тяжкості тривалістю від декількох годин до декількох днів. Зазначені симптоми були хвилеподібними рецидивними в 79% випадків і у 22% – носили хронічний характер ($p < 0,05$). При обстеженні хворих із СПК звертала увагу невідповідність між скаргами і добрим загальним станом хворого.

Проведений діагностичний «оптимум» у всіх наших пацієнтів не виявив органічних уражень травної чи іншої систем. Порушення біоценозу кишок характеризувалося зміною кількісного і якісного вмісту лактобактерій, біфідобактерій, ентерококів, відносним зниженням загальної кількості кишкової палички, появою патогенних мікроорганізмів і грибів, які визначалися у вигляді монокультури або їх асоціації. Терапія СПК завжди була складним завданням, яке вимагає індивідуального підходу, проводиться у трьох основних напрямках: загальні заходи (дієта залежно від провідного клінічного синдрому), симптоматична медикаментозна терапія, психотерапія.

Для корекції порушеного біоценозу використовували лацідофіл – сучасний пробіотик, який містить *L. rhamnosus* R0052 (95%), *L. acidophilus* R0011 (5%). Лактобактерії лацідофілу виживають в присутності високої концентрації соляної кислоти і жовчних кислот. Ці штами мають високу адгезивну здатність до епітелію кишок, пригнічують ріст патогенів, стимулюють імунну систему кишок.

Отже, комплексний підхід до діагностики і терапії найпоширенішого функціонального захворювання травного каналу, такого як СПК, є адекватним методом профілактики формування органічної патології.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЯК ПРОЯВ ДИЗАДАПТАЦІЇ У ПРОЦЕСІ СИСТЕМАТИЧНОГО НАВЧАННЯ

Л.В. КВАШНІНА, В.П. РОДІОНОВ, О.П. КЛИМЕНКО,
Ю.А. МАКОВКІНА, Т.Б. ІГНАТОВА, Л.Г. КУЗЮК,
Т.Б. ЄВГРАФОВА

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
АМН України», м. Київ

Функціональні порушення органів травлення, які здебільшого виникають у періоди інтенсивних мор-

фофункціональних змін в організмі дитини та обтяжують органічну патологію, займають у структурі гастроентерологічної захворюваності значне місце. Являючи собою різноманітну комбінацію гастроінтестинальних симптомів, функціональні порушення мають причини, які лежать поза травною системою і пов'язані зі змінами регуляторних систем.

З метою збереження та поліпшення стану здоров'я дітей молодшого шкільного віку на підставі визначення критеріїв раннього порушення функції органів травлення і розробки комплексу диференційованих профілактично-реабілітаційних заходів нами було проведено дослідження у 1200 школярів 1–3 класів у динамічному спостереженні протягом 3 років. Всі діти підлягали комплексному клініко-лабораторно-інструментальному обстеженню з оглядом вузьких спеціалістів, проведенням сонографічних досліджень гепатобілярної системи, шлунково-кишкового тракту та підшлункової залози за розробленими власними методиками. Для виявлення функціональних порушень проводили навантажувальні проби. Згідно з міжнародними стандартами оцінювали спектральні показники вегето-судинної реактивності. Мікробіологічним методом вивчали спектр кишкової мікрофлори.

Як показали наші дослідження, темпи сучасного життя, новітні методи навчання сприяли тому, що пристосувальні процеси травної системи у дітей 6–9 років досягли межі адаптації. Характерною особливістю порушення функціонального стану органів гастроуденальної зони у дітей цієї групи є прискорена моторно-евакуаторна функція, що може вважатися патогенетичним фактором даної патології, причому, порушення відбуваються на рівні центрального контуру регуляції, а початкова симпатикотонія, порушення моторно-евакуаторної функції шлунка, як прискореної, так і уповільненої, дозволяє віднести дітей молодшого шкільного віку до групи ризику розвитку хронічної патології гастроуденальної зони. Мікробний пейзаж товстого кишечника у здорових дітей молодшого шкільного віку не завжди відповідає еубіотичному стану, а має тенденцію до дисбіозу, який, враховуючи відсутність симптоматики патології травної системи, слід розглядати як процес дизадаптації органів травлення та організму в цілому. Встановлено, що прогностичними критеріями донозологічних порушень стану жовчних шляхів можуть бути кінцевий термін скорочення жовчного міхура та наявність гіпокінетичного типу моторики. За даними УЗ-холецистографії з пробним сніданком, за розробленою нами методикою, виявлено 10 типів моторики жовчовивідних шляхів, деякі з яких подібні до проявів дискінезії, але не порушують пасажу жовчі і можуть пояснюватися особливостями вегетативної регуляції, притаманними даному віку. У здорових дітей існує три форми підшлункової залози, з кореляційним зв'язком між ростом, віком та розмірами при ехографічному вимірюванні ($K = 0,7-0,8$), а зміни її екзокринної функції, відображені у вигляді амілазних кривих, у процесі переходу від норми до преморбідного стану, і далі – до патології, мають поступовий характер та відповідні сонографічні еквіваленти, які можуть служити діагностичним критерієм для діагностики ранніх проявів панкреатопатії.

Отримані дані дозволили створити та впровадити у клінічну практику алгоритм прогнозування розвитку функціональної патології органів травлення та комплексу профілактично-реабілітаційних заходів.

УЛЬТРАЗВУКОВІ КРИТЕРІЇ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ГЕПАТИТАМИ

В.С. БЕРЕЗЕНКО, Б.А. ТАРАСЮК

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України», м. Київ

Пошуки інформативних неінвазивних методів діагностики та оцінки стадії фіброзу печінки у хворих з її хронічними дифузними захворюваннями на сьогодні є надзвичайно актуальною проблемою, оскільки це дозволяє не лише своєчасно визначити ступінь структурних змін печінки, а й має важливе значення для вибору тактики лікування, особливо у хворих з вірусними гепатитами. «Золотим стандартом» для оцінки фіброзу печінки у дорослих та дітей залишається біопсія. Однак існуючі ризики при її проведенні та негативне ставлення пацієнтів і їх батьків до цієї маніпуляції значно обмежують кількість хворих, яким вона проводиться.

Традиційне ультразвукове обстеження печінки з використанням датчиків 3,5–5,0 МГц для характеристики вираженості фіброзу не набуло широкого застосування. Спираючись на новітні ультразвукові технології, які дозволяють вивчати тонкі структури паренхіматозних органів, використовуючи височастотні датчики (частотою понад 5 МГц), ми дослідили структуру печінки у 100 дітей, хворих на ХГ. У 50 з них ультразвукова морфологія печінки була зіставлена з результатами гістологічного дослідження біоптату печінки. Ультразвукове дослідження виконували в В-режимі датчиками 3,5–5,0 МГц. Після виконання рутинного обстеження проводили скенування височастотними датчиками від 7,5 до 10,0 МГц.

Аналіз отриманих результатів показав, що еквівалентами фіброзу печінки у дітей з хронічним вірусним гепатитом (ХВГ) при виконанні УЗД датчиками 3,5–5,0 МГц були: дрібновогнищева дифузна ехогенна неоднорідність паренхіми ($Se = 75\%$; $Sp = 45\%$), збільшення кута лівої частки $> 45^\circ$ ($Se = 23\%$; $Sp = 100\%$); збільшення та ущільнення хвостатої частки печінки – індекс співвідношення хвостатої до правої частки печінки $> 0,55$ ($Se = 70\%$; $Sp = 94\%$). Найінформативнішою такою діагностикою була у дітей з тривалим та агресивним перебігом автоімунного гепатиту (АГ). Височастотне ультразвукове скенування дозволило виявити ознаки, характерні для склеротичних процесів (зміна товщини та контуру глісонової капсули, гіперехогенні структури різної форми) у більшості хворих та їх відмінності залежно від форми гепатиту. У 75,0% хворих з ХГС при височастотному скенуванні встановлено ущільнення глісонової капсули, а у 30,0% переважно з активним гепатитом в анамнезі й тривалістю захворювання понад 5 років – її помірне потовщення до 0,7 мм та дифузне нерівномірне підвищення ехогенності паренхіми за рахунок ехопозитивних утворень у вигляді трикутників та тубулярних структур від 6 до 8/смІ. Для 66,6% дітей з ХГВ характерним було помірне ущільнення глісонової капсули без порушення її контуру, потовщення капсули до 0,7 мм встановлено у 20,0% обстежених з ХГВ (з високою та помірно активним гепатитом і тривалістю хвороби більше 3 років), наявність дрібних точковидної та трикутної форми гіперехогенних, меншою мірою тубулярних ехоструктур кількості 4–6/см². Для хворих з АГ притаманним є ущільнення та нерівномірне потовщення глісонової капсули до 0,8–1 мм, звивистість

капсули та наявність ізоехогенних утворень (вузлів) діаметром близько 2–5 мм під капсулою (у 36,6% обстежених), нерівномірність ехогенності паренхіми за рахунок гіперехогенних утворень у вигляді трикутників та тубулярних структур кількістю 8–10/смІ. Гістологічне дослідження біоптату печінки показало, що діагностика описаних вище гіперехогенних структур в печінці можлива у хворих з стадією фіброзу F2, меншою мірою з стадією F1–F2 за MET-AVIR та вираженою «капіляризацією» синусоїдів.

ЖИРНОКИСЛОТНИЙ СКЛАД ЛІПІДІВ СИРОВАТКИ КРОВІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ЗАТЯЖНИМИ ЕНТЕРОКОЛІТАМИ

О.Г. ШАДРИН, А.Б. СОРОКОЛЕТОВА, В.П. МІСНИК,
А.А. КОВАЛЬЧУК, Н.Ю. БОНДАРЕНКО

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
АМН України», м. Київ

Тривале існування недостатності травлення при затяжних ентероколітах у дітей раннього віку негативно впливає як на всмоктування, так і на баланс в організмі дитини цілого ряду нутрієнтів і, зокрема, незамінних жирних кислот (лінолевої та альфа-ліноленової). А саме вони, як свідчать результати експериментальних робіт, є попередниками довголанцюгових поліненасичених жирних кислот (ДЛ ПНЖК) – арахідонової та докозогексаєнової, що відіграють виключно важливу роль, зокрема при захворюваннях, які супроводжуються запальною реакцією.

Особливу увагу педіатрів і нутріціологів ДЛ ПНЖК привертають в зв'язку з тим, що з'явилися обґрунтовані припущення низького їх синтезу на першому році життя дитини, тому навіть за достатнього рівня попередників ДЛ ПНЖК у дитини може виявлятися дефіцит їх метаболітів. Використання ПНЖК для модуляції імунної, протизапальної функції уявляється особливо важливим для дітей раннього віку з затяжними ентероколітами в зв'язку із недостатньо сформованими в них механізмами захисту від інфекцій, підвищеною проникністю кишкового бар'єру, не сформованим набутим імунітетом та початковою колонізацією кишечника.

Метою роботи було вивчення жирнокислотного складу сироватки крові у дітей раннього віку з затяжними ентероколітами, зумовленими умовно-патогенною мікрофлорою.

Обстежено 20 дітей 10–18 міс з затяжними ентероколітами (в якості контролю було взято дані обстеження дітей з функціональними захворюваннями кишечника того ж віку). Окрім загальноклінічного, всім дітям проведено копрологічне обстеження, вивчення спектру мікрофлори кишечника, вивчення бактеріальної сенсibiliзації за допомогою реакції бластної трансформації лімфоцитів до алергенів найбільш поширених бактерій, імунограми крові й копрофільтратів, ультразвукової діагностики гепатобіліарної системи, підшлункової залози, а за необхідності – проведення ректороманоскопічного обстеження з наступним вивченням морфологічної картини біоптатів. Спектр вищих жирних кислот ліпідів сироватки крові визначали на газовому хроматографі серії «Цвет-500».

Результати обстеження свідчать, що вміст насичених жирних кислот (середньо- та довголанцюгових)

в сироватці крові дітей раннього віку з затяжними ентероколітами практично не змінений. Це може бути пов'язано як із тим, що вони всмоктуються переважно із тонкого кишечника, так і з тим, що ці жирні кислоти можуть бути синтезовані в самому організмі із вуглеводів та деяких амінокислот. Виявлений в ліпідному комплексі ріст концентрації С 16:0 на фоні достовірного зниження есенціальних жирних кислот свідчить про активацію процесів перекисного окислення ліпідів та неадекватне їх надходження в організм дитини. Зважаючи на конкурентні взаємозв'язки ПНЖК в процесах метаболізму за участі ферментів циклооксигенази, визначення впливу харчування на перебіг затяжного ентероколіту може бути важливим як для теоретичної, так і для практичної педіатрії.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СОЄВИХ ПРОДУКТІВ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

Ю.В. МАРУШКО, В.Р. БОРОВСЬКИЙ, В.М. СОНЬКІН,
Ю.М. АНІСІМОВА, Т.І. ОЛЕФІР, Н.Г. БИЧКОВА, Н.С. БОЙКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ.

Інститут харчової хімії і технології НАН України, м. Київ

Для підвищення ефективності комплексного лікування хронічних захворювань органів травлення у дітей в дієтотерапії було застосовано соєві продукти (соєвий напій, соєво-рибний та соєво-м'ясний паштети, соєвий десерт), розроблені в Інституті харчової хімії і технології НАН України на основі соєвої суспензії, сироподібної та пастоподібної маси, виготовленої з цільних соєвих бобів.

Клінічні та лабораторно-інструментальні обстеження проведено у 50 дітей (30 – основна група, 20 – контрольна група) віком від 6 до 14 років з хронічними захворюваннями органів травлення (ураження гепатобіліарної та гастродуоденальної систем, функціональні зміни підшлункової залози). Хворі основної групи протягом 30 діб отримували додатково до основного раціону (дієта № 5) 100 г соєвих продуктів (~ 15 г соєвого білка).

Дослідження показали, що включення соєвих продуктів до комплексної терапії дітей з хронічними захворюваннями органів травлення мало позитивний вплив на динаміку зворотного розвитку всіх клінічних синдромів захворювання, швидкість згасання клінічної симптоматики в процесі лікування у дітей основної групи була значно вищою, ніж в контрольній (p<0,01).

При вивченні впливу соєвих продуктів на стан імунної системи дітей з хронічною патологією органів травлення встановлено, що під дією цих продуктів відбувалася нормалізація абсолютного вмісту популяції лімфоцитів (p<0,01), спостерігалася достовірне підвищення вмісту популяції CD3+лімфоцитів та CD8+супресорів-цитотоксичних. Застосування соєвих продуктів пацієнтами з хронічними захворюваннями органів травлення позитивно вплинуло на поліпшення функціональної активності Т-лімфоцитів, проліферативна активність яких зросла до значень норми, спонтанна РВТМ при цьому знизилася, зріс вміст CD16-лімфоцитів-кілерів, відмічено нормалізацію рівня ЦІК, достовірне зростання фагоци-

тарного індексу та фагоцитарного числа. Наведені дані свідчать про позитивну дію дієтотерапії з включенням соєвих продуктів на стан імунної системи дітей з хронічною патологією органів травлення, яка проявляється імуномодуючим ефектом і нормалізацією основних складових імунного статусу.

Отже, дієта з включенням соєвих продуктів є високоєфективним і безпечним дієтичним засобом в комплексній терапії хронічних захворювань органів травлення у дітей. Соєві продукти, розроблені в Інституті харчової хімії і технології НАН України на основі соєвої суспензії, сироподібної та пастоподібної маси, виготовленої з цільних соєвих бобів, можуть бути рекомендовані для широкого застосування у дітей з хронічними захворюваннями органів травлення.

ПРОБЛЕМА УРАЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ

Н.В. БАНАДИГА, О.М. ДУТЧАК

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

Місце хронічної патології травної системи у дітей не лише домінує у структурі диспансерної групи, але й залишається впродовж останніх років серед проблем, які ґрунтовно та всебічно вивчаються. Однак не всі нозологічні форми досліджуються з однаковою інтенсивністю. Це, в першу чергу, торкається питання діагностики та верифікації діагнозу уражень (функціональних чи органічних) підшлункової залози. Існують певні об'єктивні та більшою мірою суб'єктивні пояснення цієї ситуації. Можна погодитись із думкою більшості дослідників, що в дитячому віці частіше зустрічаються зміни функціонального характеру, але ж де межа з органічними? І хто її визначив? Підшлункова залоза – один із складних для діагностики органів, і тому слід ретельно диференціювати результати розповсюджених та водночас популярних серед населення методів – ультразвукових.

В ході спостереження за перебігом патології гастроуденальної та гепатобілярної зон у 54 дітей за критерій відмінності між ними було взято УЗ- характеристики підшлункової залози. До I групи (n = 42) увійшли хворі, у котрих не було виявлено змін, а до II групи (n = 12) – діти зі зміненими параметрами (розміри, ехогенність) підшлункової залози. Групи можна вважати порівнюваними, оскільки розподіл хворих за статтю (переважали хлопчики), віком (старше 7 років), тривалістю хвороби в обох не мали істотної різниці.

Тривалість та вираженість провідних синдромів мали певні відмінності. Серед пацієнтів II групи суттєво переважав біль в проекції підшлункової залози: біля пупка (25%), ліве підребер'я (50%); а в I групі – відповідно в 71 та 28,6% випадків.

Диспептичний синдром був характерним для усіх пацієнтів II групи, а серед хворих I групи – лише у 45,2% випадків. Визначення болючості специфічних точок (Дежердена, Шофара) та симптомів (Жача, Мейо-Робсона) дало змогу відстежити таку закономірність: у I – 50%, у II – 83,3% позитивних результатів. При цьому враховували певний суб'єктивізм болючих відчуттів в окремих хворих, особливо у дітей дошкільного віку. Однак діагностована висока

поширеність позитивних специфічних (для підшлункової залози) симптомів серед пацієнтів I групи загострила нашу увагу.

Зіставляючи результати визначення рівня амілази крові, виявлено, що вона була істотно підвищеною у 16,6% пацієнтів II групи (45,23±2,1), а також у 31,6% – I групи (36,43±1,6). Водночас, високий рівень діастази сечі визначено у 41,6% (II група) і 59,3% (I група) дітей. Чому ж у пацієнтів, у котрих не виявлено при УЗД змін з боку підшлункової залози (I група), так часто виявлялися зміни, що характеризують порушення зовнішньосекреторної функції? Відповідь неоднозначна. При спрощеному обсязі обстежень, як у даному разі, можна припустити вторинне втягнення до патологічного процесу підшлункової залози на тлі хронічних захворювань.

Аналізуючи пацієнтів II групи, зокрема патологічні дані УЗД внутрішніх органів, встановлено, що серед них у 83,3% реєструються збільшені параметри окремих частин залози, у 41,6% – змінена ехогенність паренхіми. Дана картина здебільшого характеризує стан набряку підшлункової залози, який попри порушення зовнішньосекреторної функції, може свідчити і про наявність змін запального характеру.

Вбачається, що при вагомій перевазі функціонального характеру змін нерідко упускаються не просто діагноз хронічного панкреатиту, а з поля зору педіатра зникають діти, котрим в дорослому віці загрожують хронічні панкреатити.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЙ АДАПТАЦІЇ У ШКОЛЯРІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГАСТРОУДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

Ю.І. АЛЕКСЕЄВА, О.О. ЦИЦЮРА, О.В. КУЗЕНКО,
О.А. ГОЛОДНИХ

Івано-Франківський державний медичний університет

Стан здоров'я не може розглядатися без урахування процесів адаптації організму, які спрямовані на забезпечення системи гомеостазу. При цьому вважається, що основними критеріями для розмежування здоров'я, донозологічних станів, передхвороби та хвороби є показники, які характеризують адаптаційні можливості організму та його гомеостатичні компенсаторні можливості. Характер адаптивних реакцій визначається змінами нейровегетативної регуляції, які також впливають на виникнення і тяжкість перебігу соматичної патології.

Метою дослідження було визначення типу вегетативних змін у дітей із хронічною патологією гастроуденальної зони залежно від нозології.

Об'єктом дослідження були 187 дітей віком 7–18 років із захворюваннями верхніх відділів травної системи: 63 дитини із хронічним гастроуденітом (ХГД) з підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунка, 60 дітей із виразковою хворобою (ВХ) дванадцятипалої кишки (ДПК) та 64 дитини із рефлексною хворобою (РХ). Оцінку вихідного тону вегетативної нервової системи проводили за опитником А.М. Вейна та шляхом розрахунку індексів внутрішньо- та міжсистемних співвідношень (Кердо і Хільдебрандта), вегетативного індексу Кердо (ВІК), загальний рівень адаптації дітей визначали за зна-

ченням адаптаційного потенціалу (АП). Оцінка вихідного вегетативного тону вегетативної нервової системи за опитником А.М. Вейна виявила наявність синдрому вегетативної дисфункції серед пацієнтів всіх досліджуваних груп. Максимальним був показник у дітей із РХ ($36,12 \pm 2,79$ бала) та достовірно ($p < 0,001$) перевищував аналогічний показник у здорових дітей. Однак слід зазначити, що і у пацієнтів з ХГД та ВХ ДПК ці показники ($30,18 \pm 1,92$ і $31,14 \pm 1,80$, відповідно) також були достовірно вищими від тотожних показників у здорових дітей ($p < 0,001$).

Провівши оцінку вихідного вегетативного тону шляхом розрахунку індексу внутрішньосистемних співвідношень (індекс Кердо), ми встановили найбільш виражену симпатикотонію у обстежених дітей з РХ (54,7%). Показник ВІК в цій групі пацієнтів склав $14,36 \pm 0,46$, що відображає максимальне відхилення від рівня ейтонії (ВІК = 0). Парасимпатикотонія переважала у пацієнтів з ХГД і ВХ ДПК (63,5 і 71,7%, відповідно), в той час як при РХ вплив парасимпатичного відділу нервової системи був вираженим менше (26,5%). Показник ВІК в групах обстежених з ХГД і ВХ ДПК становив $9,12 \pm 0,24$ та $-12,84 \pm 0,76$, відповідно. Аналіз рівня міжсистемних співвідношень за розрахунком коефіцієнта Хільдебрандта показав збалансованість міжсистемних взаємодій у всіх пацієнтів. При оцінці загального рівня адаптації за розрахунком адаптаційного потенціалу виявлено, що незважаючи на те, що у 44,9% випадків серед всіх обстежених пацієнтів визначено задовільний рівень адаптації, все ж у 34,2% дітей виявлено напруження рівня адаптації, у 13,4% – він вважається незадовільним, а у 7,5% – спостерігається зрушення адаптації. Найбільше зрушення адаптації (8,3%) і незадовільна адаптація (15,0%) зустрічались в групі дітей з ВХ ДПК.

Таким чином, за наявності хронічної патології гастродуоденальної зони синдром вегетативної дисфункції має симпатикотонічне спрямування у хворих з РХ та парасимпатикотонічне – у дітей з ХГД та ВХ ДПК та виявляється на фоні напруження адаптаційних можливостей організму.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПІДЛІТКІВ

М.О. БЕРЕГОВА

м. Житомир

Ретроспективне вивчення результатів езофагогастро-дуоденоскопії у 470 підлітків віком 14–18 років виявило наявність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГРХ) у 76 (16,2%) хворих. Серед них переважали юнаки 16–18 років (42, або 55,2%). Згідно з ендоскопічною класифікацією ГРХ за Skinner, Besley (1967) I ступінь тяжкості спостерігався у 59 (77,6%) із 76 хворих, II ступінь – у 17 (22,49%). У всіх хворих мала місце печія, кисла відрижка, відчуття гіркоти. У половини хворих спостерігався біль в епігастрії та за грудиною, нудота, блювота. «Отоларингологічна» й «легенева» маски хвороби мали місце у чверті хворих.

У хворих з ГРХ виявлено зміни психофізіологічних показників вищої нервової діяльності – порушення простої та диференційованої зорової реакції, рівноваги нервових процесів, координації рухів тощо. Деяко підвищеними були показники нейротизму й тривожності. Частіше зустрічались риси акцентуації особистості за патологічними типами.

У всіх хворих на ГРХ виявлено ознаки вегетативних розладів. Вегето-вісцеральна дисфункція спостерігалась у 40,8%, нейроциркуляторна – у 25,0%, вегето-судинна – у 26,3% і пароксизмальна вегетативна недостатність – у 7,9% хворих. Симпатикотонію встановлено у 67,6%, ваготонію – у 19,7% і ейтонію – у 13,7% підлітків. Вегетативна реактивність оцінювалась як гіперсимпатикотонія у 56,5%, асимпатикотонія – у 34,2% і нормальна – у 9,3% хворих.

Нейроендокринний статус у хворих характеризувався підвищенням функції гіпоталамо-гіпофізарної системи. Разом з тим, у чверті підлітків виявлено розлади сомато-статевого розвитку, прояви субклінічного гіпотирозу тощо.

Таким чином, наявність вегетативних дисфункцій та підліткового дисгормозу, що супроводжують ГРХ, необхідно брати до уваги при проведенні лікування та медико-соціальної реабілітації.

Проблемні питання нефрології дитячого віку

ХРОНІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК У ДІТЕЙ: НОВА ХВОРОБА ЧИ ОМАНА?

В.Г. МАЙДАННИК

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Останнім часом в нефрології спостерігається широке використання поняття «хронічного захворювання нирок» (chronic kidney disease). При цьому введення у нефрологічну практику поняття «хронічного захворювання нирок» (ХЗН) мало на меті визначення зв'язку між ступенем порушення функції нирок і виниклих різних ускладнень, насамперед, з боку серцево-судинної системи, а також стратифікації факторів ризику прогресування ХЗН. З 2003 р. поняття «ХЗН» також використовується в нефрології дитячого віку (Hogg et al., 2003).

На жаль, публікації у вітчизняній літературі призвели до неправильного тлумачення цього поняття. Причому, це проникло навіть у класифікації захворювань органів сечової системи. Зокрема, складається абсолютно неправильне уявлення про ХЗН як про нову патологію нирок та самостійний діагноз, що багато в чому підмінює існуючі нозологічні форми і рекомендується використовувати як узагальнюючий

термін (Іванов Д.Д., 2006, 2007). Т.Д. Никула (2005) розглядає ХЗН як «хворобу, яка характеризується тривалими (впродовж не менше трьох місяців) структурними та/або функціональними нирковими змінами за даними клінічних, лабораторних, інструментальних, морфологічних досліджень, які водночас дають підставу для виключення гострого процесу в нирках».

Насправді експерти робочої групи (Levey et al., 2003) Національної ниркової фундації США (National Kidney Foundation of the United States) розробили концепцію хронічної хвороби нирок (ХХН) для заміни поняття хронічної ниркової недостатності (ХНН). Як відомо, поняттям ХНН позначали незворотну втрату функцій нирок. При цьому в МКХ-10 ХНН позначали шифрами: N18 (хронічна ниркова недостатність), N18.0 (термінальна стадія ураження нирок), N18.8 (інші прояви ниркової недостатності), N18.9 (хронічна ниркова недостатність, неуточнена), N19 (ниркова недостатність неуточнена).

В США, як відомо, використовують Міжнародну класифікацію хвороб 9-го перегляду (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification – ICD-9-CM), що є офіційною системою застосування шифрів до діагнозів і процедур, що використовуються у лікарнях в США, а також є осно-

Таблиця 1

Шифри хронічної хвороби нирок за ICD-9-CM

Код	Шифр	Визначення	
Старий	585	Chronic renal failure	Хронічна ниркова недостатність
Новий	585.1	Chronic kidney disease, Stage I	Хронічне захворювання нирок, I стадія
Новий	585.2	Chronic kidney disease, Stage II (mild)	Хронічне захворювання нирок, II стадія (легка)
Новий	585.3	Chronic kidney disease, Stage III (moderate)	Хронічне захворювання нирок, III стадія (середня)
Новий	585.4	Chronic kidney disease, Stage IV (severe)	Хронічне захворювання нирок, IV стадія (тяжка)
Новий	585.5	Chronic kidney disease, Stage V	Хронічне захворювання нирок, V стадія
Новий	585.6	End stage renal disease	Термінальна стадія хвороби нирок
Новий	585.9	Chronic kidney disease, unspecified	Хронічне захворювання нирок, неспецифічне

вою МКХ-10, яка використовується ВООЗ. Згідно з ICD-9-СМ ХНН позначали одним шифром – 585 (хронічна ниркова недостатність), що, на думку експертів, не розкриває механізмів прогресування патології нирок і не дає можливості проводити профілактику термінальної стадії захворювання нирок (end stage renal disease). Тому експерти, використовуючи клінічні та лабораторні показники функціонального стану нирок, виділили 5 стадій ХХН, які включають також зворотні стадії.

З 1 жовтня 2005 року в ICD-9-СМ замість шифру 585 «ХНН» було уведено 7 нових кодів (табл. 1), якими позначають різні стадії ХЗН (585.1–585.6; 585.9) (Jeffrey, 2005). У МКХ-10 ХЗН до цього часу не класифікується.

Таким чином, терміном ХЗН позначають не нову хворобу нирок, а лише їх функціональний стан та рекомендують його використовувати замість поняття ХНН. Вважають, що широке застосування поняття ХЗН дозволить поліпшити надання медичної допомоги хворим за наявності порушення функції нирок та зменшить ризик прогресування ниркової недостатності.

ФАКТОРНИЙ АНАЛІЗ АНАМНЕСТИЧНИХ ДАНИХ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПІЕЛОНЕФРИТ

О.В. ЗУБАРЕНКО, Т.В. СТОЄВА, Г.К. КОПІЙКА, Т.І. РИЖИКОВА

Одеський державний медичний університет

Патологія органів сечової системи у дітей залишається серйозною проблемою в педіатрії та набуває все більшої соціальної значущості. Однією з причин зростання поширеності ниркової патології у дітей за останнє десятиріччя є несприятливий вплив зовнішнього середовища внаслідок екологічного неблагополуччя. При забрудненні біосфери, продуктів харчування та води нирки стають органами-мішенями, на які діють шкідливі чинники. Звертає на себе увагу атипична клінічна картина захворювань сечовидільної системи, переважання хронічних, латентних форм.

Тому не випадково, що розвиток профілактичної та превентивної нефрології є пріоритетним напрямом в педіатрії та базується на розпізнаванні факторів ризику захворювань органів сечової системи та проведенні комплексу заходів щодо профілактики захворювань нирок.

Було проаналізовано 300 історій хвороб дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні з приводу гострого піелонефриту. Для аналізу історій хвороб було розроблено індивідуальну картку обліку найбільш значущих ознак. Відповідно до численних джерел літератури для обліку було обрано 45 найбільш поширених ознак, які впливають на розвиток гострого піелонефриту. Основні групи ознак наступні: патологічний перебіг вагітності, обтяжений перебіг пологів, професійні шкідливості батьків, соматичний статус батьків, преморбідний стан дитини, перинатальна патологія, особливості харчування дитини на першому році життя, супутня патологія в анамнезі у дитини.

Статистичні розрахунки та оцінку отриманих даних проводили за допомогою пакета програм STATISTICA 5,5а.

В результаті факторного аналізу зазначених ознак, метою якого було виділення найбільш ваго-

мих факторів для розвитку піелонефриту, було визначено наступні ознаки: наявність в анамнезі дитини функціональних порушень з боку шлунково-кишкового тракту, а саме: дискінезії жовчовивідних шляхів (факторне навантаження 0,7) та диспанкреатизму (факторне навантаження 0,68). Вагомими також виявилися ознаки преморбідного стану дитини, а саме: наявність ексудативно-катарального діатезу (факторне навантаження 0,69) та лімфатико-гіпопластичного діатезу (факторне навантаження 0,6). Результат вважали достовірним при факторному навантаженні $p > 0,5$. В ході статистичної обробки даних виділені значущі ознаки було розподілено наступним чином: до факторів 1-го порядку (фактори, які мають першочергове значення) належать дискінезія жовчовивідних шляхів та диспанкреатизм, а до факторів 2-го порядку (фактори, які мають другорядне значення) – ексудативно-катаральний діатез та лімфатико-гіпопластичний діатез.

Отже, зазначені ознаки можуть бути використані як складова частина при скринінгових обстеженнях для формування груп ризику розвитку гострого піелонефриту.

Накопичення даних щодо окремих факторів ризику, які сприяють розвитку ниркової патології, дає можливість протидіяти цій патології шляхом контролю зазначених факторів у дітей ще на стадії пограничних станів.

КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ ТУБУЛОІНТЕРСТИЦІАЛЬНИХ ЗМІН У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ УРОНЕФРОПАТІЯМИ

А.Л. РЕЗНИКОВА, Н.М. ГОЛОВЧЕНКО, М.Ю. СУЛЬЖЕНКО

Луганський державний медичний університет

Особливе місце серед актуальних питань нефрології належить проблемі вивчення факторів прогресування хронічних захворювань нирок. У даний час поряд з важливістю клінічного та морфологічного типів уронефропатій стає очевидним прогностичне значення параметрів, які відображують тяжкість тубулоінтерстиціальних змін (ТІЗ).

Метою нашої роботи було підвищення ефективності діагностики хронічних захворювань нирок на підставі визначення ролі прозапальних та просклеротичних цитокінів у формуванні тубулоінтерстиціального ураження у хворих з хронічними уронефропатіями та встановлення значення цього ураження в прогресуванні хронічних захворювань нирок у дітей.

Вивчення функціонального стану нирок проведено у 149 дітей віком від 6 до 15 років. Всіх хворих було розподілено на 6 груп: 1 група – хворі зі стероїдрезистентною нефротичною формою хронічного гломерулонефриту (ХГН), 2 група – діти з гематуричною формою ХГН, 3 група – хворі з вторинними гломерулопатіями, 4 група – діти зі стероїдчутливою нефротичною формою ХГН, 5 група – діти з хронічним піелонефритом, 6 група – хворі з хронічним тубулоінтерстиціальним нефритом. У пацієнтів 1, 2 і 3 груп вивчали дані нефробиоптатів. У 73 хворих проводили дослідження рівнів прозапальних, просклеротичних та протизапальних медіаторів.

На підставі аналізу рівнів цих медіаторів нами було розроблено непрямі критерії оцінки тяжкості ТІЗ, серед яких найважливішими були: фактор не-

крозу пухлини- α (ФНП- α), інтерферон- γ (ІНФ- γ), інтерлейкіни-6, 8, 10 (ІЛ), трансформуючий фактор росту- β_1 (ТФР- β_1), оксид азоту (NO), рівень осмотичного концентрування (ОК), клубочкової фільтрації (КФ), наявність артеріальної гіпертензії та тривалість захворювання.

Найсуттєвішу диференціально-діагностичну значущість між незначними та помірними ТІЗ ($I \geq 3,0$) мають 3 ознаки: клубочкова фільтрація ($I=11,57$), ІНФ- γ ($I=4,09$) та ОК ($I=3,17$). Дві ознаки виявили помірну діагностичну інформативність ($2,99 \leq I \leq 1,0$): ФНП- α ($I=2,41$), ІЛ-8 ($I=1,92$). Для решти показників встановлено незначну діагностичну значущість ($I \leq 0,99$). В мірі зворотної інформативності ними були: NO ($I=0,90$), ІЛ-10 ($I=0,72$), ІЛ-6 ($I=0,70$), наявність артеріальної гіпертензії ($I=0,28$), тривалість захворювання ($I=0,12$), ТФР- β_1 ($I=0,04$).

Диференціальну діагностику проводять шляхом алгебраїчного сумування діагностичних критеріїв ознак до досягнення діагностичного порогу. Для 95% рівня надійності таким порогом є сума 13,0 зі знаком «мінус» для незначних ТІЗ та знаком «плюс» для помірних ТІЗ. При трансформації ТІЗ в напрямку від помірних до виражених, тісний зв'язок із наростанням тяжкості морфологічного процесу виявляє значно більша (в 2 рази) кількість параметрів. При перевірці ефективності алгоритму виявлено повну відповідність даних нефробиопсії та результатів роботи алгоритму.

Отже, наведений діагностичний алгоритм дозволяє за допомогою малоінвазивних методів дослідження звести до мінімуму контингент хворих, які підлягають нефробиопсії, та у 89,7% випадків отримати правильну оцінку ступеня й характеру ТІЗ.

РІВЕНЬ КАЛЬЦІЙРЕГУЛЮЮЧИХ ГОРМОНІВ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ У СПІВВІДНОШЕННІ З КІСТКОВИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

М.М. КАЛАДЗЕ, О.В. ТІТОВА

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

Розуміння етіопатогенезу остеопорозу дорослих на сучасному етапі нерозривно зв'язано з вивченням регуляції процесів формування і мінералізації кісткового скелета в дітей та особливостей їхніх вторинних відхилень при хронічних соматичних захворюваннях у дитячому віці.

Метою нашого дослідження було вивчення структурно-функціональних властивостей кісткової тканини в дітей із хронічним пієлонефритом та оцінка змін в гормональній регуляції фосфорно-кальцієвого обміну залежно від наявності вторинної остеопенії.

Нами спостерігалися 32 дитини з хронічним пієлонефритом у стадії клініко-лабораторної ремісії віком від 8 до 15 років ($12,5 \pm 2,0$ року). Усім дітям проведено клініко-анамнестичне, антропометричне обстеження, огляд вузькими фахівцями. Досліджували структурно-функціональні властивості кісткової тканини ультразвуковим денситометром «Ahilles+» (Lunar Corp., Madison WI); показники фосфорно-кальцієвого гомеостазу, рівень кальційрегулюючих гормонів (паратгормон, кальцитонін, кальцитріол), а також маркерів кісткової резорбції і кісткоутворення (дезоксипіридинолін сечі, остеокальцин) методом ІФА. Статистичний аналіз проводили з використанням програм Microsoft Exel і Statistica 6.0 (Statsoft, США «Statistika»). Було виділено дві порівнювані групи: I ($n=17$) – хворі з нормальним індексом щільності кісткової тканини (ІЩ КТ), II ($n=15$) – діти з ІЩ КТ нижче норми ($p < 0,001$ порівняно з I групою).

Отримані нами середньовікові показники кісткових характеристик у дітей із хронічним пієлонефритом менші, ніж у дітей загальної української популяції ($p < 0,001$). При дослідженні кальційрегулюючих гормонів у дітей II групи відмічено достовірно ($p < 0,01$) низький рівень кальцитоніну порівняно з I групою. Тоді як ПТТ практично не відрізняється між групами. Рівень кальцитріолу в крові обстежених хворих II групи був достовірно нижчим, ніж в I ($p < 0,05$). При цьому рівень остеокальцину досить високий в обох групах. Відмічається збільшення значень дезоксипіридиноліну в сечі дітей II групи стосовно I. Ці зміни пов'язуються з більш простими біохімічними показниками фосфорно-кальцієвого обміну. Так, середні значення рівнів загального кальцію і неорганічного фосфору, що спостерігалися в дітей, не виходили за нормальні межі. Однак зустрічалися хворі з рівнем загального кальцію в сироватці крові, близьким до верхньої межі норми чи вищим за неї. В обох групах середні значення кліренсу кальцію, відношення Ca/Cr у ранковій порції сечі були значно вищими нормальних. Рівень активності лужної фосфатази був у межах норми і між групами значно не відрізнявся. Серед дітей II групи дещо частіше спостерігалися підвищені значення реабсорбції фосфатів. Середній показник TmPi/GFR у дітей обох груп був високим, хоча в одиничних випадках спостерігалися значення нижче нормальних.

Таким чином, деякі неоднозначні аспекти отриманих даних при детальному осмисленні, які було порівняно з клініко-анамнестичними симптомами порушення фосфорно-кальцієвого гомеостазу, дозволили рекомендувати диференційований підхід у застосуванні різних методів профілактики і корекції вторинних остеопенічних станів у дітей із хронічним пієлонефритом на етапі реабілітації.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ НЕФРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Т.П. АНДРІЙЧУК*, Ю.М. НЕЧИТАЙЛО, В.В. БЕЗРУК,
Д.Р. АНДРІЙЧУК

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.
*Міська дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

На сучасному етапі патологічними чинниками розвитку хвороб нирок у дітей залишаються хронічні захворювання батьків, соціально-економічні умови, несприятливий вплив навколишнього середовища, які в подальшому є факторами ризику для хронізації процесу, формування хронічної ниркової недостатності в молодому працездатному віці.

Поширеність хвороб нирок по Чернівецькій області серед дітей від 0 до 14 років за 2006 р. складала 42,3‰ і не перевищувала загальнодержавний показник – 42,5‰. Питома вага хвороб нирок у підлітків становила 7% від усіх хвороб і займала 6-те рангове місце. Поширеність хвороб даної вікової ка-

тегорії зростає до 155,2%, з них 32% – у хлопців. Захворюваність за 2006 р. досягла 51,2 проти 46% у 2004 р.

Структура нефрологічної патології серед дітей та підлітків характеризується зростанням частоти тяжких форм нефропатій з раннім формуванням вперше виявлених хронічних патологічних станів, олігосимптомним, торпідним перебігом. Ураження сечової системи ускладнює перебіг інших захворювань, призводить до порушення функцій нирок, ранньої ренальної гіпертензії. Співвідношення запальних захворювань (1350) до нефропатій (341) становить 4:1. Збільшилася кількість вперше госпіталізованих дітей з гострими та необструктивними формами пієлонефриту – 178 пацієнтів у 2006 р. проти 151 хворого у 2004 р. Число хворих із хронічним пієлонефритом збільшилося за рахунок природжених вад сечових шляхів, метаболічних порушень, ускладнень цукрового діабету. Збільшилася частота захворювань статевої сфери. Перебіг гострого пієлонефриту у дітей перших трьох років життя і підлітків, особливо на фоні поєднаної статевої інфекції, як правило, тяжчий.

Аналогічна тенденція простежується серед госпіталізованих дітей з нефропатіями і тубулоінтерстиціальними ураженнями нирок. Ці стани, як правило, є результатом частого і необґрунтованого прийому ряду лікарських препаратів, зловживання імпортованими продуктами харчування, збільшення частоти алергії, зниженого імунного статусу дитячого населення.

За останні роки відбулася «зміна» форм гломерулонефриту – відбувся ріст нефротичної (майже утричі) і гематуричної, збільшилась кількість гормонорезистентних і гормонозалежних варіантів. Дана нозологічна патологія також «помолодшала» і характеризується торпідним перебігом, що вимагає проведення тривалої програмної патогенетичної терапії.

Застосування програмних схем у лікуванні дозволило досягти тривалої клініко-лабораторної ремісії у даної групи хворих і суттєво зменшити частоту розвитку раннього рецидиву нефротичного синдрому. Відсутність повної ремісії спостерігається у дітей з наявними стигмами ниркового дизембріогенезу або аномаліями анатомічної будови органів сечової системи. Серед даного контингенту пацієнтів, які отримували патогенетичну терапію при гломерулонефриті, спостерігається розвиток первинно-хронічних, латентних мікробно-запальних станів. Тому перехід на нову класифікацію, яка затверджена на II з'їзді нефрологів України з приводу «хронічного захворювання нирок», є виправданим.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТІ У ДІТЕЙ

М.П. ЛИМАРЕНКО

Донецький державний медичний університет

Механізми розвитку і фактори прогресування гломерулонефриту (ГН) у дитячому віці продовжують всебічно вивчатися й нині. Характер імунopatологічних процесів, гемостазіологічні й мікроциркуляторні розлади при ГН, а також нерідко тривала терапія імундепресантами призводять до послідовних дифузних уражень мембран організму, чим пояснюється

ураження травної системи, зокрема слизових оболонок шлунка та дванадцятипалої кишки.

Метою дослідження було вивчення частоти й характеру морфофункціональних змін верхнього відділу шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей, хворих на ГН.

Під нашим спостереженням знаходилися 155 дітей від 5 до 14 років з різними клінічними варіантами ГН. Всіх обстежених хворих було розподілено на дві групи. До I групи увійшло 114 дітей з гематуричним варіантом захворювання (63 – з нефритичним, 16 – з ізольованим сечовим синдромом гострого ГН (ГГН) та 35 – з гематуричною формою хронічного ГН (ХГН)). До II групи віднесено 41 хворого з нефротичним варіантом ГН (22 – з нефротичним синдромом ГГН та 19 – з нефротичною формою ХГН). Для характеристики морфофункціонального стану верхнього відділу ШКТ використовували фіброскопагастроудоденальну копію (ФЕГДС), інтрагастральну рН-метрію, гістоморфологічне вивчення біоптатів слизової оболонки антрального відділу шлунка.

Інфікованість *H. pylori* оцінювали за допомогою уреазного тесту.

ГН у дітей вже на ранніх етапах ураження нирок супроводжується ураженням органів гастродуоденальної зони. Однак маніфестація клінічних проявів гастропатії виражена помірно. Майже у половини обстежених відмічався больовий абдомінальний синдром, у кожного п'ятого – диспепсичні розлади. Поглиблене вивчення стану органів гастродуоденальної зони виявило зміни у 115 (74,2%) хворих на ГН. Найчастіше в обох групах зустрічалися поверхневі гастрити та гастродуоденіти (відповідно 50,9 та 51,3%). Більш глибокі зміни слизової оболонки у вигляді ерозивного або гіпертрофічного зернистого гастриту, ерозивного дуоденіту виявлено у 18 (11,6%) дітей: в I групі – 11,4%, в II – 12,2%. Аналіз результатів інтрагастральної рН-метрії показав, що різні порушення кислотоутворення виявлено у більшості (79,8%) хворих на ГН, які мали ендоскопічні зміни. Зниження кислотопродукції від помірних значень до ахлоргідрії відмічено у 45 (45,5%) дітей, підвищення – у 34 (34,3%), нормальні показники – у 20 (20,2%) хворих. У 9 (5,8%) випадках ніяких змін слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки не було виявлено, і наявність у обстежених больового та диспепсичного синдромів розцінено як прояв функціональної диспепсії. З метою уточнення виявлених при ендоскопії змін у 37 дітей, хворих на ГН, здійснено гістоморфологічне вивчення біоптатів слизової оболонки антрального відділу шлунка. Світлооптичний аналіз біопсій показав наявність у всіх випадках середнього ступеня тяжкості хронічного запалення. Достатньо часто (78,3%) хронічний гастрит супроводжувався порушеннями муциноутворення, що свідчило про трофічний генез морфологічних змін та, побічно, про можливу участь імунних механізмів у формуванні гастропатії. Крім того, виконані дослідження дозволили встановити роль *H. pylori* у генезі ураження шлунка та дванадцятипалої кишки у 71 (61,7%) хворого на ГН.

Таким чином, ГН у дітей в 74,2% випадках супроводжується хронічним гастритом та гастродуоденітом. Ураховуючи частоту подібної патології у загальній популяції до 30,0%, можна думати, що такий високий відсоток порушень зумовлений основним захворюванням або є наслідком проводжуваної патогенетичної терапії.

ДІАГНОСТИКА ГОСТРИХ ПІЕЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ЛАЗЕРНОЇ КОРЕЛЯЦІЙНОЇ СПЕКТРОСКОПІЇ

Т.В. СТОЄВА, О.Л. ТИМЧІШИН, Т.І. РИЖИКОВА, М.В. ФЕДІН

Одеський державний медичний університет

В останні роки відмічається неухильне зростання частоти захворювань органів сечової системи в дитячій популяції. За різними даними, до 60% нефропатій – це пацієнти з мікробно-запальними захворюваннями нирок і органів сечовиділення, провідне місце в структурі яких неухильно належить піелонефриту.

Дані літератури також свідчать про зростання кількості хворих, у яких мікробно-запальні захворювання нирок протікають клінічно стерто, найчастіше проявляючись тільки ізольованими змінами в сечі (ізольований сечовий синдром). В зв'язку з цим збільшується кількість своєчасно нерозпізнаної ниркової патології, що призводить до її трансформації у хронічні форми зі збільшенням ускладнень у подальшому житті.

Існуючий дотепер досить широкий діагностичний арсенал, на жаль, не приніс бажаних результатів. Деякі з використовуваних методик коштовні, інші – тривалі за часом і вимагають попередньої обробки біологічного матеріалу. Таким чином, для правильної постановки діагнозу та наступного лікування дуже важливою є сучасна, достовірна, швидка та не коштовна діагностика.

Метод лазерної кореляційної спектроскопії (ЛКС) володіє цілою низкою переваг, зокрема, він не вимагає застосування реактивів, тому що досліджується нативна біологічна рідина, цілком автоматизований. Основа методу ЛКС – зміна спектральних характеристик монохроматичного когерентного випромінювання при проходженні крізь дисперсну систему. За його допомогою досліджують дисперсні системи, що складаються з світлорозсіюючих комплексів та інших компонентів біологічної рідини розміром від 1 до 10000 нм, та оцінюють не тільки їх розмір, але й агрегаційну рівновагу між ними і фіксують мультипараметричні конформаційні зміни в досліджуваній системі загалом.

В нашій роботі ми досліджували сечу 50 пацієнтів віком від 3 до 6 років з гострими піелонефритами без порушення функцій нирок та значущих супутніх патологій. Для контролю ми використовували сечу 45 практично здорових дітей віком від 3 до 6 років.

Зразки сечі для дослідження (середню порцію) збирали натще, у ранкові години, після ретельного туалету зовнішніх статевих органів. Потім її центрифугували при 3000 обертах на хвилину протягом 15 хвилин та проводили ЛКС. Отримані дані (ЛКС-спектр) записували на комп'ютер та за допомогою спеціалізованих програм піддавали аналізу. Крім цього, ми розділили ЛКС-спектр на 4 значущих зони: 1 – від 1 до 75 нм, 2 – від 76 до 210 нм, 3 – від 221 до 1500 нм, 4 – понад 1500 нм та підраховали суму середнього внеску світлорозсіюючих молекул.

В групі практично здорових дітей виявилось наступне: 1 зона складає 14% світлорозсіюючих молекул, 2 – 82%, 3 – 3,42%. Дисперсність – 6%. В групі хворих на гострий піелонефрит переважав внесок 1 зони – 78%. Друга зона складала 22%. Частка 3 зони не перевищувала 0,01%. Дисперсність – 36%.

Таким чином, при гострому піелонефриті до складу сечі значно зростає внесок високомолекулярних компонентів та значно знижується внесок середньомолеку-

лярних компонентів. Ймовірно, що це відбувається за рахунок дезагрегації білкових молекул і залежить від тяжкості запального процесу. В такому випадку використання ЛКС в дитячій нефрології дозволить в майбутньому підвищити інформативність діагностики, ефективність лікування, знизити економічні витрати.

ЗНАЧЕННЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ В ПРОГРЕСУВАННІ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК У ДІТЕЙ

Н.І. МАКЄЄВА, Г.С. СЕНАТОРОВА, Т.Ф. КОЛІБАЄВА, М.М. ТИЩЕНКО, І.С. ДРИЛЬ, К.С. СЛОБОДЯНЮК

Харківський державний медичний університет

Висока активність центральних та периферичних відділів симпатичної нервової системи має велике значення в патогенезі хронічної ниркової недостатності (ХНН). В клінічній практиці у хворих на хронічне захворювання нирок (ХЗН) виникає необхідність оцінки симпатичного тонуусу й терапевтичних ефектів, спрямованих на його зниження.

Метою роботи було вивчення впливу дисфункції вегетативної нервової системи (ВНС) на прогресування ХЗН у дітей.

Обстежено 35 дітей з ХЗН (15 дівчаток та 20 хлопчиків) середнім віком $11 \pm 3,6$ року, у яких ризик прогресування ХЗН з наступним розвитком ХНН був достатньо великим. Це діти з мікроальбумінурією або явною стійкою протеїнурією, наявністю сольових включень у нирках, артеріальною гіпертензією, тривалим стажем захворювання. Нозологічна структура у обстежених наступна: спадковий нефрит – 6 пацієнтів, природжені аномалії органів сечовидільної системи – 12, хронічний гломерулонефрит, нефротична та змішана форми – 10, хронічний обструктивний піелонефрит – 7. При обстеженні особливу увагу приділяли дослідженню фільтраційної функції нирок з визначенням швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за кліренсом ендогенного креатиніну, стану функціонального ниркового резерву (ФНР), що визначали за методом J. Bosch (1983). Стан ВНС оцінювали виходячи з вихідного вегетативного тонуусу, вегетативної реактивності та вегетативної забезпеченості. Всім хворим було проведено добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) з наступним аналізом змін систолічного артеріального тиску (САД), діастолічного артеріального тиску (ДАТ), середніх значень артеріального тиску (АТ), індексів часу гіпертензії та гіпотензії, індексів площі під кривою АТ, показників варіабельності АТ в різні періоди доби.

За даними обстеження переважання симпатичного відділу ВНС спостерігалось достовірно частіше – у 85% дітей, а парасимпатичного – у 15% ($p < 0,05$). Зниження ШКФ серед дітей з гіперсимпатичною реакцією ВНС констатовано у 40% пацієнтів, а з парасимпатичною – у 33%. ФНР був відсутнім у всіх дітей з гіперсимпатичною реакцією та тільки у 10% хворих з переважанням парасимпатичного відділу. Цей факт ілюструє, що підвищення тонуусу симпатичної ВНС викликає спазм відповідної ниркової артерії, що підвищує внутрішньоклубочковий тиск та виснажує ФНР. Наслідком перманентної внутрішньоклубочкової гіпертензії стає стійка протеїнурія, що спостерігається у 50% дітей з гіперсимпатичною реакцією і тільки у 30% з парасимпатичною ($p < 0,05$).

В свою чергу, протеїнурія є доведеним фактором прогресування ХЗН в бік ХНН. Аналіз результатів ДМАТ визначив особливості порушень добового ритму АТ. Non-dippers-тип достовірно частіше реєструвався у дітей з гіперсимпатичною реакцією ($p < 0,05$), тоді як extreme-dippers-тип – у пацієнтів з переважанням парасимпатичної ВНС ($p < 0,05$).

Таким чином, хворим з ХЗН необхідно проводити оцінку стану ВНС з метою прогнозування прогресування захворювання. У дітей з ХЗН і гіперсимпатичною реакцією достовірно частіше спостерігається зниження ШКФ, ФНР, що викликає необхідність включення симпатолітичних препаратів до терапії, спрямованої на гальмування прогресування ХЗН. Визначення порушень добового ритму АТ вимагають медикаментозної корекції для оптимізації ниркового кровообігу.

РОЛЬ ФОСФОЛІПІДІВ ТА β_2 -МІКРОГЛОБУЛІНУ В ХРОНІЗАЦІЇ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ

О.К. КАБЛУКОВА, І.С. ГОРОВИЙ, Т.І. АНТОНЕЦЬ*,
О.А. МОРАВСЬКА*, Г.С. ГУМІНСЬКА*, М.М. ДЕМЧЕНКО*

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова.

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Вивчення механізму прогресування гломеруло-нефриту (ГН) є актуальним питанням дитячої нефрології.

За даними літератури в структурі захворювань органів сечової системи ГН займає III–IV місце, а його поширеність складає 0,19–0,2%.

Метою роботи було вивчення вмісту загальних фосфоліпідів (ФЛ) у сироватці й еритроцитах крові, β_2 -мікроглобуліну (β_2 -МГ) в сироватці крові та екскреції його з сечею.

Нами обстежено 92 дитини віком від 1 року до 17 років: з гострим ГН – 52, з хронічним ГН – 40 дітей в момент максимальної активності патологічного процесу в нирках. Контрольну групу складала 20 здорових дітей такого ж віку.

На початку хвороби у дітей з ГН з нефритичним синдромом, а також з ГН з нефротичним синдромом показники ФЛ сироватки крові й мембран еритроцитів були зниженими, при нефротичному синдромі більш виражені процеси мембранолізу в поєднанні з більш високими показниками спонтанного гемолізу еритроцитів.

Показники β_2 -МГ були збільшені при ГН у дітей обох груп і перевищували в 2 рази показники контрольної групи дітей.

При затиханні клінічних проявів ОГН з нефритичним синдромом показники фосфоліпідів і β_2 -МГ в крові нормалізувалися, в той же час при нефротичному синдромі дані показники в динаміці залишались зміненими, що свідчить про більш виражені мембрано-деструктивні процеси.

При хронічному ГН дані показники достовірно відрізнялися від гострого ГН і підтверджувалися високим коефіцієнтом кореляції між цими показниками і протеїнурією, гематурією, фільтраційною функцією нирок, клінічними симптомами, набряковим синдромом, гіпертензією ($r=0,74; 0,86; 0,92; 0,83$) відповідно. β_2 -МГ сечі корелював з олігурією ($r=0,61$), ніктурією ($0,58$), зниженням максимальної питомої ваги сечі ($0,64$).

Таким чином, серед ренальних факторів у дітей з хронічним ГН переважає протеїнурія, лейкоцитурія,

гематурія, підвищення креатиніну в сироватці крові, ніктурія та зниження питомої ваги сечі. При хронічному ГН виявляється достовірно зниження загальних фосфоліпідів в сироватці крові й мембранах еритроцитів, підвищення спонтанного гемолізу еритроцитів при зниженні активності патологічного процесу в нирках, що вказує на їх можливу роль в розвитку і хронізації ГН у дітей. Підвищення рівня β_2 -МГ в сироватці крові та екскреції його з сечею дозволяє використовувати його в якості тесту для діагностики хронічного ГН і прогнозу хронізації.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ З НЕФРИТИЧНИМ СИНДРОМОМ У ДІТЕЙ

Т.П. БОРИСОВА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Основною проблемою терапії гострого гломеруло-нефриту з нефритичним синдромом (ГННС) є вибір раціональної лікувальної тактики. Незважаючи на накопичений досвід у терапії ГННС, думки щодо ефективності різних методів лікування, а також показань до їхнього застосування все ще залишаються суперечливими. До недоліків існуючих схем лікування слід віднести відсутність диференційованих підходів до вибору терапії з урахуванням впливу на конкретні механізми розвитку захворювання.

Метою роботи була оцінка ефективності нової терапевтичної тактики ГННС у дітей. Пацієнтам проведено комплексне нефрологічне обстеження за загальноприйнятими методиками, а також вивчення загального комплекменту крові, β_2 -мікроглобуліну крові й сечі, ренального транспорту кальцію, морфологічне дослідження біоптатів нирок. Оцінку результатів лікування проводили перед випискою із клініки, в найближчому (через 1 рік) і віддаленому (через 2–5 років) катамнезі.

Традиційне лікування проведено 247 хворим (група порівняння) віком від 3 до 14 років. Їм застосовували базисну терапію – режим, дієта, антибіотики тривалістю 2–6 тижнів (у середньому $4,4 \pm 0,1$ тиж), десенсибілізуючі препарати. 101 дитині призначали гепарин протягом 2–6 тижнів (у середньому $4,0 \pm 0,1$ тиж). Гіпотензивну терапію проводили 185 дітям, з них 159 одержували резерпін (адельфан), 56 – еналаприл. Сечогінну терапію лазиксом призначали 147 пацієнтам. У період зворотного розвитку ГННС 33 дитини одержували далагіл, 73 – біцилін-5.

Нову терапевтичну тактику використано в терапії 55 дітей (основна група) віком від 2 до 14 років. Всі діти, крім відповідного режиму й дієти, одержали 1–2 курси антибіотиків («захищені» пеніциліни, макроліди, цефалоспорины II чи III покоління) віковими дозами. При артеріальній гіпертензії (44 пацієнти) призначали ніфедипін по $1,0–1,5$ мг/кг на добу в 3–4 прийоми до стійкої нормалізації артеріального тиску з наступним поступовим зниженням дози (по $1/3–1/4$ дози кожні 3 дні) до повної відміни препарату. За помірного й вираженого набрякового синдрому (34 пацієнти) використовували лазикс в індивідуальних дозах. Низькомолекулярний гепарин (фраксипарин) застосовували у разі гіперкреатиніємії, азотемії, що утримувалася більше одного тижня, помірної й високої протеїнурії (14 пацієнтів). Препарат вводи-

ли підшкірно двічі на добу дозою 0,1 мл/10 кг маси тіла протягом 2-х тижнів. Санацію вогнищ хронічної інфекції проводили постійно як у дебюті ГГНС, так і в процесі диспансерного спостереження.

Порівняльний аналіз ефективності традиційного лікування й нової терапевтичної тактики показав її перевагу. В основній групі відмічено більш швидку зворотну динаміку клінічних симптомів. Безпосередній результат терапії був значно кращим в групі з новою терапевтичною тактикою: низький результат терапії відмічався в 8,5 разу рідше ($p < 0,001$), а добрий – в 2,0 рази частіше ($p < 0,05$). Оцінка найближчого результату свідчить, що в основній групі нормальний аналіз сечі зустрічався більш ніж у половини пацієнтів, у групі порівняння – лише в третини ($p < 0,02$). Постійний сечовий синдром (низька ефективність) в основній групі реєструвався в 2,6 разу рідше ($p < 0,03$). У віддаленому катамнезі в переважної більшості дітей основної групи спостерігався нормальний аналіз сечі – достовірно частіше, ніж у групі порівняння ($p < 0,04$).

ДОСВІД САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ В ДИТЯЧОМУ САНАТОРІЇ «ДЖЕРЕЛО»

С.М. САРАНЧА, М.І. БОРИСЕНКО, О.В. ГРЕБІНЮК,
С.В. ДЕНИСОВ, Л.Р. ПЕЛЕП'ЮК, В.С. ТУЧКОВА,
Л.І. ВІННИЦЬКА, Г.М. ШУЛЯК

Санаторій «Джерело», м. Трускавець

Захворювання сечової системи досить часто виявляються в дитячому віці. Важливе місце в реабілітації дітей з нефрологічними та урологічними захворюваннями займає санаторно-курортне лікування.

Щорічно в дитячому санаторії «Джерело» оздоровлюється понад 1500 дітей з хронічним пієлонефритом, хронічним циститом негуберкульозної етіології, сечокам'яною хворобою, дисметаболічними нефропатіями, після пластичних операцій на нирках та сечовивідних шляхах. Хворі вступали до санаторію в стадіях неповної та повної клінічної ремісії. Лікування пацієнтів розпочиналося відразу після вступу до санаторію з поступовим його розширенням. При призначенні лікування до уваги бралися наявність у хворих ізольованої чи поєднаної патології сечової системи. Варіант дієтотерапії визначався кожному хворому індивідуально залежно від захворювання та його клінічної стадії. Хворі, залежно від захворювання сечової системи, його стадії та функціонального стану нирок, в перші 3–5 днів знаходилися на щадному, щадно-тренуючому режимі з наступним переходом на тренуючий, а в частини хворих щадно-тренуючий режим зберігався в основному та завершальному періодах санаторно-курортного лікування.

Визначальними в призначенні хворим мінеральної води «Нафтуся» були характер патологічного процесу в сечовій системі та функціональний стан нирок.

Крім внутрішнього прийому мінеральних вод широко використовувалися ванни за індивідуальним підбором: мінеральні, кисневі, хвойні, перлині. Також використовувалися озокеритні аплікації на різні ділянки тіла відповідно до захворювання сечової системи у дитини. До реабілітаційних комплексів хворих широко включалися методи апаратної фізіотерапії. З фізіотерапевтичних методів лікування

хороший ефект дають діатермія та індуктотермія, УВЧ, солюкс, магнітотерапія. При пієлонефриті в стадії ремісії без порушення функції нирок, міхурово-сечовидному рефлюксі, гіпотонії нижніх сечовивідних шляхів призначалась лікувальна фізкультура. За показаннями у частини хворих проводилась медикаментозна терапія. Найчастіше застосовувалися антибіотики, уросептики після визначення виду збудника захворювання, ступеня бактеріурії та чутливості до антибіотиків.

Під впливом санаторно-курортного лікування в дитячому санаторії «Джерело» в дітей із захворюваннями нирок та сечовивідних шляхів наставало поліпшення.

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ НИРОК ТА СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ДИТЯЧОМУ САНАТОРІЇ «ДЖЕРЕЛО»

С.М. САРАНЧА, М.І. БОРИСЕНКО, Л.Р. ПЕЛЕП'ЮК

Санаторій «Джерело», м. Трускавець

Дієвою складовою санаторно-курортного лікування дітей з нефрологічною та урологічною патологією в дитячому санаторії «Джерело» є застосування фізіотерапії, а саме одночасне застосування кількох преформованих факторів. Такий підхід дає можливість отримати протизапальний ефект на фоні стимуляції природних механізмів захисту дитячого організму.

Застосування озокеритотерапії при лікуванні пієлонефриту сприяє зменшенню запального процесу, посиленню гемодинаміки та поліпшенню обмінних процесів. Аплікації накладаються дітям на поперекову ділянку. Товщина пластинок та експозиція визначаються віком дитини. З апаратних методів фізіотерапевтичного лікування в реабілітаційному комплексі пієлонефриту також застосовуються: електрофорез, СМС-терапія, ДМХ-терапія ділянки нирок, УЗ проекції нирок, індуктотермія. При хронічному циститі фізіотерапевтичний комплекс включає озокеритотерапію з параметрами, як і при лікуванні пієлонефриту, СМХ-терапію («Луч-2»), УВЧ-терапію в слаботепловій дозі, ІКВ-терапію у слаботепловій дозі, УЗ-терапію. При дисметаболічних нефропатіях застосовується ампліпульс. Для лікування енурезу при нейрогенному сечовому міхурі застосовується поєднання ампліпульсу, електролізу та дарсонвалізації.

У 63 пацієнтів з урологічною патологією було застосовано магнітно-лазерну резонансну терапію. Позитивна динаміка клінічної симптоматики спостерігалася після 2–3 процедури. Серед 12 дітей зі стійким енурезом у 7 пацієнтів після 3 процедури настало повне видужання. У 3 пацієнтів зникнення симптомів енурезу відмічено після повного курсу лікування. У 2 пацієнтів не досягнуто поліпшення, що, на нашу думку, зумовлено нез'ясуванням етіології захворювання. Термін спостереження за даною групою пацієнтів складав від 1 до 7 місяців.

Таким чином, своєчасне і патогенетично обгрунтоване застосування фізіотерапії, зокрема МРТ-терапії, в комплексі з курортними факторами сприяє більш якійсній реабілітації хворих з патологією сечової системи в дитячому санаторії «Джерело».

Актуальні проблеми діагностики та лікування захворювань ендокринної системи у дітей

ЗАСТОСУВАННЯ ЙОДОМАРИНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДИFUЗНОГО ГІПОТИРОЇДНОГО ЗОБУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

О.В. БОЛЬШОВА

Інститут ендокринології та обміну речовин
ім. В.П. Комісаренка АМН України, м. Київ

На сьогодні в Україні до найбільш пріоритетних захворювань разом з цукровим діабетом, гіпертонічною хворобою, туберкульозом та ВІЛ-інфекцією відносять також і йододефіцитні захворювання (ЙДЗ). 14,6 млн. громадян України мешкають на ендемічних за йодом територіях. В останні роки кількість пацієнтів з ознаками ЙДЗ тільки серед дитячого населення збільшилася майже втричі, а кількість хірургічних втручань на щитовидній залозі за останні 5 років – в 3,5 разу. Дифузний зоб є одним із перших клінічних проявів ЙДЗ та в багатьох випадках супроводжується клінічним або субклінічним гіпотирозом. Під нашим спостереженням протягом року (з контрольним оглядом 1 раз на три місяці) знаходилися 112 дітей та підлітків віком від 12 до 17 років, які мали дифузне збільшення щитовидної залози (ЩЗ) I або II ступеня. При першому зверненні до клініки, крім збільшення ЩЗ, хворі скаржилися на загальну слабкість (34%), швидку втомлюваність (43%), незадовільну успішність в школі (14%), зниження пам'яті (11,5%), сухість шкіри (16,8%), закрепи (9,1%). В 17 (15,2%) випадках зафіксовано затримку фізичного та статевого розвитку. Обстеження встановило наявність клінічного або субклінічного гіпотирозу, знижений рівень вільного тироксину на тлі підвищеного рівня ТТГ, зниження екскреції йоду з сечею. Враховуючи дані клінічного та лабораторного обстеження, хворим було призначено препарати лево-тироксину (50–125 мкг на добу), що сприяло поліпшенню стану хворих, але не раніше,

ніж через 6 місяців. Частина пацієнтів, які приймали лево-тироксин дозами 100–125 мкг на добу, відмічали збільшення маси тіла, підвищення апетиту, серцебиття, дратівливість. Цим пацієнтам дозу лево-тироксину було зменшено до 75 мкг на добу (а в подальшому – до 50 мкг на добу), а до комплексу лікування додатково включено йодомарин 100. На тлі комбінованого лікування препаратами лево-тироксину та йодомарину спостерігали зменшення розмірів ЩЗ (пальпаторно та за даними УЗД), нормалізацію рівня ТТГ та екскреції йоду з сечею. Хворі відмічали стабілізацію маси тіла, зменшення апетиту, зникнення дратівливості. Отримані дані свідчать про те, що включення йодомарину до комплексу лікування дифузного гіпотирозного зобу є цілком доцільним, особливо у разі наявності побічної дії лево-тироксину та зниженої екскреції йоду з сечею у пацієнта. Потребують подальшого вивчення питання профілактики та ліквідації йододефіцитних станів серед дитячого населення України.

ПІДВИЩЕННЯ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

В.Г. МАЙДАННИК¹, М.В. ХАЙТОВИЧ¹, А.П. БУРЛАКА²,
Є.П. СИДОРИК², Н.Б. ПРАНІК¹, Т.А. ШЕВЧЕНКО¹,
В.В. ДОВГОДЬКО¹

¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ.

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

Особливого значення в патогенезі діабетичних ангіопатій надається оксидативному стресу (ОС), який розвивається внаслідок надлишкової продукції віль-

них радикалів та відносної чи абсолютної антиоксидантної недостатності. Так, доведено, що розвитку ОС у хворих на цукровий діабет (ЦД) 1 типу сприяє низька активність антиоксидантних ферментів (супероксиддисмутази, каталази) в бета-клітинах підшлункової залози.

Гіперглікемія викликає підвищення продукції супероксиду, що вважається медіатором діабет-асоційованих ускладнень. Внаслідок активації індуктибельної синтази оксиду азоту (iNOS) відбувається надмірне утворення NO, що за умов надмірної продукції супероксидного радикал-аніону призводить до утворення пероксинітриду. Дані процеси недостатньо вивчено у дітей, хворих на ЦД 1 типу. Нами обстежено 22 дітей з тяжкою формою захворювання віком 11–17 років, які хворіють на ЦД 1 типу протягом 1 міс–15 років (в середньому $5,41 \pm 4,27$ року). В стані після кетоацидозу були 3 хворих, у половини виявлено прояви діабетичного гепатозу та полінейропатії, у 2-х хворих – діабетичну нефропатію, у 1 – схильність до гіпоглікемій. Екскрецію з сечею 8-оксогуаніну (8-oxoG) та 8-гідрокси-2-деоксигуанозину (8-OHdG) визначали спектрофотометрично, рівень супероксидного радикал-аніону та оксиду азоту в нейтрофілах периферичної крові – за допомогою спінових уловлювачів. Результати дослідження порівнювали з контрольними значеннями. Встановлено, що в середньому рівень екскреції 8-oxoG та 8-OHdG (відповідно $6,81 \pm 2,99$ та $6,06 \pm 3,41$ нмоль/кг/добу) у дітей з ЦД 1 типу суттєво (більш ніж утричі) перевищував допустимі значення (відповідно до 2 нмоль/кг/добу та до 1 нмоль/кг/добу). Концентрація супероксидного радикал-аніону та NO в нейтрофільних гранулоцитах периферичної крові дітей з ЦД 1 типу (відповідно $2,68 \pm 1,47$ нмоль на тис. клітин та $4,37$ нмоль на млн. клітин) також значно перевищувала контрольні значення (відповідно до 1 на тис. клітин та до 1 на млн. клітин). Виявлено достовірний ($p < 0,05$) зворотний кореляційний зв'язок між рівнем глікозильованого гемоглобіну в крові й рівнем добової екскреції 8-OHdG ($r = -0,67$). Таким чином, у дітей з цукровим діабетом 1 типу встановлено наявність надмірної активації вільнорадикального окислення, про що свідчить підвищена (більш ніж утричі) добова екскреція з сечею 8-оксогуаніну та 8-гідрокси-2-деоксигуанозину, високий вміст в нейтрофільних гранулоцитах периферичної крові супероксидного радикал-аніону та оксиду азоту. Зворотний зв'язок між рівнем екскреції 8-OHdG і рівнем глікозильованого гемоглобіну може свідчити про декомпенсацію системи видалення оксидативно змінених фрагментів мітохондріальної ДНК. Дані результати підтверджують положення про значну роль оксидативного стресу в генезі цукрового діабету 1 типу у дітей та націлюють на необхідність розробки антиоксидантних підходів у комплексній терапії.

ДІАСТОЛІЧНА ДИСФУНКЦІЯ МІОКАРДА ТА ЇЇ КОРЕКЦІЯ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

В.Г. МАЙДАННИК, Л.П. ГЛЕБОВА, М.В. ХАЙТОВИЧ,
Т.І. КОРОТИЧ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Кардіоваскулярні порушення є раннім ускладненням цукрового діабету (ЦД) 1 типу. Ураження серцевого м'яза при ЦД зумовлене автономною кардіальною нейропатією, розладом обміну речовин внаслідок абсолютної недостатності інсуліну, порушенням мікроциркуляції міокарда. У дітей та підлітків, хворих на ЦД 1 типу, в першу чергу страждає діастолічна функція міокарда, що пов'язано із розвитком ендотеліальної дисфункції, яка призводить до зниження еластичних властивостей міокарда, збільшенням його ригідності (жорсткості). Метою даної роботи була оцінка ефективності корекції діастолічної дисфункції міокарда при ЦД 1 типу у дітей шляхом включення до комплексу лікування пентоксифіліну. Під спостереженням було 30 дітей віком від 9 до 17 років (в середньому $X \pm SD = 12,13 \pm 2,9$ року) з тяжкою формою ЦД 1 типу з тривалістю захворювання від 1 міс до 15 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Миському дитячому ендокринологічному центрі на базі ДКЛ № 6 м. Києва. Хворим до та після лікування проводили ехокардіографію з використанням доплер-ехокардіографії за стандартною методикою на апараті Envisor HD (фірма «Philips», Нідерланди) за допомогою датчика 5 МГц. Діастолічну функцію міокарда оцінювали за часом ізволюметричного розслаблення міокарда (IVRT) та за відношенням швидкості передсердного кровоплину до швидкості раннього трансмітрального кровоплину (Е/А). Аналіз отриманих даних показав, що у 24 (80,0%) хворих відмічалось порушення релаксаційної функції міокарда. Серед них у 14 (58,3%) дітей виявлялось подовження IVRT (аномалія релаксації), у 6 (25,0%) – подовження IVRT в поєднанні зі зменшенням $E/A < 1,2$ (патологічний тип діастолічної дисфункції). У решті 16,7% хворих відмічалось вкорочення IVRT та збільшення $E/A > 1,7$ (псевдонормальний тип діастолічної дисфункції).

15 хворих з діастолічною дисфункцією протягом 1 міс, крім базисної терапії, приймали пентоксифілін дозою 150–300 мг/день, залежно від віку. Групу порівняння складала 9 хворих з діастолічною дисфункцією. Після курсу лікування у хворих основної групи з аномалією релаксації відмічено достовірне вкорочення IVRT від $0,061 \pm 0,003$ до $0,053 \pm 0,001$ с ($p < 0,004$); у хворих з патологічним типом діастолічної дисфункції – від $0,064 \pm 0,002$ до $0,052 \pm 0,001$ с ($p < 0,05$) та збільшення E/A від $1,13 \pm 0,08$ до $1,36 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). У дітей з псевдонормальним типом діастолічної дисфункції на фоні лікування подовжився IVRT від $0,043 \pm 0,004$ до $0,052 \pm 0,001$ с ($p < 0,05$) та зменшилось відношення E/A від $1,91 \pm 0,1$ до $1,67 \pm 0,09$ ($p < 0,03$). У дітей контрольної групи не відмічено достовірних змін вказаних показників.

Отже, у дітей з ЦД 1 типу, які приймали пентоксифілін, спостерігалось поліпшення показників релаксаційної функції міокарда. Ймовірно, що дані зміни зумовлені антитромботичним і трофічним ендотелій-протективним ефектом внаслідок поліпшення мікроциркуляції і реологічних властивостей крові, зменшення її в'язкості. Таким чином, доведено доцільність

включення пентоксифіліну до комплексу лікування дітей з кардіоваскулярними ускладненнями ЦД 1 типу з метою корекції діастолічної дисфункції.

ЗБІЛЬШЕННЯ ДИСПЕРСІЇ ТА ТРИВАЛОСТІ ІНТЕРВАЛУ QT І QT- КОРИГОВАНОГО У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

В.Г. МАЙДАННИК, М.В. ХАЙТОВИЧ, Ю.М. КРИВОНОС

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Одним із механізмів розвитку шлуночкових тахіаритмій є гетерогенність процесів реполяризації міокарда. Як відомо, синдром подовження інтервалу QT асоціюється з можливістю раптової серцевої смерті. Згідно з даними літератури, збільшення показника дисперсії реполяризації шлуночків знижує поріг їх фібриляції і також є прогностично несприятливим щодо фатальних ускладнень. Нашими попередніми дослідженнями встановлено наявність у більшості дітей з цукровим діабетом (ЦД) 1 типу автономної кардіальної нейропатії, тому важливо було уточнити стан реполяризації міокарда при даному захворюванні.

Метою роботи було дослідження дисперсії та тривалості інтервалу QT у дітей з ЦД 1 типу. Обстежено 38 дітей з тривалістю ЦД від вперше виявленого до 15 років. Всіх дітей було розподілено на дві групи. До I групи увійшли 20 дітей з тривалістю захворювання до 5 років (в середньому $3,09 \pm 1,2$ року), до II – 18 дітей з тривалістю захворювання від 5 до 15 років (в середньому $9,7 \pm 3$ року). Всім хворим проведено добове моніторування ЕКГ з аналізом дисперсії інтервалу QT та QT-коригованого (QTc). Виявлено статистично значущу різницю показників дисперсії QT та QTc у хворих обох груп. Так, дисперсії QT і QTc при мінімальній ЧСС в нічний час у хворих II групи були достовірно ($p < 0,05$) вищими – відповідно $21,1 \pm 13,0$ і $26,7 \pm 12,2$ мс проти $18,45 \pm 10,30$ і $17,5 \pm 9,9$ мс. Вказані зміни свідчать про вплив тривалості захворювання на дисперсію реполяризації – з її збільшенням зростає дисперсія, причому в нічний (пасивний) період. Як відомо, саме на цей період припадає максимум випадків нез'ясованої раптової смерті молодих осіб, хворих на інсулінзалежний цукровий діабет. При аналізі тривалості інтервалу QT і QTc виявлено його подовження (перевищення тривалості QT більше 440 мс і QTc – 470 мс) у 14 (36,8%) дітей. Причому вказані зміни також частіше відмічались у дітей II групи порівняно з I (відповідно у 50 та 25%).

Таким чином, із стажем цукрового діабету 1 типу у дітей збільшується тривалість інтервалу QT, QTc, їх дисперсія, що може асоціюватися зі зростанням ризику раптової серцевої смерті.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ДІТЕЙ

О.А. БУДРЕЙКО, Л.Д. НІКІТИНА, С.О. ЧУМАК

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

Цукровий діабет (ЦД) займає особливе місце в структурі дитячої ендокринології і є важливою медико-соціальною проблемою. Реальними перешкодами

на шляху досягнення цільового рівня глікемії у дітей та підлітків є лабільний перебіг цукрового діабету, який зумовлений нейрогормональними зрушеннями, пов'язаними з періодом росту і статевого дозрівання. Враховуючи ці зміни, необхідно застосовувати нові підходи до лікування ЦД в дитячому та підліткового віку ЦД є результатом автоімунного процесу, який призводить до інсулінової недостатності, а патогенетичні механізми формування автоімунного інсуліту та тироїдиту досить близькі. Слід зазначити, що повідомлення про характер гормонального дисбалансу у хворих з ЦД вивчено недостатньо, що зумовлює низьку ефективність терапевтичного втручання. Попередніми дослідженнями доведено, що наявність тиропатій, особливо автоімунного тироїдиту, у хворих на ЦД 1 типу в дитячому або підлітковому віці характеризується певним збереженням залишкової секреції інсуліну та деяким зменшенням потреби в екзогенному інсуліні, але це суттєво не впливає на можливості досягнення оптимальної компенсації вуглеводного обміну у зв'язку з лабільністю коливань глікемії внаслідок підвищення рівня контрінсулярних гормонів, наявності різних варіантів дистирозу. Застосування препаратів йоду, тироїдних гормонів у хворих на ЦД з різними варіантами дистирозу або з дифузним нетоксичним зобом дозволило досягти зменшення збільшеної щитовидної залози у 91% хворих. У 71% дітей відмічалась нормалізація структури та ехогенності щитовидної залози. Кількість та частота виявлення антитіл до мікросомального антигена в процесі лікування знижувались. Слід вказати також на певне поліпшення показників компенсації вуглеводного обміну, зменшення рівня Hb A1c, середньодобової глікемії та її добових коливань на тлі тиротропної терапії.

Поряд з цим використання у хворих на ЦД комбінації аналогів інсуліну дозволяє максимально наблизитися до фізіологічного профілю ендогенного інсуліну. Аналіз показників глікемії і глюкозурії у хворих, переведених на аналоги інсуліну в схемі базисно-болусної терапії, показав позитивну динаміку, на відміну від інсулінотерапії з використанням інсуліну середньої тривалості дії. Дозу препарату було зменшено у 75% пацієнтів. Велике значення у досягненні компенсації цукрового діабету належить організації навчання хворих на ЦД. Застосування набутих знань дозволяє підвищити рівень самоконтролю, сприяє стабілізації перебігу ЦД. Таким чином, враховуючи вікові особливості перебігу ЦД у дітей, доцільно для замісної терапії використовувати аналоги інсуліну, проводити навчання в школах діабету. До комплексу патогенетичної терапії необхідно включати препарати йоду або тироїдних гормонів, які дозволяють оптимізувати перебіг хвороби і досягти цільового рівня глікемії.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОДУКЦІЇ АНТИТИРОЇДНИХ АНТИТІЛ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ ІЗ ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ

С.І. ТУРЧИНА, Н.В. ШЛЯХОВА, Т.О. ВЛАСЮК

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

В останні роки засоби масової інформації та наукові видання приділяють особливу увагу проблемам зобної ендемії як головному прояву дефіциту йоду.

Але доведено, що йододefіцит не завжди є основною причиною формування зобу в період статевого дозрівання, особливо в регіонах з легкими або помірними його ступенями, таких, як Харків та Харківська область. У ряді випадків в основі дифузного нетоксичного зобу (ДНЗ) у підлітків лежать автоімунні процеси, що характеризуються появою анти-тироїдних антитіл. У цьому разі надмірне використання йодовмісних препаратів може спричинити прогресування тироїдної патології й розвиток гіпотирозу.

Вивчено особливості продукції анти-тироїдних антитіл у дітей і підлітків із ДНЗ. Під спостереженням знаходилося 79 дітей і підлітків 10–16 років із ДНЗ I–II ступ. Рівень антитіл (АТ) до тиропероксидази (ТПО), мікросомального антигена (МсАГ) і тироглобуліну (ТГ) визначали методом імуноферментного аналізу з використанням наборів НВЛ «Гранум» (Харків).

Дослідження характеру анти-тироїдоутворення у пацієнтів із ДНЗ дозволили виявити різні види анти-тироїдних АТ у 93,7% обстежених. Анти-тироїдні АТ частіше реєстрували у дівчат та у період власне пубертату, коли на тлі гормональної перебудови відбувається зміна імунологічної реактивності організму.

Проведення індивідуального аналізу дозволило встановити, що у 75,0% хлопчиків й 61,9% дівчат вміст АТ до ТГ не перевищував 50,0 МО/мл. Більш високий рівень анти-тироїдоутворення був характерним для дівчат, у яких з однаковою частотою (по 19,05%) реєстрували АТ до ТГ у діапазоні від 50 до 100 МО/мл і більше 100 МО/мл. Серед хлопчиків лише у 3,57% обстежених вміст АТ до ТГ перевищував 100 МО/мл.

На даний момент доведено, що найвагомішою діагностичною ознакою автоімунного процесу в тканинах щитовидної залози є наявність АТ до МсАГ або ТПО. Дані АТ, маючи цитотоксичну дію, сприяють прогресуванню тироїдної патології з наслідком формування гіпотирозу. Виконані дослідження дозволили встановити, що, незважаючи на відсутність АТ до МсАГ у 78,57% хлопчиків й 52,38% дівчат, в 22,72% хлопчиків й 38,1% дівчат їх титр складав 1:100, а в 3,57 й 4,76% (відповідно для хлопчиків і дівчат) – більше 1:500. Вивчення рівня АТ до ТПО у підлітків із ДНЗ виявило їх збільшення понад 30,0 МО/мл у 13,64% хлопчиків й 36,36% дівчат. У 40,9% хлопчиків й 36,36% дівчат вміст АТ до ТПО був більшим 10, але меншим 30 МО/мл. Наведені у літературі дані вказують, що поява в крові пацієнта граничних значень рівня АТ до ТПО є несприятливою прогностичною ознакою.

Таким чином, проведені дослідження дозволяють зробити висновок про напруженість анти-тироїдного автоімунітету у підлітків із ДНЗ. Даний факт необхідно враховувати при проведенні лікувально-профілактичних заходів, особливо при призначенні йодовмісних препаратів. Підлітки із ДНЗ потребують динамічного спостереження у ендокринолога для своєчасної корекції терапії з метою запобігання прогресуванню захворювання.

ГОРМОНАЛЬНО-ІМУНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТИРОПАТІЙ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

О.А. БУДРЕЙКО, Н.В. ШЛЯХОВА, С.Х. ЧЕРЕВАТОВА

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
АМН України», м. Харків

Численними науковими дослідженнями встановлено, що серед хворих на цукровий діабет (ЦД) I типу інші ендокринні захворювання зустрічаються в 4–5 разів частіше порівняно з особами без діабету, а перше місце за частотою серед супутніх цукровому діабету ендокринних захворювань займає патологія щитовидної залози, зокрема автоімунний тироїдит (АІТ). Враховуючи роль імунологічних порушень, автоімунних реакцій в патогенезі цукрового діабету та тироїдної патології, а також суперечні повідомлення про характер гормонального дисбалансу у тироїдному статусі у хворих з поєднаною патологією, проведено дослідження тироїдного гормонального та імунологічного статусу залежно від наявності тиропатії у дітей, хворих на ЦД.

В процесі дослідження обстежено 80 дітей та підлітків, хворих на ЦД, віком від 2 до 18 років з тривалістю хвороби від 1 місяця до 14 років. Наявність та характер тиропатії встановлювали за допомогою пальпаторного та ультразвукового дослідження щитовидної залози, а також визначення рівня антитіл до тироглобуліну і мікросомального антигена, вмісту тироїдних гормонів (T_3 та T_4), ТТГ (радіоімунним методом). Характеристика імунологічного статусу включала визначення Т- та В-лімфоцитів, активованих Т-лімфоцитів, Т-хелперів, а також НСТ (спонтанного та індукованого), рівня імуноглобулінів А, М і G. АІТ у хворих на ЦД було діагностовано на підставі наявності анти-тироїдних антитіл та характерних змін структури щитовидної залози за даними ультразвукового дослідження.

Аналіз імунологічних показників залежно від наявності тиропатії у дітей та підлітків, хворих на ЦД, показав, що ступінь пригнічення Т-клітинної ланки імунітету був найвищим серед досліджених із АІТ: в цій групі порівняно з групою хворих без тиропатії з більшою частотою ($88,0 \pm 6,1\%$) зустрічались випадки зниження питомої ваги Т-лімфоцитів ($CD3+$) – $88,0 \pm 6,1$ та $50,0 \pm 8,9\%$ відповідно ($p < 0,05$) та Т-хелперів/індукторів ($CD4+$) – $37,5 \pm 3,8$ та $16,7 \pm 2,9\%$ відповідно ($p < 0,05$). Характеризуючи абсолютну кількість лімфоцитів, слід відмітити, що вміст Т-лімфоцитів був помітно зниженим в усіх групах хворих на ЦД, але особливо ці зміни були виражені у дітей та підлітків з супутнім АІТ. Абсолютна кількість Т-хелперів-індукторів була нижчою порівняно з контрольними показниками у всіх хворих на ЦД з тиропатіями, незалежно від її характеру. Достовірно зниженим був також вміст Т-активованих лімфоцитів у хворих на ЦД з тиропатіями – як із дифузним зобом, так і з АІТ. Питома вага В-лімфоцитів у дітей та підлітків, хворих на ЦД, була збільшеною у половині обстежених, але абсолютна кількість В-лімфоцитів у дітей та підлітків з АІТ була достовірно нижчою ($0,35 \times 10^9/\text{л}$) порівняно з показниками хворих без тиропатії та з дифузним зобом ($0,46 \times 10^9/\text{л}$ та $0,52 \times 10^9/\text{л}$ відповідно, $p < 0,05$). Аналіз тироїдного гормонального профілю показав, що вміст T_4 не виходив за межі контрольних значень, а T_3 мав тенденцію до підвищення у більшості досліджених хво-

рих, середній його рівень коливався від $1,9 \pm 0,3$ нмоль/л в групі хворих з АГТ до $2,75 \pm 0,2$ нмоль/л в групі хворих без тиропатій. Поряд з цим виявлено достовірне підвищення рівня ТТГ у хворих з аутоімунним тироїдитом – $6,0 \pm 1,8$ мМО/л порівняно з хворими без тиропатій – $3,4 \pm 1,3$ мМО/л.

Таким чином, поєднання цукрового діабету 1 типу з тиропатіями, особливо з АГТ, у дітей та підлітків характеризується більш глибокими імунологічними зрушеннями, зокрема пригніченням Т-клітинної та фагоцитарної ланок імунітету, а також збільшенням питомої ваги В-лімфоцитів, що створює передумови для підвищеного антитілоутворення щодо щитовидної залози та зниження її функції.

СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ ІНВАЛІДНОСТІ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Е.А. МИХАЙЛОВА, О.А. БУДРЕЙКО

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

У сучасній медичній та психіатричній науці відмічається неухильний інтерес до психосоматичних концепцій етіології та патогенезу соматичних захворювань. Класичним проявом психосоматичної патології є цукровий діабет (ЦД), який, за даними ВООЗ (2001), стає дедалі поширенішим захворюванням, набуваючи масштабів глобальної епідемії. Наростання захворюваності на ЦД серед дітей, висока частота специфічних ускладнень, що виникають, викликають занепокоєність і тривогу наукової громадськості всього світу. Сучасними дослідженнями доведено мультифакторальну етіологію захворювання, до того ж визначено роль як спадкових, так і середовищних, зокрема психогенних, чинників. Крім того, хоча у найновіших дослідженнях підкреслюється роль системної психобіологічної дизадаптованості людини, психологічний підхід до діагностики, прогнозу й терапії такого безперечно психосоматичного захворювання, як ЦД, поки що залишається поза увагою дослідників. В осіб, які захворіли на інсулінозалежний ЦД у дитячому віці, особливо часто розвивається найчастіше ускладнення цієї патології – ураження мозку. Тим часом проблему розвитку в дітей хронічної діабетичної енцефалопатії практично не досліджено, що зумовлює відсутність критеріїв ранньої діагностики й адекватного лікування, а це врешті-решт призводить до психічної та соціальної дизадаптації хворих.

Нами встановлено наявність серйозних соматоневрологічних, психіатричних та психологічних проблем в дітей, хворих на ЦД. В період маніфестації ЦД у дітей виникають невротичні розлади (100%), у період від 1 до 5 років – астенічний (емоційно-лабільний) органічний розлад (49,0%), при перебігу захворювання понад 5 років – афективні (95,6%), невротичні (80,6%) та астенічні органічні (79,5%) розлади.

Психологічне відношення дітей та підлітків до своєї хвороби формують психосоціальні стресори, з яких найбільшу значущість для дітей мають стресори, що стосуються тілесного функціонування (неприйняття багаторазових ін'єкцій, більшова характеристика хвороби) й особливості емоційного стану батьків.

Виходячи з необхідності поєднання медичної і психосоціальної реабілітації хворих на ЦД дітей та під-

літків розроблено систему психосоціальної корекції та психологічної реабілітації. Діагностичний модуль системи забезпечує фокусування проблемної ділянки з виявленням психосоматичного ядра і визначення типу внутрішньої картини хвороби. Корекційний модуль реалізується у формі індивідуальної й групової психологічної корекції з використанням методів арт-терапії, гештальт-терапії, когнітивно-поведінкової, сімейної психотерапії, психоосвітніх програм.

Упровадження в практику діагностичного алгоритму дає змогу розв'язати проблему первинної і вторинної профілактики психічних, соматоневрологічних розладів, соціальної недостатності у дітей, хворих на ЦД. Диференційована соціопсихологічна корекція розладів адаптації (когнітивно-поведінкова, сімейна психотерапія, арт-терапія, психоосвітні програми) забезпечує профілактику соціальної та психічної дизадаптації.

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЙОДОДЕФІЦІТНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

О.Є. АБАТУРОВ, Л.Л. ПЕТРЕНКО, О.І. БЕЛОУСОВА,
Д.В. ЛОГВІНОВ, Я.В. ЗАГРЕБІНА, Т.М. НЕЛЮБОВА,
Н.М. ДМІТРІЄВА

Дніпропетровська державна медична академія

Цукровий діабет (ЦД) займає одне з провідних місць у структурі дитячої ендокринної патології. Йододефіцитні стани серед хворих з ЦД зустрічаються достовірно частіше, що пов'язано з порушеннями всмоктування й утилізації йоду.

Метою дослідження було вивчення ефективності використання препарату Йодбаланс («Меркнуб КГаА», Німеччина) у хворих на ЦД. Під нашим спостереженням знаходилося 56 дітей, хворих на ЦД 1 типу, 30 з яких одержували Йодбаланс у віковому дозуванні. Проводили визначення йодурії у 25 школярів без ЦД (контрольна група). Опційовано дані сонографічного дослідження щитовидної залози, показники концентрації йоду в сечі, в крові – тироїдних гормонів, ТТГ, антитіл до тироглобуліну і пероксидази. Повторне обстеження проводили через 6 міс.

Серед 30 пацієнтів з ЦД (I група) при проведенні комплексного обстеження дифузний нетоксичний зоб 1–2 ступеня діагностовано у 53,3% дітей, аутоімунний тироїдит – у 6,6%. У II групі (26 дітей з ЦД) захворювання щитовидної залози зустрічались приблизно так само (відповідно у 57,6 і 7,7%). В контрольній групі серед школярів виявлено дифузний нетоксичний зоб 1–2 ступеня в 40% випадків. Зниження екскреції йоду спостерігалось у 96,6% хворих I групи, у 96,1% – II групи і 84% – III. Проведені дослідження показали, що до початку терапії Йодбалансом у всіх групах медіана йодурії була нижчою норми (100 мкг/л.) Проте достовірні відмінності спостерігались при зіставленні показників у дітей з ЦД і в контрольній групі: I група – 36 мкг/л, II – 41 мкг/л, III – 69 мкг/л. У дітей з ЦД (I і II групи) коливання йодурії в діапазоні від 20 до 48 мкг/л відповідали дефіциту йоду середньої тяжкості, тоді як в III групі коливання показників від 49 до 88 мкг/л вказували на легкий ступінь. Аналіз тироїдного статусу дозволив виявити субклінічний гіпотироз у 6,66% хворих I групи та у 3,8% – II групи. Субклінічний гіпертироз спостерігався у однієї дитини з ЦД. У всіх інших

випадках показники рівня тиреоїдних гормонів залишалися в межах норми. Через 6 місяців від початку використання Йодбалансу в I групі хворих медіана йодурії зросла до 114 мкг/л. У 6,6% пацієнтів показники йодурії підвищилися в 1,5–2 рази, але не досягли нормальних показників. У II групі дітей з ЦД, які не одержували Йодбалансу, медіана йодурії залишалася низькою – 36 мкг/л, а в III контрольній групі відмічалася недостовірне зниження показників до 62 мкг/л.

За даними сонографічного дослідження об'єм щитовидної залози зменшився у 88,8% спостережень у хворих I групи, у 5,8% – II групи, в III групі зниження даного показника не відмічалася, а у одного пацієнта об'єм збільшився. Дослідження концентрації тиреоїдних гормонів крові дозволило встановити еутироїдний стан у всіх дітей, в лікуванні яких використовувався Йодбаланс. У II групі визначалося зростання рівня тиротропіну у 15,4% дітей. У III групі показники тиреоїдного статусу не змінилися.

Таким чином, використання Йодбалансу дозволяє нормалізувати показники йодурії у хворих на ЦД, що вказує на ефективність як профілактичних, так і лікувальних заходів для корекції йододефіцитних станів.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ З АВТОІМУННИМИ ТИРОЇДИТАМИ

М.М. ПЕШИЙ, С.М. ТАНЯНСЬКА, В.П. БОЙКО,
В.І. ІЛЬЧЕНКО, Н.В. ЗАМОРСЬКА

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На сучасному етапі в умовах несприятливого довкілля особливого значення набуває проблема захворювань щитовидної залози, а особливо аутоімунних тиреоїдитів (АІТ), помітний ріст яких спостерігається в останні роки. Метою нашої роботи було вивчення вегетативного гомеостазу у дітей з АІТ, враховуючи, що саме його показники характеризують стан адаптаційно-компенсаторних систем організму і тяжкість перебігу патологічного процесу при будь-якому захворюванні. Нами обстежено 35 дітей віком 10–15 років (20 дівчаток і 15 хлопців) з АІТ, які знаходилися на лікуванні в Полтавській обласній дитячій лікарні.

Діагноз АІТ верифіковано даними УЗ досліджень щитовидної залози та рівнем тиротропіних гормонів в крові (ТТГ, T_3 , T_4). Функціональний стан вегетативної нервової системи (ВНС) оцінювали за допомогою кардіоінтервалографії (КІГ) в модифікації М.К. Осколкової (1987) з подальшим аналізом її основних інтегральних показників. Аналіз результатів дослідження свідчив, що у 43% хворих показники КІГ характеризувалися значною перевагою тону симпатичної ланки ВНС та підвищенням значень центрального контура регуляції, що проявлялось високими значеннями показників АМо, ІН, ІВР, ПАПР.

У 34% дітей, переважно 13–15 років, простежувалось підвищення значень Мо та Δx і перевага гуморального контура керування ритмом. Лише у 23% хворих з АІТ відмічалась чітка активація гуморального контура при високих значеннях показників обох ланок ВНС, що особливо було виражено у дівчаток ($p < 0,05$). Отже, результати дослідження свідчать про різноспрямований характер вегетативних змін у дітей з АІТ, що вимагає диференційованих підходів щодо призначення відповідної терапії.

ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Г.О. ЛЕЖЕНКО, О.Є. ПАШКОВА, І.В. РУДНЄВА,
О.М. ЧАКМАЗОВА

Запорізький державний медичний університет

Метою дослідження була оцінка стану варіабельності серцевого ритму у дітей, хворих на цукровий діабет, залежно від тривалості захворювання.

Обстежено 43 дитини, хворих на цукровий діабет I типу, віком від 7 до 16 років, серед яких 14 дітей – з вперше виявленим цукровим діабетом (I група), 12 хворих з тривалістю захворювання до 5 років (II група) та 17 – більше 5 років (III група). Контрольну групу складала 15 практично здорових дітей, репрезентативних за статтю та віком. Всім дітям проведено холтерівський моніторинг серцевого ритму на апаратно-комп'ютерному комплексі «КардіоСенс+» (ХАІ, Медіка). Аналізували показники варіабельності серцевого ритму (ВСР) з оцінкою загальної потужності спектру коливань (ТР), активності надсегментарного (VLF), симпатичного (LF) й парасимпатичного (HF) центрів регуляції та симпато-вагусного балансу (LF/HF).

Проведений аналіз спектральних показників ВСР показав, що у хворих на цукровий діабет порівняно з дітьми контрольної групи відбувалося достовірне зниження ТР ($p < 0,05$) за рахунок як дуже повільних та повільних хвиль (VLF, LF), що характеризують ступінь активації гуморально-метаболических впливів та симпатичних центрів регуляції, так і швидких хвиль (LF), зумовлених парасимпатичними впливами. Необхідно зазначити, що при збільшенні тривалості захворювання дані зміни зростали та були найбільш вираженими у хворих III групи. Крім того, на відміну від дітей контрольної групи, для хворих на цукровий діабет характерно напруження функціонування симпатичної ланки вегетативної нервової системи, що проявлялося перевагою потужностей низьких частот над високими та збільшенням індексу LF/HF як в денний, так і в нічний час ($p < 0,05$). При цьому найвищі значення LF/HF відмічено в групі пацієнтів з тривалістю цукрового діабету понад 5 років, тобто визначалось відносно переважання симпатичних впливів на тлі симпатичної та парасимпатичної недостатності.

Таким чином, дітям, хворим на цукровий діабет, притаманно зниження потужності коливань показників спектрального аналізу ВСР на тлі відносної симпатизації регуляції серцевого ритму, що свідчить про порушення в них вегетативного контролю серцевої діяльності та зниження адаптаційного резерву організму. При цьому ступінь виявлених порушень серцевого ритму залежав від тривалості перебігу захворювання.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ РИТМУ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Г.О. ЛЕЖЕНКО, О.Є. ПАШКОВА, І.В. РУДНЄВА,
О.М. ЧАКМАЗОВА

Запорізький державний медичний університет

Одним з основних завдань щодо запобігання формуванню ускладнень цукрового діабету є рання доклінічна діагностика розладів функціонування нер-

вової системи та їх своєчасна корекція. Метою даної роботи було вивчення стану вегетативної регуляції у дітей, хворих на цукровий діабет, з урахуванням видів застосованих інсулінів.

Проведений аналіз вегетативної регуляції показав, що хворі на цукровий діабет мали суттєві відмінності у вихідному вегетативному тонузі (ВВТ) порівняно з контрольною групою. Так, якщо в групі здорових дітей серед варіантів ВВТ переважала ейтонія (43,0±8,0%), то у фоновому стані дітей, хворих на цукровий діабет, достовірно частіше визначалася ваготонія (46,7±6,0%, $p < 0,05$). При проведенні активної ортокліностагічної проби порушення вегетативної реактивності (ВР) виявилось у більшості хворих на цукровий діабет – у 81,8±4,0 проти 55,0±8,0% дітей контрольної групи ($p < 0,05$). Серед варіантів ВР, як у пацієнтів з цукровим діабетом, так і в контрольній групі, переважала гіперсимпатикотонія – 64,9±5,0 та 55,0±8,0%. Проте нормальна ВР (симпатикотонічна) у хворих основної групи реєструвалася лише в 18,2±4,0% випадках, що в майже в 2,5 разу менше, ніж в групі здорових однолітків. Асимпатикотонічна ВР визначалася у 16,9±4,0% дітей з цукровим діабетом, в той час як в контрольній групі означеного варіанту вегетативної реактивності не було зареєстровано в жодному випадку. Показник вегетативної реактивності при цьому складав у хворих основної групи 3,4±0,4 ум. од. проти 2,4±0,2 ум. од. – в групі контролю ($p < 0,05$). Особливості вегетативної регуляції організму у дітей, хворих на цукровий діабет, проявлялися й змінами вегетативного забезпечення (ВЗ). Так, стан ВЗ у 68,8±5,2% хворих на цукровий діабет був порушеним, тоді як в контрольній групі домінувало нормальне ВЗ – 70,0±7,0%. Виявлено, що на характер дизрегуляції вегетативного гомеостазу, в першу чергу, впливає тривалість захворювання. При цьому в міру збільшення «стажу» захворювання зменшувалася питома вага вихідної ваготонії, зростала гіперсимпатикотонічна спрямованість вегетативної реактивності та збільшувалася відсоток дітей з недостатнім вегетативним забезпеченням. Також встановлено, що включення до терапії безпікового інсуліну гларгін, на відміну від НПХ-інсулінів, сприяло корекції порушень вегетативної регуляції у дітей, хворих на цукровий діабет, що проявлялося зменшенням асимпатикотонічної спрямованості вегетативної реактивності та збільшенням кількості хворих з нормальним вегетативним забезпеченням.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ З ДИFUЗНИМ ЕНДЕМІЧНИМ ЗОБОМ І СТУПЕНЯ

О.Є. ФЕДОРЦІВ, О.П. БУГЕРА

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

Метою нашого дослідження було виявлення відмінностей у фізичному розвитку та мінеральному обміні дітей з дифузним ендемічним зобом І ступ. В обстеження включено дітей м. Тернополя 1990–1999 років народження за період з 2000 по 2005 роки.

Всього обстежено 577 дітей, в тому числі хлопців – 280 (48,53%), дівчат – 297 (51,47%). Із них виявлено 89 (15,42%) дітей із дифузним ендемічним зобом І ступ. Оцінювали масу тіла і зріст обстежених дітей. Всі діти оглянуті ендокринологом, яким підтверджено діагноз: дифузний ендемічний зоб І ступ. в стадії еутирозу. Виявлено відставання маси тіла у дітей з дифузним ендемічним зобом порівняно з динамікою маси тіла дітей, у яких дифузний ендемічний зобу не виявлено та порівняно із стандартними показниками. Різниця в масі тіла дітей з дифузним ендемічним зобом та їх здорових ровесників з роками збільшується і найбільшою є в підлітків (близько 10 кг). Відмінностей у динаміці зросту у всіх обстежених дітей не відмічалось. Окрім оцінки фізичного розвитку 65 дітям (20 хлопчикам і 45 дівчатам) проведено поглиблене обстеження: УЗД щитовидної залози, клінічний і біохімічний аналізи крові, денситометрію. Всіх дітей розподілено на 3 вікові групи. У дівчат зоб зустрічається в 2,3 разу частіше, ніж у хлопців. Відмічається явна тенденція до збільшення частоти дифузного ендемічного зобу І ступ. з віком. Причому переважають випадки зобу у дівчат старшого шкільного віку (майже в 5 разів більше) відносно дівчат середнього і молодшого шкільного віку, зокрема. На гормони щитовидної залози обстежено 40 (67,0%) дітей, серед них 27 (68,0 %) дівчат і 13 (32,0%) хлопців. Підвищення рівня ТТГ відмічено у 4 (10,0%) дівчат і 4 (10,0%) хлопців, у однієї дівчинки рівень ТТГ знаходився на верхній межі норми, причому рівні T_3 і T_4 у всіх цих дітей були нижчими норми. Це, в сукупності, складає 22,5% від обстежених на гормони дітей. У них запідозрено прихований гіпотироз. Виявлено зниження T_3 у 19 (48,0%) дівчат і 9 (22,0%) хлопців, у 5 (12,5%) дівчат і 3 (7,5%) хлопців рівень гормону T_3 знаходився на нижній межі норми, тобто практично у всіх обстежених дітей відмічалось зниження його рівня. У 33 (51,0%) дітей проведено визначення вмісту кальцію, магнію, фосфору і хлору в добовій сечі. Рівень кальцію в крові був у всіх дітей в межах норми, тоді як рівень кальцію в сечі відмічався нижче норми у 11 (33,0%) дітей. У цих дітей також відмічалось зниження виведення фосфору і магнію. 38 (58,0%) дітям виконано денситометричне обстеження. В І групі нормальні показники мали 55% дітей, остеопенію I–II ступ. – 33%, остеосклероз – 12% дітей. В II групі нормальні показники спостерігались у 44%, остеопенія I–II ступ. складала до 44%, у 44% пацієнтів виявлено остеопенію III ступ., у 11% – остеопороз. В III групі тільки у 25% дітей показники були в межах норми. Остеопенію I–II ступ. виявлено у 50% дітей, III ступ. – у 24%, остеопороз – у 6% обстежених. Остеопенію III ступ. відмічено лише у тих дітей, у яких відмічалось зниження в добовій сечі всіх вказаних мікроелементів (кальцію, фосфору, магнію, хлору).

Отже, зміни в обміні речовин при дифузному ендемічному зобі І ступ. впливають на фізичний розвиток, що проявляється відставанням маси тіла дітей нижче стандартних показників та від середніх показників їх здорових ровесників. За неефективної корекції порушень обміну і тривалого перебігу стану показники мінеральної щільності кісткової тканини поглиблюються.

Проблеми інфекційної патології у дітей

ЗВІДКИ БЕРУТЬСЯ «ІДЕАЛЬНІ ВБИВЦІ»?

І.В. БОГАДЕЛЬНИКОВ, Ю.В. ВЯЛЬЦЕВА

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

Очевидно, що успіху в боротьбі з інфекційними хворобами, як такого, немає, і найближчим часом він не передбачається. Про це свідчать наступні факти:

1. З числа мікроорганізмів, що контактують з людиною, науці відомо лише від 1 до 3%, деякі автори наводять цифру 15% (Florent E. Angly, 2006).

2. У сукупному геномі людина + мікроорганізми частка людського генома складає не більше 1% (Steveren R., 2006).

3. Повернення та активація «старих» інфекцій, захворюваність на які була значно знижена, а деякі з них навіть «ліквідовані» (спалах «віспи мавп» в травні 2003 року, яка є варіантом натуральної віспи, спалахи кашлюку в 1975–1980 рр. в Японії, дифтерії в 1993–1996 рр. в Росії, кору в 2000–2002 рр. в Латинській Америці; Семенов Б., 2004).

4. Стійкість мікроорганізмів до етіотропної терапії, що досягає 90% (Яковлев В.П., Яковлев С.В., 2002).

5. Набуття здатності умовно-патогенної флори викликати захворювання (Лобзин Ю.В., 2002).

6. Поява нових інфекційних хвороб (лихоманка Ебола, ВІЛ-інфекція, гепатити Е і С та ін.), всього близько 30 (Андрейчин М.А., 2005), збудники яких володіють високою патогенністю, що поєднується з постійною природною еволюцією, за якою імунна система людини не в змозі «догнати».

7. Зниження імунореактивності у 50–70% людей, що населяють планету (Шабашова Н.В., 2004).

Не викликає сумнівів, що такий стан справ багато в чому є справою рук людських, і одними з основних точок прикладання є:

1. Дія людини на мікробний світ. Мікробний світ

тісно взаємозв'язаний між собою не в будь-якому поєднанні, а в строго певних кількісних формах. «Виключення» із спілкування з людиною взаємозв'язаних між собою мікроорганізмів за допомогою вакцинації, застосування інших препаратів (протівірусних, антибіотиків та ін.) призвело до перекосу у взаєминах між ними і появи нових або виникнення якісно інших властивостей у патогенів.

2. Вплив на імунну систему організму. Це велика й окрема проблема. Крім екологічних та інших катаклізмів, ми сьогодні спостерігаємо безпрецедентну дію різного роду ліків на імунну систему. Ніхто не може або не бажає порушити питання про наслідки щорічної вакцинації (наприклад, проти грипу за відсутності епідемії) та її вплив на імуногенез і стан здоров'я людини в цілому.

3. Недостатнє філософське осмислення взаємодій між людиною і мікроорганізмами та, як наслідок, – відсутність відповідної стратегії поведінки.

На закінчення хотілося б навести слова відомого російського академіка Малєєва: «Луї Пастер колись сказав: «Панове, останнє слово буде за мікробами!» Поки все так і виходить. Але за розумом людським повинно бути останнє слово, я думаю».

І МИ СПОДІВАЄМОСЯ НА ЦЕ.

ВПЛИВ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ НА СТАН АПОПТОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ДІТЕЙ

І.В. БОГАДЕЛЬНИКОВ, Ю.В. ВЯЛЬЦЕВА

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

Апоптоз є механізмом, що регулює тривалість життя клітини. Основним механізмом загибелі клітин при ВІЛ-інфекції вважається апоптоз. Пе-

ребіг ВІЛ-інфекції у дітей пов'язаний не тільки з дією ВІЛ на імунну систему організму, але й з раннім приєднанням опортуністичних і суперінфекцій, в тому числі й герпесвірусних інфекцій. Віруси сімейства *Herpesviridae* відносяться до внутрішньоклітинних патогенів, які здатні викликати хронічні форми з тривалою персистенцією в організмі.

Метою даного дослідження було вивчення впливу герпесвірусних інфекцій на апоптоз у ВІЛ-інфікованих дітей.

Під нашим спостереженням знаходилась 31 ВІЛ-інфікована дитина віком від 2 до 10 років з помірним і тяжким ступенями імуносупресії.

Серед обстежених ВІЛ-інфікованих дітей I групи (7 осіб) відмічались персистуючі герпесвірусні інфекції, в тому числі персистуючу Епштейна-Барр вірусну (ЕБВ) інфекцію було виявлено у 4, асоціацію ЕБВ і цитомегаловірусної інфекції – у 1, ЕБВ і токсоплазмозу – у 1, рецидивуючу форму герпес лабіаліс – у 1 дитини. На момент обстеження у всіх дітей цієї групи герпесвірусні інфекції знаходились в латентній стадії.

У ВІЛ-інфікованих дітей II групи (24 дитини) персистуючих герпесвірусних інфекцій не виявлено. До контрольної групи ввійшли 19 умовно здорових дітей того ж віку, що мешкають в м. Сімферополі.

Активність герпесвірусних інфекцій визначали методом імуноферментного аналізу (ІФА) з використанням спектрофотометра *Sanofi Diagnostic Pasteur PR 2100* при довжині хвилі 450 нм на тест-системах «Вектор». Оцінку результатів проводили за І.С. Марковим (2004).

Активність апоптозу визначали за рівнем субпопуляцій лімфоцитів, які несуть на своїй поверхні Fas-рецептор (CD95). Для виявлення Fas-рецептора використовували реакцію імунофлюоресценції (РІФ) з набором моноклональних антитіл «Статус».

Проведені дослідження показали, що у ВІЛ-інфікованих дітей з персистуючим перебігом герпесвірусних інфекцій (I група) рівень CD95 становив $24,4 \pm 2,4\%$, що було на 36% нижче ($p < 0,05$) порівняно з групою здорових дітей ($38,2 \pm 1,0\%$), і нижче на 57% порівняно з групою ВІЛ-інфікованих з помірним і тяжким ступенями імуносупресії, у яких герпесвірусна інфекція не персистувала, а рівень CD95 становив $42 \pm 1,7\%$ ($p < 0,05$).

Таким чином, наші дослідження свідчать про здатність герпесвірусних інфекцій, що знаходяться в латентній стадії, значно уповільнювати апоптоз лімфоцитів у ВІЛ-інфікованих дітей.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ВІРУСНОГО ІНФІКУВАННЯ

І.І. РЕДЬКО, О.Л. КОРЯГІНА

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Значне поширення внутрішньоутробного інфікування плода та новонародженого (НН) значно впливає на показники захворюваності та смертності НН від інфекційної патології. На сучасному етапі внутрішньоутробну інфекцію (ВУІ) легше запідозрити, ніж підтвердити клініко-лабораторними ознаками, особливо, коли ВУІ має вірусну етіологію, латент-

ний чи субклінічний перебіг. Тому внутрішньоутробне інфікування НН вимагає комплексного обстеження з метою своєчасної діагностики та лікування внутрішньоутробних та перинатальних інфекцій.

Метою дослідження було виявлення діагностичних маркерів ВУІ на підставі клініко-анамнестичних і лабораторних методів обстеження. Під спостереженням знаходилися 98 пар мати-НН з групи високого ризику за ВУІ. Спостерігали перебіг вагітності та пологів, ранній і пізній неонатальний період. Вагітних віднесено до групи ризику за ВУІ на підставі клініко-анамнестичних даних, бактеріологічних обстежень, імуноферментного аналізу (ІФА), морфологічного обстеження послідів, ультразвукового обстеження (УЗО). Стан НН оцінювали при народженні та в динаміці на етапі пологового будинку й відділення патології новонароджених (ВПН). Проведено оцінку клінічного, неврологічного статусів, загальноклінічні біохімічні обстеження крові, ЕКГ, НСГ, за показаннями – рентгенографію органів грудної клітки, доплерехокардіографію, бактеріологічні обстеження. Для виявлення рівня інфікування збудниками ВУІ у НН та їх матерів у пологовому будинку та в динаміці проведено обстеження ІФА для виявлення специфічних антитіл до збудників TORCH-інфекцій, полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР), вірусологічне обстеження на респіраторні віруси (аденовірус, РС-вірус, ентеровірус).

Вивчення клініко-анамнестичних даних з боку вагітних виявило провідні маркери ВУІ: обтяжений акушерський анамнез – 85% ; хронічні інфекції урогенітального тракту – 53% ; загроза переривання даної вагітності – 100% ; анемія – 45% ; реактивація вірусних TORCH-інфекцій – 45% ; ГРВІ – 40% ; загострення хронічного пієлонефриту – 13% ; кольпіт – 16% ; за даними УЗО: ознаки матково-плацентарної інфекції – 40% ; морфологічні зміни посліду – 65% . Оцінка стану НН виявила патологічний перебіг періоду ранньої адаптації в 70% випадків. Проведено до реанімації 19 ($21,0\%$) НН з діагнозами: природжена пневмонія – 11 та з неонатальною жовтяницею інфекційного генезу – 8 НН. До ВПН переведено 50 ($51,0\%$) НН. В результаті комплексного обстеження діагноз ВУІ було підтверджено у всіх дітей у вигляді клінічних форм: ураження гепатобілярної системи – у 35% , органів дихання – у 15% , серцево-судинної системи (природжені кардити) – у 57% , інфекції сечових шляхів – у 12% , локальні гнійно-запальні інфекції – у 20% , ураження ЦНС – у 100% . При обстеженні ІФА та ПЛР виявлено цитомегаловірусну інфекцію (ЦМВІ) у 13 ($26,0\%$), токсоплазмоз – у 1 ($12,0\%$), хламідіоз – у 4 ($8,0\%$), мікоплазмоз – у 2 ($4,0\%$) хворих. При вірусологічному обстеженні виявлено аденовірусну інфекцію у 7 ($7,7\%$) та РС-інфекцію – у 4 ($4,0\%$) НН та їх матерів в асоціації з ЦМВІ, хламідіозом, герпес-інфікуванням. В крові визначено провідні маркери інфекції: лейкоцитоз, нейтрофіліоз, тромбоцитопенію, С-реактивний білок. На підставі основного діагнозу усі діти своєчасно отримали антибактеріальну, противірусну терапію, що не ускладнювало подальшого перебігу.

Таким чином, виявлено діагностичні маркери ВУІ з боку матері та НН, характерні для вірусних інфекцій, що поєднуються з бактеріальною флорою, і це вимагає своєчасного етіотропного лікування.

ЗАГАЛЬНОАДАПТИВНІ РЕАКЦІЇ ОРГАНІЗМУ ПРИ ГОСТРИХ МЕНІНГІТАХ У ДІТЕЙ

Р.В. СВИСТІЛЬНИК

Кафедра педіатрії ФПО ВНМУ ім. М.І. Пирогова,
м. Хмельницький

Загальноадаптивні реакції є відображенням резистентності та реактивності організму людини. Їх станом можна пояснити ступінь вираженості та динаміку перебігу будь-якої інфекційної патології, в тому числі й гострих менінгітів у дітей. Критерії для визначення загальноадаптивних реакцій на підставі лейкоцитарної формули розробили Л.В. Гаркаві зі співавт. (1998), виділяючи такі реакції, як стрес, тренування, активації та переактивації, які можуть бути гармонійними або напруженими. При цьому вважають, що узгоджені реакції підвищеної та спокійної активації, тренування на середніх та високих рівнях реактивності мають саногенетичний потенціал, неузгоджені та напружені реакції тренування та активації – дизадаптивний, стрес-реакції та переактивація – патогенетичний. Дизадаптивні реакції характерні для проміжного стану між хворобою і здоров'ям. З характером адаптаційних реакцій пов'язані перебіг і прогноз патологічного процесу. Найменш сприятливою є стійка стадія виснаження стресу. Розвиток реакції тренування вказує на сприятливий прогноз. Найкращим в прогностичному плані є розвиток реакції активації, особливо на високих рівнях реактивності. Розвиток реакції середньої і підвищеної активації вказує на одужання.

Показники адаптаційних реакцій оцінювали за складом білої крові. Тип реакції визначається за процентним вмістом лімфоцитів у лейкоцитарній формулі, відношенням їх до процентного вмісту сегментоядерних нейтрофілів. Інші форменні елементи білої крові є лише додатковими ознаками реакцій, які свідчать про ступінь повноцінності, фізіологічності реакції, її напруженість по відношенню до загальноприйнятих меж норми. Ці показники крові ми вивчали у дітей, хворих на гострий менінгіт та менінгоенцефаліт, віком від 6 до 14 років, для яких визначено вікові норми процентного вмісту лімфоцитів.

Обстежено 53 дитини, з яких у 31 було діагностовано гнійний менінгіт, у 22 – серозний. Контрольну групу склали 30 здорових дітей. При порівняльному аналізі загальноадаптивних реакцій організму обстежених хворих і здорових дітей було виявлено суттєві відмінності. Так, у групі хворих дітей на початку захворювання в жодному випадку ми не виявили саногенетичних реакцій, тоді як дизадаптивні спостерігались у 13 (40,6%) дітей із гнійними менінгітами та у 10 (45,4%) дітей із серозними (45,4%), а патогенетичні мали місце у 19 (59,4%) та 12 (54,6%) дітей відповідно. На момент виписки відмічалась значна позитивна динаміка досліджуваних параметрів: достовірно зменшилась кількість патогенетичних реакцій ($p < 0,01$) – у 10 (31,2%) дітей з гнійними менінгітами та 7 (31,8%) із серозними, з'явилися саногенетичні реакції – у 9 (28,1%) та 10 (45,4%) дітей відповідно, більш ніж в 2 рази зменшилась кількість дизадаптивних реакцій при серозних менінгітах – до 22,7% (5 дітей). Позитивної динаміки дизадаптивних реакцій в групі дітей із гнійними менінгітами відмічено не було – 40,6% (13 дітей). В контрольній групі переважали саногенетичні реакції – у 15 (50,0%) дітей, хоча було відмічено дизадаптивні – у 10 (33,3%) та патогенетичні – у 5 (16,7%).

Отже, спектр загальноадаптивних реакцій в дітей, хворих на гострі менінгіти, не відновився до рівня здорових дітей, що вказує на необхідність пошуку нових адаптивно-коригуючих засобів, які б позитивно впливали на механізми саногенезу.

БАКТЕРІАЛЬНІ МЕНІНГІТИ У ДІТЕЙ

М.Б. ДАШО, Ю. І. ГРИНАШ, О.Я. ХОМИН

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

Впродовж 2001–2005 рр. обстежено 242 дітей віком від 0 до 14 років, хворих на бактеріальний менінгіт (БМ). Щодо вікової структури, – переважали діти раннього віку – 154 (64,9%), серед яких 112 (46,4%) – діти першого року життя. Дітей віком 3–6 років було 62 (26,1%). Решта 26 (11,2%) – школярі. У 96 (40,0%) хворих шляхом бактеріологічного дослідження спинномозкової рідини (СМР) верифіковано діагноз. В етіологічній структурі домінував менінгокок, який виділено від 72 (75,5%) хворих. У 42 (58,4%) з них виділено менінгокок серогрупи В, у 24 (33,3%) – серогрупи А, у 6 (8,3%) – серогрупи С. У 22 (22,9%) хворих з'ясовано пневмококову етіологію захворювання. У 2 (2,1%) дітей зі СМР виділено *Haemophilus influenzae*. У решті 145 хворих етіології з'ясувати не вдалося. Хвороба у більшості розвинулась на скомпromетованому частими респіраторними захворюваннями та анемією тлі; у 8 хворих – на фоні пневмонії, у 3 – гнійного отиту та в 1 – фронтосигмоїдиту виник вторинний БМ пневмококової етіології. Визначальними були ознаки тяжкого токсикозу, ураження центральної нервової системи; у третини хворих розвинувся геморагічний синдром, як прояв інфекційно-токсичного шоку. Постійними симптомами були гіпертермія тіла, біль голови, блювання, гіперестезія. У 40 хворих спостерігалася менінгеальна поза, у більшості – позитивні менінгеальні симптоми. У 32 дітей першого року життя чіткий менінгеальний синдром був відсутнім. Їм помилково виставляли діагнози гострої кишкової, респіраторної інфекції з нейротоксикозом, фебрильних конвульсій. Енцефалічний синдром проявлявся пригніченням свідомості та конвульсіями і був найтипівшим у дітей раннього віку.

У результаті загального аналізу крові виявлявся, як правило, високий рівень нейтрофільного лейкоцитозу зі зрушенням вліво та різко прискорена ШОЕ. Зміни у СМР відповідали ознакам гнійного запалення. У більшості хворих у сечі виявлено зміни, властиві токсикоінфекційному ураженню нирок. Розлади імунологічного гомеостазу характеризувались підвищеним рівнем циркулюючих імунних комплексів, зниженою комплементарною активністю сироватки крові та розладами фагоцитарної активності нейтрофілів: зниженням фагоцитарного індексу, фагоцитарного числа та підвищенням показника завершеності фагоцитозу.

З метою етіотропного лікування використовували антибіотики цефалоспоринового ряду, пеніцилін, левоміцетин, ампіцилін. Паралельно проводили неспецифічну детоксикаційну, дегідратаційну та іншу різноманітну патогенетичну й симптоматичну терапію.

У 230 (95,0%) дітей хвороба мала циклічний гострий перебіг і минула без ускладнень. У 3 хворих на

пневмококовий менінгіт розвинулась гідроцефалія, в 1 на фоні отогенного менінгіту сформувався абсцес головного мозку, в 1 – при фронтосигмоїдиті двічі впродовж року спостерігався рецидив менінгіту. 4 дітей першого року життя та 1 дитина старшого віку померли впродовж 1 доби від ГТШ при менінгококцемії, 2 дітей раннього віку – від пневмококового менінгіту на тлі пневмонії.

Таким чином, в етіологічній структурі БМ у дітей домінує менінгокок. Захворювання найчастіше виникає на обтяженому преморбідному фоні і набуває форми менінгоенцефаліту із менш вираженою специфічністю клінічних проявів у дітей першого року життя. У них найчастіше виникають ускладнення і летальне завершення хвороби.

КИШКОВИЙ КЛОСТРИДИОЗ ЯК ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ ПЕДІАТРІЇ

О.Г. ІВАНЬКО, О.А. РАДУТНА, М.В. ПАЦЕРА

Запорізький державний медичний університет

Розвиток сучасної цивілізації містить в собі ризик появи нових захворювань, непритаманних людству у минулому. Застосування антибактеріальних ліків у другій половині 20-го сторіччя поставило під фармакологічний контроль багато життєво небезпечних інфекцій, але викликало численні ускладнення й побічні реакції антибіотикотерапії. Одним з таких ускладнень є антибіотикоасоційована діарея, що виникає у 2–30% хворих, які отримують антибіотики широкого спектру дії. Нині вважають, що досить часто діарея у таких випадках викликається розвитком активної кишкової інфекції, збудником якої є умовно-патогенний мікроорганізм *Clostridium difficile*. Саме під час застосування антибіотиків виникає екологічна ніша для росту численності цих мікроорганізмів і перехід їх у токсиноутворюючу форму (виділення ентеропатогенного і некротичного токсинів А+В). Міжнародний клінічний досвід свідчить, що антибіотикоасоційована діарея, спричинена *Clostridium difficile*, викликає значні матеріальні збитки й чисельні людські втрати, які спричиняються надзвичайно тяжкими формами хвороби – псевдомембранозним колітом і токсичним мегаколомом. Також зареєстровано внутрішньогоспітальні спалахи кишкового клостридіозу, що наводить на думку нозокоміального типу зараження хворих надзвичайно патогенними штамами *Clostridium difficile*.

Вважаючи, що клінічні прояви кишкового клостридіозу у педіатричній практиці вивчено недостатньо, ми поставили мету провести спостереження частоти й умов виникнення цього захворювання, його симптоматики і перебігу, а також розробити засоби запобігання та лікування. У своїх дослідженнях «золотим стандартом» діагностики хвороби вважали появу у дитини діареї під час застосування антибактеріального препарату при виключенні інших чинників діареї, а також виявлення методом ELISA клостридіальних токсинів А+В у випорожненнях, які є високо специфічними і за будь-яких інших інфекційних діарей не виявляються.

Дослідження проведено у субпопуляціях дітей віком від 6 місяців до 18 років. 57 хворих обстежено в умовах відділень реанімації та інтенсивної терапії. Кишковий клостридіоз (у 2 випадках тяжкий) діа-

гностовано у 9 хворих і ще у 6 – безсимптомний перебіг захворювання (виявлення клостридіальних токсинів у концентрації понад 1 ng/ml). У 28 (66,0%) із 42 хворих, які багато разів з різних причин протягом року одержували курси антибіотикотерапії, мали прояви хронічної діареї і спостерігались у групі хворих на «кишковий дисбіоз», також виявлено небезпечні концентрації клостридіальних токсинів, що свідчить про активну інфекцію. Найбільший відсоток хворих на кишковий клостридіоз – 41 (84,0%) – встановлено при обстеженні 49 хворих на активний легеневий туберкульоз, які тривалий час одержували терапію рифампіцином. Слід підкреслити, що в цій групі спостережень переважали нетяжкі й субклінічні форми клостридіозу, епідеміологічне і клінічне значення яких ще треба з'ясувати.

Застосування з профілактичною метою (одночасно з антибіотиком) сучасного пробіотика Лацидофіл (Institut Rosell, Canada) у 6–7 разів зменшує ризик виникнення кишкового клостридіозу як у клінічній, так і у субклінічних його формах. Лікування розвинутого кишкового клостридіозу є складним завданням, якщо треба продовжувати призначення антибіотиків. Терапевтичний ефект отримано при застосуванні 3-добової деконтамінаційної терапії метронідазолом з подальшим призначенням великих доз пробіотика.

СУЧАСНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГЕРПЕТИЧНОГО СТОМАТИТУ У ДІТЕЙ

Т.Н. ВОЛОСОВЕЦЬ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я серед вірусних інфекцій захворювання, зумовлені вірусом простого герпесу (ВПГ), посідають друге місце після грипу. За даними літератури загальна зараженість ВПГ коливається від 50 до 100% (Глинский Н.П., 1997; Єлізарова В.М. та співавт., 2000; Юлиш Е.И., 2003), що робить герпесвірусні захворювання соціально значущими. Інфікованість дітей ВПГ у віці від 6 місяців до 5 років становить 60%, а до 15 років – уже 90% (Brown D., 1996; Overall I., 1994).

Найчастішим проявом локалізованих форм герпетичної інфекції в дітей є гострий герпетичний стоматит (ГГС). Він не тільки посідає перше місце серед всіх уражень слизової оболонки порожнини рота, але й входить у лідируючу групу серед всіх інфекційних захворювань дитячого віку. Це захворювання має досить високу контагіозність. Так, у дитячих дошкільних установах, стаціонарах дитячих лікарень при епідемічному спалаху може бути інфіковано до 3/4 дитячого контингенту. Проникнення вірусу можливо при контакті через шкіру, слизові оболонки й повітряно-краплинним шляхом. При цьому в кожній 7–10-ї дитини ГГС рано переходить у хронічну форму з періодичними рецидивами, формуючи патоморфологічну базу для розвитку пародонтиту в дорослих.

Лікування гострого герпетичного стоматиту включає призначення етіотропних, патогенетичних і симптоматичних препаратів загальної та місцевої дії. Тактика лікування хворих на ГГС повинна визначатися ступенем тяжкості захворювання й періодом його розвитку. Дітям і підліткам обов'язково призна-

чаються препарати загального впливу на вірусний процес: ацикловір (зовіракс, віролекс) по 0,2 г 5 разів на день протягом 5 днів; протефлазид (первинна інфекція: по 5 крапель тричі на день протягом 2 днів, потім по 10 крапель тричі на день протягом 1–2 місяців з подальшим переходом на підтримуючі дози: по 5 крапель тричі на день (через день) протягом 1–2 місяців.

Крім цього, з огляду на виражений болючий синдром, що супроводжує ГГС, призначаються анальгезивні й жарознижуючі засоби: парацетамол (таблетки, сироп) по 0,1–0,15 г 2–3 рази на день; німесулід (таблетки, сироп) по 3–5 мг/кг 2–3 рази на день.

З метою відновлення місцевого імунітету призначаються імуномодулятори. Інтерферон та інтерфероногени при ГГС у дітей закапують у ніс, очі й порожнину рота 3–7 разів на добу. Провідного значення в цьому періоді розпалу хвороби слід надавати слабким антисептикам і кератопластичним засобам. Це олійні розчини вітаміну А (ретинолу ацетат), масло шипшини, каротолін, сік каланхоє, мазі з метилурацилом. Одним із препаратів вибору в цьому періоді можна назвати нестероїдний протизапальний засіб – мазь Мефенат. Поряд із протизапальним й антибактеріальним впливом на слизову оболонку порожнини рота, зазначений препарат має також виражену знеболювальну дію. У якості кератопластики можна також призначити Солкосерил – дентальну адгезивну пасту (СДАП), Мундизал-гель, Піралвекс. Слід також зазначити, що ГГС у будь-якій формі є гострим інфекційним захворюванням і вимагає у всіх випадках пильної уваги з боку педіатра й стоматолога для того, щоб забезпечити своєчасну діагностику та лікування, провести необхідні комплексні профілактичні заходи.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ НА ФОНІ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ

О.Є. СІЧКОРИЗ, Г.О. ЛИТВИН, О.В. НИКИПЧУК

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

За період 2004–2006 рр. у відділенні реанімації та інтенсивної терапії інфекційної клінічної лікарні м. Львова лікувалось 39 дітей, хворих на сальмонельоз, спричинений *S. typhimurium*. Ці діти вступили з попереднім хибним діагнозом «менінгіт» чи «менінгоенцефаліт». Діагноз сальмонельозу у них підтверджено шляхом бактеріологічного дослідження калу та сечі. Підставою для госпіталізації були виражені прояви ураження центральної нервової системи, які випереджали розвиток основного захворювання і в подальшому трактувались як нейротоксикоз.

У віковій структурі серед хворих на сальмонельоз домінували діти першого року життя – 29 (74,3%). Найчастіше хвороба виникала на обтяженому преморбідному фоні: раннє штучне вигодовування – у 26 (89,6%), дефіцитна анемія – у 23 (79,3%). У третини хворих був обтяжений неврологічний анамнез: перинатальною енцефалопатією – у 8 (20,5%), кефалогематомою – у 3 (7,6%).

Загальний стан дітей при вступі був тяжким. У всіх дітей спостерігались ознаки загальної токсикаційного синдрому, монотонний плач, виражені гіпе-

рестезії, повторне блювання та біль голови у старших дітей. У 24 дітей, у яких тім'ячко залишалось відкритим, основним менінгеальним симптомом було його випинання і напруження. У дітей з обтяженим неврологічним анамнезом розвинулись генералізовані клоніко-тонічні судороги та втрата свідомості. Такі ж початкові клінічні прояви хвороби спостерігались у 6 (15,3%) дітей віком від 1 до 2 років і 4 (10,2%) – віком від 2 до 3 років, у яких доведено аліментарний шлях інфікування. З діагностично-лікувальною метою всім дітям проводили люмбальну пункцію, під час якої прозорий ліквор витікав під підвищеним тиском. При лабораторному дослідженні ліквору відхилень від норми не виявилось. У гемограмі обстежених хворих спостерігався нейтрофільний лейкоцитоз зі зрушенням формули крові вліво, знижений рівень гемоглобіну і прискорена ШОЕ.

У більшості хворих, незважаючи на вчасне призначення етіотропного і різнопланового патогенетичного лікування, розвинулись тяжкі форми сальмонельозу з ознаками вираженого і тривалого загальної токсикаційного синдрому у 27 (69,2%), симптомами ексикозу – у 23 (58,9%), геморагічного коліту – у 21 (53,8%) дитини.

Таким чином, ураження центральної нервової системи при сальмонельозі виникає на фоні тяжкого інфекційного токсикозу і клінічно проявляється як менінгізм і енцефалічна реакція. Такий стан розвивається переважно в дітей першого року життя, які перебувають на штучному вигодовуванні, хворіють на дефіцитну анемію; важливу роль у розвитку нейротоксикозу відіграє масивність дози інфікування й обтяжений неврологічний анамнез.

ЛІКУВАННЯ ГЕРПЕТИЧНОЇ І ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ З ВТОРИННИМ ІМУНОДЕФІЦИТОМ

Л.С. ОВЧАРЕНКО, А.О. ВЕРТЕГЕЛ, Т.Г. АНДРІЄНКО,
Н.В. ЖИХАРЕВА, В.П. МЕДВЕДЄВ, І.І. РЕДЬКО, І.В. САМОХІН

Запорізька медична академія післядипломної освіти

У зв'язку з властивістю вірусу простого герпесу 1 типу (ВПГ-1) і цитомегаловірусу (ЦМВ) вражати клітини імунної системи (В-лімфоцити, Т- і НК-клітини) з подальшою персистенцією вірусів в цих клітинах протягом всього життя особливу увагу вимагає розробка лікувально-профілактичних заходів у групі дітей з клінічними проявами вторинного імунodefіциту (ВІД) на фоні хронічного інфікування герпесвірусами. У цих дітей, зважаючи на здатність герпесвірусів до вироблення специфічних білків, що пригнічують Т-клітинний імунітет, функцію цитотоксичних лімфоцитів, макрофагів і НК, створюються умови для уповільнення і хаотичності імунної відповіді.

Метою роботи була оцінка ефективності проти-вірусної та імуотропної дії препарату Флавозид у дітей з вторинним імунodefіцитом, інфікованих ВПГ-1 і ЦМВ.

Під спостереженням знаходилося 30 дітей з клінічними проявами ВІД віком від 1 до 5 років. Сформовано дві групи: I – 30 дітей, інфікованих ВПГ; II – 30 дітей, інфікованих ЦМВ. Діагностику інфікування проводили виявленням в крові специфічних IgM, наростанням титру специфічних IgG в крові в парних сироватках з інтервалом 10–12 днів, виявлен-

ні в крові ДНК-віруса за допомогою ПЛР. Терапію здійснювали застосуванням препарату Флавозід («Екофарм», Україна). В 100 мл сиропу Флавозиду міститься 2 мл протеклазиду – флавоноїдних глікозидів диких злакових (щуки дернистої і вейника наземного). Режим прийому: всередину, за 20-30 хвилин до їди протягом 4-х тижнів залежно від віку дитини: з 1-го по 3-ій день – по 1–2 мл тричі на добу, з 4-го дня – по 1–3 мл двічі на добу.

Після проведеного курсу лікування відмічалось достовірне збільшення числа CD8, CD16, зниження CD25. Показники гуморального імунітету характеризувалися достовірним зниженням концентрації IgG ($p < 0,05$), IgM ($p < 0,05$), при практично незміненому рівні IgA. Діагностичні анти-ВПГ-IgM і анти-ВПГ-IgG збереглися тільки у 1-го і 2-х дітей відповідно, при цьому вони були нижчими початкових. Такі ж тенденції зафіксовано у дітей з ЦМВ-інфікуванням – діагностичні анти-ЦМВ-IgM і анти-ЦМВ-IgG збереглися лише у однієї дитини. При ПЛР-дослідженні визначалося зменшення виявлення ДНК ВПГ-1 і ЦМВ у 79 і 86% дітей відповідно.

Отже, ефекти Флавозиду виявилися в трьох результатах: 1) ліквідації активної вірусної інфекції за даними дослідження рівнів специфічних IgM і IgG; 2) зменшенні кількості дітей з виявленими фрагментами вірусного генома за даними ПЛР дослідження; 3) помірному збільшенні числа клітин-кілерів (CD8, CD16) на фоні паралельного зниження концентрації спочатку високих загальних IgM і IgG. Виявлені зміни в імунному статусі дітей з ВІД дозволяють зробити висновок про успішну ерадикацію герпес-вірусів при збереженій здатності імунної системи до здійснення протибактеріального захисту за рахунок достатніх рівнів загальних імуноглобулінів в сироватці крові. Таким чином, використання Флавозиду є показанням до терапії герпесвірусної інфекції у дітей з ВІД завдяки мінімальному ризику пригнічення гуморальної ланки імунітету.

ТОРCH-ІНФІКУВАННЯ У ПАТОГЕНЕЗІ РЕЦИДИВІВ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Г.С. СЕНАТОРОВА, Н.Р. БУЖИНЬСЬКА, Т.С. МАЛІЧ,
О.М. КРИЖАНІВСЬКА, О.Л. ЛОГВІНОВА

Харківський державний медичний університет.
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Харків

Актуальність проблеми формування рецидивуючого обструктивного бронхіту (РОБ) у дітей раннього віку підкреслюється складністю його діагностики. Однією з головних причин розвитку РОБ вважається персистенція віруса або/та внутрішньоклітинного збудника. Будь-яке реінфікування вірусної або/та бактеріальної етіології викликає запалення, сприяє розвитку гострого запалення на тлі хронічного. У цьому разі з'являється низка ускладнень в звичайній схемі запалення за рахунок трансформації клітин-ефекторів тривалою інфекцією.

Метою дослідження було удосконалення діагностики рецидивів обструктивного бронхіту на тлі TORCH-інфікування.

Проведено імунологічне дослідження та визначено титр антитіл класу IgG до *Chlamydia pneumoniae*, *Cytomegalovirus*, *Simplex herpes virus* 1 типу у 78 ді-

тей віком від 5 місяців до 3 років (результати вважались позитивними, якщо рівень АТ-IgG при ІФА дослідженні був у 4 рази вищим). Із них спостерігалося 58 дітей з рецидивуючим обструктивним бронхітом (основна група) та 20 дітей з гострим обструктивним бронхітом (група порівняння).

Із 78 дітей основної групи 59 вступали до стаціонару у тяжкому стані, що зумовлювало необхідність терапії у відділенні інтенсивної терапії. Результати імунологічного аналізу крові виявили у дітей основної групи тенденцію до помірно низького рівня Т-лімфоцитів за рахунок супресорних антиген-«презентуючих» клітин ($p < 0,05$) та дисімуноглобулінемію ($p < 0,05$). При лаважуванні верхніх дихальних шляхів у 91,4% дітей основної групи альвеолярні макрофаги (АМ) були представлені деформованими клітинами з жировою дистрофією, зниженим ядерно-цитоплазматичним коефіцієнтом та достовірним зниженням фагоцитарного індексу й фагоцитарного числа відносно показників дітей групи порівняння ($p < 0,001$ і $p < 0,05$ відповідно). Бактерицидна здатність АМ була меншою у 4 рази, ніж у хворих групи порівняння ($p > 0,001$) та мала прямий корелятивний зв'язок зі ступенем морфологічної перебудови альвеолярних макрофагів і дисплазією епітелію ($r = +0,784$ та $r = +0,546$, відповідно). Значно частіше у дітей основної групи визначали дисплазію епітеліальних клітин бронхів ($p < 0,001$). Відмічено, що інфікування *Chlamydia pneumoniae* спостерігалося у 28,7% пацієнтів, що було достовірно більшим, ніж у дітей групи порівняння ($p < 0,001$). Персистенція вірусів сімейства герпесу виявлено у 17,0% хворих основної групи, із них у 55,3% визначались підвищені АТ-IgG до *Cytomegalovirus*, а у 11,7% – до *Simplex herpes virus* 1 типу. Рідше спостерігалося TORCH-інфікування у дітей групи порівняння ($p < 0,001$). Тільки у 5% пацієнтів виявлено *Cytomegalovirus*-інфікування. Достовірно значущих титрів АТ-IgG до *Chlamydia pneumoniae* та *Simplex herpes virus* 1 типу виявлено не було.

Отже, для дітей з рецидивуючим обструктивним бронхітом найбільш характерні зміни у аспіраті із дихальних шляхів: функціональна неспроможність альвеолярних макрофагів на тлі їх морфологічних і метаболічних порушень. У формуванні РОБ значну роль відіграє активація *Chlamydia pneumoniae*, *Simplex herpes virus* 1 типу та *Cytomegalovirus*-інфікування на тлі імунологічної дисфункції.

ЕТИОТРОПНЕ ЛІКУВАННЯ ПРИРОДЖЕНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗУ

Л.В. ПИПА

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Стандартом лікування токсоплазмозу є комбінація препаратів групи піриметаміну з сульфаніламідними препаратами (САП), які потенціюють їх ефект. При ураженні центральної нервової системи (ЦНС) та органа зору препарати піриметамінового ряду комбінують з антибіотиками: спіраміцином, азитроміцином, дапсоном, атоваксоном. ГКС призначають при очній формі токсоплазмозу або ураженні ЦНС. Препарати групи піриметаміну пригнічують синтез фолієвої кислоти, тому з метою запо-

бігання цієї побічної дії рекомендується хворим дітям приймати фоліат кальцію з розрахунку 5–10 мг тричі на тиждень. Більшість авторів вважають за необхідне проведення специфічного лікування протягом 1–1,5 року при ВТ.

Для лікування ВТ використовували ровоміцин та фансидар. Ровоміцин метаболізується в печінці, не окислюючись цитохромом P450, тому не впливає на метаболізм інших призначених препаратів, проникає в клітини, володіє антипротозойною дією. Фансидар містить 500 мг сульфадоксину та 25 мг піриметаміну, які володіють вираженим синергізмом. Для обох компонентів, які входять до складу фансидару, характерний великий період напіввиведення, і це дозволяє приймати його один раз у 5–7 днів, що зменшує побічний ефект і значно поліпшує переносимість препарату (за даними виробника).

Як відомо, САП та похідні піриметаміну токсичні, мають виражені побічні дії або зовсім не переносяться хворими. Тому важливим завданням залишається пошук засобів етіотропної терапії токсоплазмозу, зменшення ризику виникнення її побічної дії. Оскільки в хімічній структурі фансидару і САП присутня аміногрупа, вони метаболізуються в організмі шляхом ацетилювання. Процеси ацетилювання, каталізовані N-ацетилтрансферазою-2, мають генетичну детермінацію, і популяція людей може бути розподілена на швидких, повільних та проміжних ацетиляторів.

З метою оптимізації терапії токсоплазмозу та її безпечності визначали у хворих дітей фенотип ацетилювання. Дітям з середнім та швидким типами ацетилювання призначали фансидар з розрахунку 1–1,5 мг/кг маси тіла за піриметаміном протягом 10 днів, потім один раз на тиждень протягом 4 тижнів. Повільним ацетиляторам, в організмі яких метаболізм препарату відбувається повільно і здатний до акумуляції, що може проявитися побічною дією препарату, фансидар призначали по 1 мг/кг в 2 прийоми, 1 раз на тиждень протягом 6 тижнів. У новонароджених та дітей першого року життя з ВТ мав місце повільний тип ацетилювання, що можна пояснити як їх генетичною ознакою, так і транзиторною незрілістю ферментних систем через недоношеність та внутрішньо-утробну гіпоксію. Методика призначення фансидару для немовлят (патент на винахід 36974А від 22.06.2000 р.): на перший курс вводили в/в метрогіл з розрахунку 1,5–2 мл/кг, потім (або одночасно) ровоміцин дозою 100 мг/кг протягом 2–3 тижнів, після чого вводили фансидар за схемою «повільних ацетиляторів» 1 раз на тиждень протягом 4–6 тижнів. Протягом року діти отримували 3–4 курси терапії. У другому півріччі та у дітей старших вікових груп доцільно визначати фенотип ацетилювання. Середнім та швидким метаболізаторам можна призначати фансидар за «французькою схемою»: фансидар по 10–15 днів кожного місяця в комбінації з лейковорином протягом 4–6 місяців.

Диференційований підхід до призначення специфічної терапії при токсоплазмозі з урахуванням фенотипу ацетилювання сприяє запобіганню побічним її проявам, поліпшує ефективність лікування. Так, після визначення у дітей фенотипу ацетилювання і вибору способу проведення специфічної терапії згідно з цим показником, побічні прояви і резистентність до антипротозойної терапії мала місце лише у 2,7% хворих, що у 8,6 разу менше ($p < 0,05$), ніж до його визначення.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ ВІД ЖІНОК З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ, НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ З УРАХУВАННЯМ ПРОВЕДЕННЯ АРВ ПРОФІЛАКТИКИ

Л.Р. ШОСТАКОВИЧ-КОРЕЦЬКА, О.М. ЯКУНІНА,
З.О. ЧИКАРЕНКО, Г.А. КУЗНЕЦОВА, В.В. МАВРУТЕНКОВ

Дніпропетровська державна медична академія

Несприятлива епідеміологічна ситуація з ВІЛ-інфекції, яка склалася останніми роками як в Україні, так і у всьому світі, пов'язана зі значним поширенням інфекції, високими темпами розповсюдження. Найбільша поширеність ВІЛ серед жінок (90%) спостерігається в жінок репродуктивного віку, що надалі впливає на підвищення інфікування ВІЛ серед дітей.

Метою даного дослідження було проведення порівняльного аналізу клініко-лабораторного моніторингу у дітей з перинатальною ВІЛ-інфекцією протягом перших 18 місяців життя залежно від проведення або відсутності перинатальної АРВ профілактики,

Для вивчення клінічного перебігу перинатальної ВІЛ-інфекції та лабораторно-діагностичних підстав розвитку опортуністичних хвороб проаналізовано історії хвороб 152 дітей, серед яких 75 (50,7%) хлопчиків та 77 (49,3%) дівчаток, які народились від ВІЛ-інфікованих жінок і знаходились під спостереженням в міському Центрі з профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією від моменту народження до остаточного з'ясування ВІЛ-статусу дитини. Для оцінки ефективності перинатальної АРВ профілактики було проаналізовано 213 дітей з остаточно встановленим ВІЛ-статусом після 18 місяців життя, розподілених на дві групи – ті, котрі одержували перинатальну профілактику ВІЛ, та не одержували її.

За результатами клініко-лабораторного моніторингу ВІЛ-інфікованих дітей перших 18 місяців життя, які народилися від ВІЛ-позитивних матерів, залежно від проведення хіміопрфілактики (АРВ) вертикальної трансмісії встановлено, що для вил-інфікованих дітей характерними були повторні ГРВІ, грибкові ураження шкіри та слизових оболонок.

Виявлено, що серед клінічних та гематологічних факторів найбільшу прогностичну значущість щодо розвитку ВІЛ-інфекції у дітей, які народились від ВІЛ-інфікованої матері, мають наступні критерії: генералізована лімфаденопатія, гепато- і спленомегалія, гіпогрозія, анемія, тромбоцитопенія, лімфопенія, прискорена ШОЕ.

Серед коінфекцій ВІЛ найчастіше виявлялись маркери гепатитів В та С, інтерстиціальна пневмонія та кандидоз, що зустрічаються вдвічі частіше у групі ВІЛ-інфікованих дітей, порівняно з групою ВІЛ-негативних дітей.

Ефективність проведення перинатальної АРВ профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції від матері до дитини в даному спостереженні складає близько 88%, що майже в 3 рази знижує ризик набуття ВІЛ-інфекції. Для досягнення максимального зниження ризику перинатального інфікування доцільно подальше вивчення факторів, що можуть впливати на цей показник.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ІНФІКУВАННЯ ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ ДІТЕЙ В ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Л.Р. ШОСТАКОВИЧ-КОРЕЦЬКА, А.В. ЧЕРГІНЕЦЬ,
З.О. ЧИКАРЕНКО, І.В. БУДАЄВА

Дніпропетровська державна медична академія

Дніпропетровська область є однією з областей України з найвищою перинатальною інфікованістю вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). За офіційними даними, цей показник сьогодні становить 10,5%.

Метою даного дослідження було визначення ефективності комплексу (антиретровірусна профілактика, штучне вигодовування, елективний кесарів розтин) існуючих заходів профілактики перинатального інфікування ВІЛ дітей, які застосовуються в Дніпропетровській області. Нами було проведено ретроспективне (1996–2005) аналітичне дослідження 1588 випадків народження дитини від ВІЛ-інфікованої матері, відбір яких здійснювали за такими критеріями, як остаточно визначений ВІЛ-статус матері та дитини, документована інформація про проведення антиретровірусної (АРВ) профілактики, спосіб розродження та вигодовування дитини, а також додаткові дані про охоплення ВІЛ-інфікованих вагітних профілактичними заходами у 2005 році (532 випадки).

Результати аналізу показали, що починаючи з 2000 року, коли було розпочато комплексну профілактику, спостерігається достовірне ($\chi^2=7,892$; $p<0,005$) зниження відсотка інфікованих дітей порівняно з періодом без АРВ профілактики – від 36 до 10,5. Також встановлено, що застосування тільки АРВ профілактики (незалежно від схеми АРВ терапії, видів розродження та вигодовування дитини) сприяло зниженню ризику передачі вірусу від матері до дитини на 76,3%. Так, АРВ профілактику було використано в 691 випадку, з яких остаточно ВІЛ-інфікованість було зареєстровано у 42 дітей. Відповідно, показник перинатального інфікування ВІЛ складав 6,1% та достовірне ($\chi^2=105,2324$; $p<0,000001$) відрізнявся від цього показника, який становив 25,6% (інфікувалось 230 дітей з 897 випадків), у разі відсутності застосування АРВ профілактики. Поряд з тим встановлено, що в період з 2000 по 2005 роки тільки 54,9% жінок та новонароджених отримали такий вид запобігання перинатальному інфікуванню ВІЛ. Аналіз даних щодо використання елективного кесарева розтину у ВІЛ-інфікованих жінок показав, що цей спосіб розродження застосовується тільки у 11,6% вагітних та здебільшого за медичними показаннями, які не пов'язані з ВІЛ-інфекцією. Також визначено, що сьогодні 99,3% дітей раннього віку отримують повне штучне харчування адаптованими молочними сумішами.

Результати дослідження показали, що впроваджені в області заходи профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ в цілому можна вважати дійовими, оскільки дозволили знизити показник вертикальної трансмісії ВІЛ майже втричі, але який однак залишається на високому рівні, що вимагає подальшої оптимізації та вдосконалення існуючих заходів профілактики. Ми вважаємо, що утримання досягнутого високого рівня охоплення повним штучним вигодовуванням дітей, які народились від жінок з ВІЛ-інфекцією, перегляд розширення показань до проведення елективного кесарева розтину, як методу розродження жінок з ВІЛ-

інфекцією, а також збільшення охоплення вагітних з ВІЛ-інфекцією АРВ профілактикою, шляхом пропонування тестування на ВІЛ жінкам репродуктивного віку як під час, так і на етапах планування вагітності дозволять підвищити ефективність комплексу заходів профілактики перинатального інфікування ВІЛ дітей в Дніпропетровському регіоні.

ВІФЕРОН ПРИ ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ ГРИПУ Й ГЕПАТИТУ В У ДІТЕЙ

Т.А. ЧЕБОТАРЬОВА, І.Л. СОЛОВЙОВА, М.П. КОСТИНОВ,
О.В. ПАРШИНА, Т.С. ГУСЕВА

ГОУ ДПО РМАПО РЗД, ГУ НДІ вакцин і сироваток
ім. І.І. Мечникова РАМН.

ГУ НДІ Епідеміології та мікробіології ім. Н.Ф. Гамалей РАМН,
Москва.

Ульянівський державний університет, Росія

Метою роботи була оцінка клінічного й імуномодулюючого ефекту препарату віферон у вакцинованих проти грипу й гепатиту В дітей.

Рандомізовано 4 групи дітей 3–6 років, вакцинованих протигрипозною вакциною Ваксигрип, по 15 осіб у кожній (60 дітей). Діти I групи одержували віферон протягом 5 попередніх вакцинацій днів, II групи – за 2 дні напередодні, у день вакцинації та 2 дні після неї, III групи – в 5 наступних днів, IV групи – одержували тільки плацебо. Проводили дослідження ІФН-статусу, концентрації протигрипозних ІgM та ІgG й ряду параметрів імунологічного статусу до щеплення, на 14- й 30-ту доби після вакцинації.

Вакциновані проти гепатиту В діти віком 6–16 років (62 особи) склали 3 групи: I – 28 здорових дітей, II – частохворючі (22 дитини) і III – 12 частохворючих дітей, які одержували віферон додатково до вакцини Комбіотех протягом 5 днів після вакцинації. Імунологічне обстеження проводили до щеплення, через 7 днів та 1 місяць після, перед третьою вакцинацією, через 6 міс й 1 рік після курсу вакцинації.

Додаткове до вакцини застосування віферону дозволило поліпшити темп і рівень антитілоутворення в дітей з відхиленнями в імунітеті, стабілізувати вакцинальну відповідь у частохворючих дітей. Крім того, віферонотерапія дозволила скоротити число епізодів інтенсивних захворювань у вакцинальному періоді в 10 разів.

Таким чином, застосування віферону при вакцинації проти грипу й гепатиту В здорових й частохворючих дітей має позитивний імуномодулюючий і протективний щодо ГРВІ ефект.

АНАЛІЗ ЧИННИКІВ ВИСОКОГО РИЗИКУ ВЕРТИКАЛЬНОЇ ТРАНСМІСІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ДІТЕЙ

Ю.В. ВЯЛЬЦЕВА, А.Е. ЧИТАКОВА, Л.Х. ГОРІШНЯК

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського, м. Сімферополь

Вертикальна трансмісія, тобто передача ВІЛ від матері дитині, є основним шляхом поширення ВІЛ-інфекції серед дітей в Україні. Частота передачі ВІЛ при природному перебігу інфекції варіює в широких

межах, коливаючись від 14 до 50%. Проте завдяки профілактичним заходам, спрямованим на максимальну елімінацію чинників ризику передачі вірусу, проблема ВІЛ/СНІДу для дитячого населення стає більш керованою. Так, в розвинених країнах показник вертикальної трансмісії вдалося знизити до 2–10%.

Метою нашого дослідження був аналіз чинників, що вплинули на вертикальну трансмісію ВІЛ в групі 48 ВІЛ-інфікованих дітей віком від 1 до 10 років.

З відомих чинників під час вагітності у матерів інфікованих дітей було виявлено ускладнений її перебіг в 60,4% випадків. Серед ускладнень вагітності спостерігалися гестози першої та/або другої половини в 22% випадків, анемія – в 20%, пієлонефрит – в 6%. ППСШ виявлялися у 33% матерів. Споживачами ін'єкційних наркотиків були 69% матерів, палили 77% жінок.

До чинників ризику передачі вірусу під час пологів відносилися: передчасні пологи – в 18% випадків, тривалий безводий період – в 6%, кровотеча – в 2%, застосування акушерської допомоги, що порушує цілісність пологових шляхів, – в 6%.

Незважаючи на наявність даних літератури про значне зниження ризику при розродженні методом кесарева розтину, пологи у переважної більшості жінок (83%) велися через природні пологові шляхи.

З відомих чинників високого ризику неонатальної передачі ВІЛ-інфекції від матері дитині у обстеже-

них нами дітей було виявлено: недоношеність – у 18% дітей, низьку масу при народженні (нижче 2800 г) – у 29%, а також низьку оцінку за шкалою Апгар (7 балів і нижче) – у 20%.

Встановлено, що з числа обстежених в повному обсязі програма профілактики вертикальної трансмісії охопила тільки 2 жінки та їх новонароджених дітей. Профілактика включала призначення противірусної терапії матері й дитині, проведення планового кесарева розтину і відмову від грудного вигодовування. Крім цього, в одному випадку новонароджений одержав під час пологів Невіmun і знаходився на штучному вигодовуванні, а його мати під час вагітності АРВТ не одержувала. Такий низький відсоток охоплення вагітних програмою трансмісії багато в чому пов'язаний з тим, що серед обстежених переважали діти, які були інфіковані в перші роки епідемії ВІЛ-інфекції, що почалася в Криму в 1997 р.

У Криму програма профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції реалізується з 2000 року, що сприяло зниженню рівня інфікованості ВІЛ-інфекцією дітей з 43,6% в 1996 р. до 10,5% в 2005 р., а в тих випадках, де повний комплекс профілактичних заходів одержали і мати і дитя, він досяг європейського рівня і склав 2,5%.

Таким чином, зниження чинників ризику як під час вагітності, так і в пологах дозволить народитися здоровій дитині, навіть від інфікованої матері.

Екозалежна патологія у дітей в сучасних умовах

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ В ЗОНІ ЗАБРУДНЕННЯ БУРШТИНСЬКОЇ ТЕПЛОЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ

О.Л. ЦИМБАЛІСТА*, Л.М. СЕНЮТА*, Л.Є. ДОЦЕНКО**, Р.Й. КОТУРБАШ**

*Івано-Франківський державний медичний університет.

**Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

Україна належить до держав з високим рівнем негативних екологічних наслідків антропогенного впливу. Прикарпаття, будучи порівняно мало забрудненою територією України, все ж є екологічно напруженим регіоном. Високий рівень забруднення повітря в Івано-Франківській області зумовлений викидом 149 000 тон газоподібних, рідких та твердих забруднюючих речовин, з яких 85% відсотків припадає на викиди Бурштинської ТЕС.

Метою нашої роботи було вивчення впливу введення нових потужностей Бурштинської ТЕС на показники захворюваності на 1000 дітей за 2000–2006 роки.

Проведено аналіз показників захворюваності дітей, які проживають у Галицькому районі, на території якого розташована Бурштинська ТЕС, та у прилеглому Рогатинському районі Івано-Франківської області. Групу порівняння склали аналогічні показники у більш віддаленому Тлумацькому районі.

Загальна захворюваність в Івано-Франківській області у 2005 році (2018,1) є дещо вищою, ніж по Україні (1844,9). Однак зростання даного показника на Прикарпатті перевищує загальноукраїнський майже вдвічі (21,11 проти 13,78%).

Особливо стрімко наростає загальна захворюваність дітей у Галицькому районі (29,97%) за рахунок первинної захворюваності (35,19%) і перевищує по-

казник по Україні втричі, а показники Рогатинського та Тлумацького районів – у півтора рази.

Найвагомішою є відмінність показників захворюваності дітей на новоутвори, наприклад за 2006 рік: у Рогатинському районі загальна – 10,8, первинна – 3,2 та у Галицькому – 10,6 і 4,2, на відміну від Тлумацького – 2,7 і 0,7. І, незважаючи на найвищий приріст загальної захворюваності саме у контрольному Тлумацькому районі (54,32% за 6 років), первинна захворюваність стрімко наростає з 2000 по 2005 рік саме на забруднених територіях, зокрема, на Рогатинщині на 44,14% і перевищує приріст у групі порівняння у 2,65 разу, а в Галицькому районі – на 67,38% і у 4 рази.

Загальна та первинна захворюваність (19,6 та 4,2) на природжені аномалії розвитку також вища у Галицькому районі порівняно з Тлумацьким (12,1 та 1,9) та Рогатинським (9,4 та 1,0).

Незважаючи на зниження загальної захворюваності на природжені аномалії розвитку в усіх трьох досліджуваних районах, непокоїть неухильне зростання вперше виявлених у Галицькому районі (на 44,83%).

Отже, проведений нами аналіз показав найбільш суттєвий вплив забруднення Бурштинською ТЕС на стан здоров'я дітей у Галицькому районі, де розташована ТЕС. Це виражається стрімким наростанням загальної та первинної захворюваності за всіма нозологіями разом та первинної захворюваності на природжені аномалії розвитку і новоутвори.

У рівновіддаленому від ТЕС Рогатинському районі виявлено зростання тільки первинної захворюваності дітей на новоутвори. Таким чином, питання корекції стану здоров'я дитячого населення у цьому регіоні потребує як технічного (очисні споруди), так і медичного вирішення.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ТА СЕРЕДОВИЩНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ В ПАТОГЕНЕЗІ ЕКОПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ТА ПРИНЦИПИ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ПРИ ЕКОЗАЛЕЖНИХ СТАНАХ

О.З. ГНАТЕЙКО, Н.С. ЛУК'ЯНЕНКО, Н.Р. КЕЧ

Інститут спадкової патології АМН України, м. Львів

Проблема екологічно детермінованих захворювань у дітей, які проживають на забруднених територіях, набуває в наш час все більшого значення. Актуальність проблеми зумовлена виникненням раніше не відомих синдромів в умовах постійного погіршення стану довкілля. Тому постала нагальна потреба розробки методів своєчасної діагностики, лікування та профілактики екопатології та методів медико-генетичного її прогнозування. Найбільш розповсюдженим та ефективним підходом до профілактики екогенетичних реакцій є медико-генетичне консультування сімей, котрі проживають на техногенно забруднених територіях.

Зрозуміло, що найбільш коректний підбір профілактичних заходів не можливий без знання генетичних механізмів формування захворювань та маркерів схильності до них, а медико-генетичне прогнозування базується на з'ясуванні ступеня ризику виникнення патології. При широкому впровадженні медико-генетичного консультування сімей, що проживають на техногенно забрудненій території, можна очікувати зменшення частоти дитячої захворюваності, як екогенетичної реакції на фактори довкілля, а також дитячої інвалідизації та смертності.

Метою дослідження була розробка системи медико-генетичного консультування сімей з екопатологією та принципів пресимптоматичної профілактики екозалежних станів у дітей, які проживають на територіях, забруднених генотоксичними чинниками на підставі молекулярно-генетичних досліджень ролі генів «схильності» до екопатології та деяких маркерів індивідуальної чутливості організму до ксенобіотиків.

Використовували цитогенетичний аналіз *in vitro* та *in vivo*, люмінесцентну світлову мікроскопію, імуноферментний аналіз, метод полімеразної ланцюгової реакції в ДНК, безвибірковий ретроспективний аналіз медичної документації, загальноклінічний, генеалогічний, ультразвуковий, біохімічний, імунологічний, медикостатистичний аналіз.

Вивчено синдромокомплекс, що проявився у 78% дитячого населення одного із шахтарських регіонів Львівської області (м. Соснівка), у зв'язку з забрудненням території солями важких металів і фтором. Обстежено 248 дітей. Зібрано генеалогічний анамнез, проведено підрахунок частки генетичних і середовищних факторів у виникненні в дітей захворювань нирок і щитовидної залози та коефіцієнта успадкування схильності до цих захворювань (за G. Edward's і D. Falconer), вивчено динаміку частоти і спектру природжених вад розвитку, проведено клінічний огляд, ультразвукове дослідження стану внутрішніх органів, визначено мажорну патологію – еконефропатію з парціальною нирковою недостатністю за тубулярним типом. Визначено молекулярно-генетичні та біохімічні маркери схильності до формування екопатології та високоінформативні маркери індивідуальної чутливості дитячого організму у відповідь на дію генотоксичних чинників. Показано діагностичні крите-

рії клініко-генетичного поліморфізму даної екопатології.

На підставі отриманих даних розроблено схему медико-генетичного консультування сімей з екологічно забруднених регіонів та принципи пресимптоматичної профілактики екозалежних станів у дітей з метою запобігання народженню дітей з природженими вадами розвитку та профілактики виникнення в дітей клінічної маніфестації екопатології.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ

О.З. ГНАТЕЙКО, Н.Р. КЕЧ, С.О. ПЕЧЕНИК, Н.С. ЛУК'ЯНЕНКО

Інститут спадкової патології АМН України, м. Львів

На території Івано-Франківській області наявні два райони з високим рівнем забруднення довкілля – Снятинський та Галицький. Снятинський район відноситься до зони радіаційного забруднення після Чорнобильської катастрофи. В Галицькому районі забруднення атмосфери зумовлене викидами в атмосферу Бурштинської електростанції, в структурі яких переважає сірчистий ангідрид, окисли азоту та сланцева зола. Обстежено дітей, які постійно проживають в умовах забруднення довкілля – 32 у Снятинському та 38 у Галицькому районі.

Метою роботи була оцінка стану та функції щитовидної залози у дітей із забруднених регіонів для розробки лікувально-профілактичних заходів. Всім дітям проводили клінічний огляд, ультразвукове дослідження та визначення рівня гормонів – трийодтироніну (T_3) та тетраіодтироніну (T_4). Віковий інтервал обстежених 6–16 років. В групі із Снятинського району 53% обстежених склали дівчата та 47% – хлопці. В групі із Галицького району переважали дівчатка (58%). На підставі клінічного та ультразвукового обстеження в групі дітей із зони радіаційного контролю ознаки зобу III ступ. зареєстровано у 19% дітей, II ступ. – у 38%, I ступ. – у 25%, а у 18% не виявлено відхилень. В регіоні із хімічним забрудненням повітря у 11% виявлено ознаки зобу III ступ., у 34% – зобу II ступ., у 29% – I ступ., у 26% не виявлено змін.

Проведено визначення гормонів щитовидної залози: T_3 , T_4 . Спостерігали зниження активності T_3 в групі дітей із радіаційно забрудненого регіону, особливо за наявності у них клінічних та ехографічних ознак зобу III ступ. ($1,06 \pm 0,24$ при $N 1,3-3,7$ нмоль/л). У дітей із регіону з високим рівнем забруднення атмосфери рівень T_3 залишався в межах норми, хоча із тенденцією до зниження. Рівень T_4 в групі дітей із проявами зобу III ступ. із радіаційно забрудненого регіону був зниженим ($69,83 \pm 11,24$ при $N 70-135$ нмоль/л). У дітей із хімічно забрудненого регіону рівень T_4 був підвищеним, особливо у тих, що мали клініко-ехографічні прояви зобу III ступ. ($142,25 \pm 7,64$ при $N 70-135$ нмоль/л).

Отже, можемо припустити, що виявлені закономірності є субклінічними проявами гіпертирозу у дітей із зобом із хімічно забрудненого регіону та гіпотирозу у дітей із зобом із радіаційно забрудненого регіону.

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ШКОЛЯРІВ ДО ПРОЖИВАННЯ У ЗОНАХ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ЕКОЗАЛЕЖНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Л.В. МИКАЛЮК, О.К. КОЛОСКОВА, Н.О. КРИВЕНЧУК,
Л.М. ПАНКРАТОВА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Діти є максимально сприйнятливими до впливів шкідливих факторів навколишнього середовища, та їх організм швидше реагує на зміни екологічного оточення. Водночас, особливо чутливими вважаються структури, що знаходяться в процесі розвитку, зокрема нервові, ендокринні та імуноткомпетентні, причому максимальні темпи дозрівання і вдосконалення цих систем саме припадають на період шкільного віку. На негативний вплив факторів навколишнього середовища дитячий організм відповідає формуванням підвищеної захворюваності, дефіцитом у фізичному розвитку, формуванням граничних станів з боку найбільш чутливих систем органів.

Виходячи з цього, методом ретроспективної когорти проведено аналіз стану здоров'я школярів, які навчалися в екологічно контрастних регіонах міста. На підставі масштабних геохімічних досліджень ландшафту в межах м. Чернівці виділено зони підвищеного ризику екозалежної патології, зумовленого наявністю поєднаного низькоінтенсивного забруднення ґрунту сполуками важких металів і техногенних радіонуклідів. У зонах підвищеного ризику екозалежної патології розташовувалися 22 середні навчальні заклади, а решта – 19 шкіл належали до контрольних регіонів. Школярі, які навчалися у перших, сформували основну групу, а до контрольної увійшли їх однолітки з екологічно сприятливіших регіонів міста.

Слід зазначити, що впродовж 10 років спостереження щорічні показники загальної захворюваності та поширеності хвороб і патологічних станів серед школярів в зонах підвищеного ризику екозалежної патології були вищими від таких в екологічно сприятливіших регіонах, і тільки двічі ця відмінність не мала статистичної достовірності. Показники клініко-епідеміологічного ризику формування підвищеної захворюваності школярів практично не змінилися впродовж 10 років спостереження. Так, абсолютний ризик у 1995 році становив 34%, а у 2004 р. – 29%, показники відносного ризику відповідно складала 1,6 (95% довірчий інтервал від 0,6 до 4,5) та 1,6 (0,7–3,7), а відношення шансів складало 5,7 (1,3–25,9) та 4,1 (1,0–16,6) відповідно. Статистично значущою виявилася кореляційна залежність рівня загальної захворюваності школярів із низькоінтенсивним забрудненням ґрунту в місцях розташування середніх навчальних закладів ($R=0,3$, $p=0,03$), так само, як і частки диспансерних хворих із належністю місця розташування школи до зон підвищеного ризику екологічно залежної патології ($R=0,3$, $p=0,05$). Нарешті, вміст сполук ртуті в ґрунтах в місцях розташування середніх навчальних закладів достовірно корелював із часткою пацієнтів III групи здоров'я ($R=0,3$, $p=0,05$), часткою дітей, віднесених до основної фізкультурної групи ($R=-0,3$, $p=0,04$), та представників підготовчої фізкультурної групи ($R=0,3$, $p=0,04$).

Таким чином, виявлено не тільки статистично достовірні відмінності в показниках, які відображають порушення адаптації школярів до екологічно не-

сприятливого довкілля, але й визначено клініко-епідеміологічний ризик зростання захворюваності школярів за умови розташування шкіл в екологічно менш сприятливих умовах. Без сумніву, такі інтегральні показники, що характеризують рівень здоров'я дитячої популяції, формуються переважно за рахунок інших, неекологічних компонент, проте останні відіграють певну роль, що доводять результати статистичного аналізу.

ДИНАМІЧНИЙ АНАЛІЗ ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ В ЗОНАХ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ЕКОЗАЛЕЖНОЇ ПАТОЛОГІЇ

О.К. КОЛОСКОВА, Л.О. ДУЛЬГЕР, Н.М. РЕМОВСЬКА,
Н.І. БЕРНИК

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Патологія людини, що виникає у зв'язку зі зрушеннями в екологічному гомеостазі, розглядається як екологічна патологія, а згідно з даними літератури, близько 8–9% усіх захворювань можуть бути розцінені як екозумовлені, причому в економічно розвинених країнах ця цифра є значно вищою. Негативний вплив поєднаного низькоінтенсивного забруднення ґрунту сполуками важких металів і техногенних радіонуклідів простежено нами впродовж 10-річного терміну спостереження на прикладі дітей різних вікових груп, які проживали в контрастних за екологічними характеристиками ґрунту територіях міста. Причому зони такого забруднення визначали як зони «підвищеного ризику формування екозалежної патології», а відносно чисті території – як «контрольні».

Встановлено, що середньорічний показник первинної захворюваності новонароджених дітей в зонах підвищеного ризику формування екозалежної патології становив $751,5 \pm 137,8\%$, а у контрольних зонах – $841,1 \pm 109,2\%$ ($p > 0,05$), що можна було пояснити протекторною роллю плацентарних факторів у зменшенні шкідливого впливу будь-яких чинників на онтогенез плода. Разом із тим, щорічні темпи абсолютного приросту кількості зареєстрованих захворювань у новонароджених складала в основній групі в середньому $180,1 \pm 87,5\%$, а в групі порівняння – $140,5 \pm 37,1\%$ ($p > 0,05$), що могло пояснюватися напруженою адаптацією організму новонароджених до впливу несприятливого з екологічної точки зору оточення.

Реалізація таких факторів ризику в процесі росту і розвитку дітей, які мешкають на педіатричних дільницях підвищеного ризику екозалежної патології, підтверджувалася тенденцією до більш високих динамічних показників захворюваності малюків першого року життя ($956,8 \pm 68,9\%$ проти $885,2 \pm 71,1\%$ у контролі, а в цілому по місту – $859,2 \pm 61,3\%$, $p > 0,05$). Щорічно спостерігалася переважання частки малюків, віднесених до I групи здоров'я, серед представників контрольної групи (у середньому $21,97 \pm 2,2\%$ в зонах підвищеного ризику екозалежної патології проти $27,1 \pm 1,7\%$ в контрольних зонах, $p > 0,05$). На противагу цьому кількість дітей, віднесених до III групи здоров'я, мала тенденцію до переважання в зонах підвищеного ризику екозалежної патології ($8,6 \pm 2,0$ проти $6,4 \pm 2,1\%$ в контрольній зоні, $p > 0,05$).

Таким чином, аналіз показників захворюваності новонароджених і дітей 1 року життя, які проживають на територіях із різним рівнем екогенного пресингу на організм, дозволив засвідчити, що в екологічно сприятливіших зонах показники захворюваності новонароджених перевищували такі в зонах ризику формування екозалежної патології, причому вказані особливості простежувалися за темпами зростання захворюваності, за часткою абсолютно здорових дітей, віднесених до I групи здоров'я, проте контингент пацієнтів груп ризику в екологічно менш сприятливих регіонах мав тенденцію до перебільшення щодо контрольних регіонів; попри відсутність у неонатальному періоді достовірних відмінностей, які б свідчили на користь формування в новонароджених екологічно зумовленої патології, можливо, через протекторну роль плацентарних факторів та напруженість адаптаційних можливостей материнського організму, все ж з плином часу такі відмінності стають рель'єфнішими, що демонструють підвищений рівень первинної захворюваності малюків, менша кількість абсолютно здорових пацієнтів та тенденція до переважання частки III групи здоров'я в зонах підвищеного ризику формування екозалежної патології.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ВЕЛИКОГО ПРОМИСЛОВОГО МІСТА ТА ШЛЯХИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

Ю.Г. РЕЗНИЧЕНКО, Г.І. РЕЗНИЧЕНКО

Запорізький державний медичний університет.
Запорізька медична академія післядипломної освіти

В роботі визначено вплив 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.

Результати спостережень та 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 гіпотрофія, анемія, 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 сис-

тем 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. 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 довкілля в останні роки не має вирішального значення. На мешканців великого промислового міста навколишнє середовище 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 було розроблено систему 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 етапної системи медичних профілактичних заходів дозволяє мінімізувати негативний вплив проживання у великому промисловому місті на стан здоров'я дітей.

СТАН ОКСИДАТИВНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ЩОДО ОЦІНКИ АДАПТАЦІЙНИХ РЕСУРСІВ ШКОЛЯРІВ ІЗ СІМЕЙ РАДІАЦІЙНОГО РИЗИКУ

Д.А. КАШКАЛДА, Г.О. БОРИСКО, В.Л. КАШІНА

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

Відомо, що переокисне окислення ліпідів (ПОЛ) є загальним механізмом як адаптивних, так і патологічних процесів. Поряд із ушкоджуючою дією на організм, треба враховувати важливу роль ПОЛ в оновленні складу біомембран, в енергетичних процесах, синтезі біологічно активних сполук.

На сьогодні особливої уваги заслуговує стан оксидативно-антиоксидантної системи у нащадків, що народилися в сім'ях ліквідаторів ядерної аварії.

Обстежено 54 підлітків 16–18 років, які проживали в радіоекологічно чистій зоні, батьки котрих брали участь в ліквідації аварії на ЧАЕС, та 31 однолітка без обтяженого радіологічного анамнезу. Залежно від року перебування батьків в зоні аварії обстежених було розподілено на дві групи: в 1986 році – I група; в 1987 році – II група. Стан здоров'я батьків обох груп не мав достовірних відмінностей. При цьому патологічна ураженість була нижчою у дітей із родин ліквідаторів 1986 року.

Стан системи антиоксидантного захисту крові оцінювали за активністю глутатіонпероксидази (ГПО), супероксиддисмутази (СОД) у гемолізаті та за інтенсивністю ПОЛ, що індукується залізом, у сироватці крові.

У результаті проведених досліджень встановлено, що у підлітків I групи інтенсивність ПОЛ, що індукується залізом, була на 66,7% нижчою рівня у підлітків із сімей без радіаційного ризику та складала відповідно $0,12 \pm 0,01$ і $0,18 \pm 0,03$ моль/л ($p < 0,05$). У II групі підлітків цей показник суттєво не відрізнявся від групи порівняння та складав $0,16 \pm 0,02$ моль/л, однак достовірно перевищував (на 33,3%) значення в I групі. Стан антиоксидантної системи у підлітків характеризувався незалежно від року участі батька в ліквідаційних роботах активністю СОД, яка відповідала межам значень групи порівняння й тенденцією до підвищення активності ГПО.

Ймовірно, що у підлітків, батьки яких брали участь в ліквідації аварії на ЧАЕС в 1986 році, виявлене нами зниження інтенсивності ПОЛ, індукованого залізом, є відображенням пригнічення метаболічних процесів та може служити несприятливим прогностичним симптомом для подальшого формування їх здоров'я. Тобто дози опромінення батьків, які брали участь в 1986 та 1987 роках у ліквідації аварії на ЧАЕС, чинять різноплановий вплив на стан здоров'я дитячого організму.

Одержані дані мають попередній характер і вимагають продовження досліджень у цьому напрямі.

ЗАБРУДНЕННЯ ДОВКІЛЛЯ КРИВБАСУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ДІТЕЙ

С.Г. СІТАЛО

Дніпропетровська державна медична академія

Криворізький залізорудний басейн є одним із найкрупніших басейнів не тільки в Україні, а й в усьому світі.

Видобуток та збагачення залізорудної сировини, металургійне виробництво є суттєвим чинником забруднення довкілля. Згідно з Національною доповіддю про стан забруднення довкілля на частку м. Кривого Рогу припадає більш ніж 10% викидів забруднюючих речовин по Україні.

Аналіз забруднення атмосферного повітря Кривбасу за 1996–2006 роки показав, що найбільш суттєвими забруднювачами атмосфери є діоксид азоту, діоксид сірки, пил, формальдегід, фенол, важкі метали (Cd, Cr, Ni, Mn, Cu, Fe, Pb).

За останні 5 років зареєстровано збільшення захворюваності дітей за всіма класами хвороб, які формують хронічну патологію: захворюваннями нервової системи – 14%; захворюваннями органів дихання – 11,2%; захворюваннями крові та органів кровотворення – на 10%; захворюваннями органів травлення – 11,2%; захворюваннями сечостатевої системи – на 5,6%.

Відмічається ріст онкологічної захворюваності, в структурі якої вагоме місце займають злоякісні захворювання крові.

Найбільш вагомою патологією дітей міста є захворювання органів дихання. Протягом 2000–2006 років зберігається висока респіраторна захворюваність (8299–9458,7‰), яка не має тенденції до зниження, перевищує обласні показники та показники по Україні.

За останні 5 років поширеність алергічних захворювань у дітей збільшилась на 14,6%, при тому поширеність полінозів – на 44,6%, алергічного риніту – на 16,5%, бронхіальної астми – на 4,6%.

Серед факторів, які сприяють розвитку алергічних захворювань, виділяють генетичні фактори та фактори довкілля. Серед факторів довкілля особливе значення мають промислові, транспортні та інші викиди, які поєднуються з імунотоксичними, імуносупресивними та сенсibiliзуючими властивостями, що сприяють росту та розвитку алергічної патології.

З метою виявлення можливого впливу забруднювачів на захворюваність дітей було проведено багатфакторний кореляційно-регресійний аналіз за допомогою програми Microsoft Excel 2003.

Встановлено сильну ($r=0,8$) позитивну, достовірну ($p < 0,05$) кореляцію між наявністю формальдегіду, фенолу у повітрі та захворюваннями органів дихання, між підвищеною концентрацією діоксиду азоту ($r=0,6$) та природженими аномаліями.

Також встановлено позитивну ($r=0,4$) кореляційну залежність ($p < 0,05$) між наявністю у повітрі важких металів (Cd, Mn), в концентраціях нижче ГДК, та захворюваністю органів травлення, сечовидільної системи, ендокринних хвороб.

Таким чином, забруднення атмосферного повітря м. Кривого Рогу від промислових та транспортних викидів може впливати на захворюваність дітей: особливо на органи дихання, травлення, сечовидільну систему та наявність природжених аномалій.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РЕСПІРАТОРНУ ПАТОЛОГІЮ ДІТЕЙ – МЕШКАНЦІВ ЕКОЛОГІЧНО ЗАБРУДНЕНОГО МІСТА ДНІПРОДЗЕРЖИНСЬКА

Л.П. АРАБСЬКА, Н.Г. ЧУМАЧЕНКО

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
АМН України», м. Київ

В сучасних умовах гостро піднімається проблема здоров'я всіх груп населення, оскільки його погіршення в останні роки набуло стійкої тенденції.

Порівняно з дорослими погіршення здоров'я дітей і підлітків відбувається більш інтенсивно та за більшою кількістю хвороб.

Антропогенне забруднення навколишнього середовища значно впливає на формування популяційного здоров'я населення, особливо зі змінами соціально-економічних умов. Тому проблема несприятливого впливу факторів довкілля на стан здоров'я населення з кожним роком стає все актуальнішою.

Захворюваність – це найбільш характерна, як офіційно реєструється, реакція на шкідливий вплив навколишнього середовища, що відображає як тривалу, так і хронічну дію забруднювача.

За умов значного техногенного навантаження при високих рівнях забруднення атмосферного повітря, питної води, ґрунту, впливу фізичних факторів (електромагнітних полів, шуму, радіації) спостерігається комплексний та комбінований багатфакторний і багатоконпонентний вплив несприятливих факторів середовища на стан здоров'я населення.

В структурі стаціонарної бронхолегеневої захворюваності дітей м. Дніпродзержинська 1-ше місце посідали ГРВІ (41%); 2-ге – гострі бронхіти (23%); 3-ге – пневмонії (14%); 4-ге – обструктивні бронхіти (10%); 5-ге – ларинготрахеїти (8%); 6-ге – бронхіальна астма (4%).

Враховуючи основні чинники в захворюваності дітей – температурний фактор, соціальний та техно-

генний фактори, було проаналізовано захворюваність залежно від температурного фактора.

При визначенні можливого внеску дії несприятливих екологічних чинників на захворюваність бронхолегеневою патологією дітей м. Дніпродзержинська було зареєстровано високу захворюваність у теплі місяці року (обструктивний бронхіт загострився у 28,0% дітей, бронхіальна астма – у 48,0, стенозуючий ларингіт – у 49,0, гостра респіраторна вірусна інфекція – у 46,3, гострий бронхіт – у 41,0, пневмонія – у 37,0% дітей).

При цьому 48,5% дітей були організованими, а 51,5% – неорганізованими; кожна третя дитина із шпиталізованих вступала до стаціонару після 22 годин, коли, переважно, відбуваються промислові викиди у повітря, що може свідчити про те, що не лише температурний фактор та фактор знаходження дитини у дитячому колективі відігравав визначальну роль у розвитку патології респіраторного тракту.

СУЧАСНИЙ СТАН МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ УКРАЇНИ

Ю.В. МАРУШКО, О.Л. ТАРИНСЬКА, Т.І. ОЛЕФІР, Н.С. БОЙКО,
О.В. ЧАБАНОВИЧ, С.В. ФУС

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Складна екологічна ситуація в Україні напругу проявляється погіршенням стану здоров'я дитячого населення. Морфофункціональна незрілість організму дитини визначає підвищену чутливість до недостатнього або надлишкового надходження хімічних елементів, визначає зміни їх обміну та вмісту.

Багатоелементний аналіз волосся на вміст 28 хімічних елементів (S, Ca, Zn, K, I, Cu, Se, Fe, Br, Ni, Mo, Ag, Co, Cr, Mn, V, Ba, Pb, As, Hg, Cd, Sb, Rb, Sn, Sr, Zr, Ns, Cl) рентгено-флюоресцентним методом проведено у 160 дітей 6–16 років різних регіонів України, які на момент обстеження мали II–III групи здоров'я.

У всіх дітей встановлено дисбаланс елементного статусу. Кожна дитина мала в середньому порушення вмісту 8,2 хімічних елементів (7,2 – дефіцит, 1 – надлишок).

Найпоширенішим в дисбалансі мікроелементів було зниження вмісту життєво необхідних хімічних елементів. Так, дефіцит йоду мав місце в 91,25±2,24% дітей, заліза – в 86,88±2,68, міді – в 86,88±2,26, сірки – в 68,13±3,7, селену – в 63,13±3,83, цинку – в 64,38±3,8, кальцію – в 46,88±3,96, калію – в 46,88±3,96, хлору – в 45,63±3,95, хрому – в 42,5±3,92, марганцю – в 30±3,63% дітей. На цей час доведено пріоритетну роль дефіциту йоду, заліза та цинку в формуванні інтелектуальної недостатності. Відоме значення обміну заліза, міді, марганцю в розвитку анемічних станів, цинку та селену в імунному захисті організму.

Серед умовно необхідних хімічних елементів виявлено знижений вміст броду в 52,5±3,96% дітей. Встановлено важливу роль бромідів в регуляції ЦНС, активації ферментів травної системи.

Надлишок вмісту хімічних елементів встановлено в 1±1% випадків. Надмірний вміст стронцію визначався у 28,13±3,57% дітей, з яким у них корелював підвищений вміст кальцію (у 26,25±3,49%). Зна-

чені зміни визначалися, в основному, в дівчат (88,89±4,68%). Підвищений вміст кальцію звичайно вказує не на надлишок в організмі, а на його посилений обмін, внаслідок витіснення кальцію з депо іншими елементами, в нашому випадку стронцієм. Визначений надлишок калію в 20,63±3,21% дітей, можливо, причинно пов'язаний з дисфункцією симпатоадреналової системи. У 11,88±2,87% дітей встановлено підвищений вміст марганцю, що клінічно проявлявся млявістю, швидкою втомлюваністю, сонливістю, погіршенням пам'яті. Надлишок цинку виявлено в 3,75±1,5% дітей, селену – в 1,25±0,88, заліза – в 1,88±1,08, броду – в 4,38±1,62%. Підвищення вмісту токсичних елементів – свинцю та цирконію визначено лише по одному випадку (0,63±0,63%).

Розглянуто синергічні та антагоністичні взаємовідношення між макро- і мікроелементами, встановлення яких важливе для запобігання несприятливим формам взаємодії з розвитком вторинної мінеральної недостатності, визначено пріоритетність корекції встановлених відхилень.

Вивчення загальних закономірностей елементного статусу дитячого населення дозволяє розробити рекомендації з метою профілактики виникнення його порушень, що сприятиме підвищенню адаптивних можливостей організму до факторів зовнішнього середовища.

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ПРИРОДЖЕНОЇ ТА СПАДКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ В СТРУКТУРІ ІНВАЛІДНОСТІ СЕРЕД ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Г.С. ЧАЙКОВСЬКА, С.О. ГЕНИК-БЕРЕЗОВСЬКА,
З.В. ОСАДЧУК, І.В. МИКИЧАК

Інститут спадкової патології АМН України, м. Львів

Метою дослідження було вивчення показників інвалідності внаслідок природженої та спадкової патології у дітей дошкільного віку Львівської області.

Проведено ретроспективний аналіз медичної документації Львівської обласної дитячої клінічної лікарні за 2004 рік та вивчено показники інвалідності у дітей дошкільного віку, які проживають у Львівській області. За класами окремих хвороб (МКХ-10) визначали абсолютну кількість випадків захворювання, % в межах класу, % від загальної кількості дітей-інвалідів дошкільного віку та % від загальної кількості дітей-інвалідів. Загальна кількість дітей-інвалідів станом на 2004 рік становила 8280 дітей, із них кількість дітей-інвалідів дошкільного віку становила 1760 (21,2%) осіб. Основну групу захворювань, яка спричинює інвалідність у дітей дошкільного віку, складають природжені вади розвитку та хромосомні порушення (36,4%). У класі природжених вад розвитку та хромосомних порушень було зареєстровано: синдром Дауна – 12,6% у межах класу, 0,9% від загальної кількості інвалідів всіх класів та 4,6% від загальної кількості дітей-інвалідів дошкільного віку; глухоти – 68,4% в межах класу, 0,9% від загальної кількості дітей-інвалідів та 4,4% в межах загальної кількості дітей-інвалідів дошкільного віку. У дітей дошкільного віку за класом хвороб нервової системи (6,0%) та ендокринною патологією (5,1%) зареєстровано найпоширеніші захворювання:

фенілкетонурию – 4,34% в межах класу хвороб ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин, 0,04% від загальної кількості інвалідів всіх класів та 0,2% від загальної кількості дітей-інвалідів дошкільного віку; муковісцидоз – 18,6% в межах класу хвороб ендокринної системи, 0,2% від загальної кількості інвалідів всіх класів та 0,9% від загальної кількості дітей-інвалідів дошкільного віку; спінальну м'язову атрофію, м'язові дистрофії – 3,58% в межах класу хвороб нервової системи та 1,0% від загальної кількості дітей-інвалідів дошкільного віку; розумову відсталість – 78,4% в межах класу хвороб нервової системи та 4,3% від загальної кількості дітей-інвалідів дошкільного віку. В структурі причин інвалідності серед дітей дошкільного віку за зумовленим їй захворюванням перше рангове місце належить природженим вадам розвитку та хромосомним порушенням – 36,4 та 7,7% від загальної кількості дітей-інвалідів. Хвороби нервової системи складають 28,5%. І на третьому місці – хво-

роби вуха та соскоподібного відростка (6,5%). Ці три класи захворювань і визначають структуру причин інвалідності серед дітей дошкільного віку, складаючи 71,3%, тоді як серед загальної кількості дітей-інвалідів вони складають 15,1%. Решта захворювань, які формують інвалідизуючу патологію серед дітей дошкільного віку, має достатньо високу розповсющеність і складає 28,7%. Основні з них: хвороби органів дихання, травлення, кістково-м'язової системи, сечостатевої системи, хвороби системи кровообігу, хвороби крові та деякі інші.

Таким чином, увага усіх спеціалістів відповідного профілю повинна бути спрямована на ефективне впровадження методів профілактики природженої та спадкової патології, що зокрема включає ефективний логарифм медико-генетичного консультування: пренатальну діагностику, УЗД-скринінг, впровадження постійно діючого генетичного моніторингу ПВР та уніфіковане застосування фолієвої кислоти як профілактичного засобу природжених вад розвитку.

Новітні технології діагностики та лікування захворювань дитячого віку

РОЛЬ СПАДКОВИХ ФАКТОРІВ У ВИНИКНЕННІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

О.О. ЦИЦЮРА, І.С. ЛЕМБРИК

м. Івано-Франківськ

Захворювання верхніх відділів травної системи, зокрема хронічний гастродуоденіт, належать до поширеної патології у дитячому віці, в генезі яких важливу роль відіграють спадкові фактори.

Нами обстежено 110 дітей, хворих на хронічний гастродуоденіт, та проведено їхнє комплексне клініко-генетичне обстеження, яке включало клініко-генетичний метод, аналіз асоціацій з антигенами груп крові систем АВО і резус-фактором та цитогенетичний метод.

Результати проведеного клініко-генетичного дослідження засвідчили полігенний тип успадкування хронічних захворювань гастродуоденальної зони (74,5%). Серед цих дітей переважали хлопчики (63,4%). У дітей з обтяженою спадковістю відмічався більш виражений поліморфізм перебігу захворювання: частіше виникали загострення протягом року, спостерігались інтенсивніші прояви основних клінічних синдромів захворювання та розвиток ускладнень. За нашими даними, успадкування хронічного гастродуоденіту можливе переважно за автосомно-домінантним типом з повною пенетрантністю (85,4%) з його реалізацією у фенотипі, частіше за материнською лінією (45,1%).

Доведено, що найбільша ймовірність виникнення хронічних захворювань травного тракту серед дітей Прикарпатського регіону є у хлопчиків з 0(I) Rh+ та у дівчаток з В(III) Rh+ групами крові. Виявлено зниження індексу хроматизації (зменшення кількості ядер з перевагою еухроматину) у дітей зі спадковою схильністю до захворювання. Коливання показника

статевого хроматину більшою мірою залежало від віку обстежених. Наявна тенденція до зниження регуляторних можливостей Х-хромосоми у дівчаток та хлопчиків, хворих на хронічний гастродуоденіт. У всіх хворих дітей ядерцевий індекс збільшувався в 3 рази порівняно зі здоровими, а індекс патологічних ядер підвищувався у 2 рази відповідно.

Таким чином, у виникненні хронічних захворювань гастродуоденальної зони у дітей значну роль відіграють спадкові фактори, які можуть бути об'єктивним критерієм порушення епігенетичних механізмів регуляції активності транскрипційно-трансляційних процесів у хворих на хронічний гастродуоденіт та можливостей відновних процесів.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ДОДАТКОВИХ МАРКЕРІВ ІМУНОЛОГІЧНО АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ДИТЯЧОГО ОРГАНІЗМУ В УМОВАХ ЕКОЛОГІЧНОГО ЗАБРУДНЕННЯ

Г.С. ЧАЙКОВСЬКА

Інститут спадкової патології АМН України, м. Львів

Несприятливого впливу екологічних факторів найчастіше зазнає імунна система. Вторинні імунodefіцитні стани призводять до збільшення інфекційної, соматичної патології та формування хронізації захворювань. Мало вивченою залишається проблема накопичення ендогенної інтоксикації під дією мікроелементів, які спричиняють виникнення гастроентеро-, нефро- і тиропатій та різке порушення адаптаційних можливостей дитячого організму. Рівень адаптаційних реакцій та резистентності дитячого організму залежить від дози й тривалості впливу генотоксичних чинників.

Дитячий організм може перебувати в різних типах

адаптаційних реакцій: тренування, активізації та стресу. Під спостереженням знаходилось 29 дітей з екозалежною патологією «Соснівським синдромом» (СС), які проживають на території, забрудненій солями важких металів та фтором. Вік дітей складав від 7 до 15 років, хлопчиків було 51,7%. Патологія шлунково-кишкового тракту становила 86,2% і супроводжувалася дисметаболічними змінами у нирках. Автоімунний тироїдит був у 6,9% хворих, супутня патологія (часті ГРВЗ) – у 58,6%. При СС за спектром клініко-імунологічних проявів на фоні зниженої адаптаційної реактивності організму формується вторинний імунодефіцит. Дітей залежно від перебігу даного синдрому було розподілено на групи: I – 55,2% з тяжким перебігом, II – 44,8% з легким перебігом.

Стан гуморального імунітету у дітей, які проживають на території, забрудненій солями важких металів та фтором, свідчить про статистично достовірне підвищення концентрації імуноглобулінів 3-х класів сироватки крові дітей з СС ($p < 0,001$) порівняно з контролем, тоді як рівень імуноглобулінів А, М, G в сироватці крові залежав від тяжкості даного синдрому та супутньої патології. Адаптаційні можливості дитячого організму в умовах забрудненого довкілля перебувають в системі постійного балансу гомеостазу і стають показниками відповіді на пристосування. Про адаптаційні реакції допоміжно судять за даними гематограми – співвідношення лімфоцитів, сегментоядерних, кількості лейкоцитів, еозинофілів та моноцитів з вираженням відповідних коефіцієнтів. Залежно від реактивної відповіді дитячого організму на дестабілізацію та дизадаптацію при екопатології виділяють 3 типи основних адаптаційних реакцій: тренування, активізації та стресу. У дітей із СС переважають реакції стресу > 60% і залежать від тривалості та формування даного синдрому. В групі дітей з легким перебігом СС переважає тип орієнтування 46,2%, і у обстежених 38,5% – фаза спокійної активності > 50% дітей.

Таким чином, дизімуноглобулінемія основних класів А, М, G в сироватці крові дітей із СС свідчить про напруженість гуморального імунітету із специфічним реагуванням IgA на довготривале антигенне навантаження дитячого організму екогенетичними чинниками. Формування відповідних реакцій дитячого організму із явними переваженнями стресових відповідей призводить до пригнічення резервних імунологічно-адаптаційних можливостей і хронізації захворювання. Дані показники із індивідуальним визначенням гемограми можуть служити додатковими діагностично-прогностичними маркерами екопатології, її ранньої діагностики, прогнозу і формування груп ризику.

ГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ ТЯЖКОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

С.І. ПРУНЧАК, І.Ф. ПРУНЧАК, Л.В. БОЙКО

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Тяжка бронхіальна астма є одним з актуальних завдань педіатрії, оскільки, розпочавшись в ранньому віці, може зберігати загрозливі риси тяжкого варіанту перебігу хвороби і в дорослому віці. Враховуючи мультифакторні механізми розвитку захворю-

вання, відбуваються постійні пошуки генетичних маркерів тяжкої астми, за допомогою яких можна було б визначити індивідуальні особливості клінічного перебігу бронхіальної астми та найбільш раціонально обрати лікувально-профілактичні заходи кожному пацієнту.

Метою роботи було вивчення взаємозв'язку тяжкого персистуючого перебігу астми у дітей шкільного віку та типу ацетилювання і груп крові. Проведено клініко-імунологічне обстеження I–II рівня 118 дітей, хворих на бронхіальну астму. Сформовано дві клінічні групи: I група – 68 пацієнтів з повільним типом ацетилювання, II група – 50 дітей зі швидким ацетиляторним фенотипом. Всім хворим визначено тип ацетилювання та групи крові за системою АВО, резус, MN.

Аналіз отриманих даних показав, що у I клінічній групі інтермітуючий, персистуючий легкий, середньої тяжкості і тяжкий перебіг бронхіальної астми відмічався у 2,9±1,1, 4,5±1,3, 44,1±6,0 та 48,5±6,8% пацієнтів відповідно. Серед представників II клінічної групи розподіл за тяжкістю перебігу захворювання виявився наступним: 14,0±3,8% ($p < 0,05$), 4,0±1,2, 50,0±7,0 та 32,0±6,6% випадків ($p > 0,05$).

Таким чином, у дітей зі швидким ацетиляторним фенотипом достовірно частіше зустрічався інтермітуючий перебіг астми, проте в повільних «ацетиляторів» відмічено тенденцію до більш тяжкого перебігу захворювання. Показники ризику розвитку тяжкого персистуючого перебігу в пацієнтів з повільним типом ацетилювання порівняно зі швидкими ацетиляторами становили: відносний ризик = 1,5 [95% ДІ: 1,1–2,0] при відношенні шансів 2,0 [95% ДІ: 0,9–4,3].

Аналіз взаємозв'язків груп крові й тяжкості перебігу захворювання в обстежених дітей показав, що тяжка бронхіальна астма поєднується з такими фенотипами груп крові, як А(II), Rh(+) та N. Так, відносний ризик розвитку тяжкої астми за наявності А(II) антигена по відношенню до В(III) групи крові становив 2,4 [95% ДІ: 1,1–8,7], при відношенні шансів 4,2 [95% ДІ: 1,3–12,4]. Однак наявність N-антигена порівняно з M-групою крові супроводжувалася дещо меншими показниками ризику розвитку тяжкого персистуючого перебігу астми, що становило: ВР=1,1 [95% ДІ: 0,6–3,6] та ВШ=1,4 [95% ДІ: 0,8–5,3].

В роботі показано, що поєднання повільного типу ацетилювання із А(II), Rh(+), N антигенами посилювало негативний вплив на прогностично несприятливий тяжкий перебіг БА, водночас асоціація з В(III), Rh(+), M-фенотипами крові вказувала на тяжчий перебіг нападного періоду астми.

Таким чином, дослідження таких генетичних маркерів, як тип ацетилювання та групи крові є доступним, інформативним прогностичним маркером щодо визначення особливостей перебігу бронхіальної астми у кожного конкретного пацієнта та дозволить індивідуалізовано призначати комплексні заходи як в період загострення захворювання, так і в період ремісії.

ЗАСТОСУВАННЯ ГЕНЕТИЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ У ПРОГНОЗІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

Н.В. БАГАЦЬКА

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

Впровадження генетичних методів дослідження у педіатричну практику набуває великого значення в останні роки. Це зумовлено тим, що переважна більшість неінфекційних захворювань є хворобами мультифакторіальної природи, у формуванні яких значна роль належить чинникам спадковості. В той же час, відомо про негативний вплив чинників навколишнього середовища (складних соціально-економічних умов, неповноцінного харчування, токсичних речовин, хвороботворних мікробів, психогенних, фізичних, хімічних впливів), які можуть бути факторами ризику, що сприяють виявленню спадкової схильності до різної патології. Істотного значення набуває й стан генетичного фонду популяції, схильність до спадкових хвороб (це близько 20%), які визначають сучасний рівень здоров'я населення. Під впливом комплексу чинників навколишнього середовища відбуваються патологічні зміни в різних органах і системах; функціональні, морфологічні та генетичні зміни в організмі.

У зв'язку з цим виникла нагальна необхідність впроваджувати у педіатричну практику методи генетичного аналізу, що дозволить встановити генетичні особливості організму і на підставі цих особливостей визначати осіб, у котрих може сформуватися мультифакторіальне захворювання. Для цього використовуються такі класичні генетичні методи, як клініко-генеалогічний, клініко-морфологічний, цитогенетичний, імуногенетичний та молекулярно-генетичні (метод полімеразної ланцюгової реакції, флуоресцентної гібридизації *in situ*).

Застосування генетичних методів (клініко-генеалогічного, цитогенетичного, дерматогліфічного та імуногенетичного) при захворюваннях ендокринної системи (затримці статевого розвитку, гіпоталамічному синдромі пубертатного періоду, цукровому діабеті 1 типу) дозволило нам встановити особливості при цих хворобах та визначити певні генетичні маркери схильності до досліджуваної патології.

Так, за даними клініко-генеалогічного аналізу в сім'ях обстежених дітей та підлітків встановлено, що велике значення у формуванні досліджуваних захворювань має родинне накопичення ендокринних, серцево-судинних та інших захворювань, особливо серед родичів першого ступеня спорідненості (батьків, сибсів). Окрім того, у матерів обстежених пробандів визначалися негативні чинники середовища (виробнича шкідливість, сильні стреси у період настання вагітності, ускладнені вагітність та пологи тощо), які спричиняли негативний вплив на розвиток здорової дитини.

Згідно з імуногенетичним аналізом (типуювання антигенів системи HLA-A, B, C, DR-локусів) визначено певні антигени, які є маркерами схильності до затримки статевого розвитку – A28, B40, B51, DR1; гіпоталамічного синдрому пубертатного періоду – A11, A25, B16; цукрового діабету 1 типу – DR3, DR4), а також дерматогліфічні особливості, які мали прогностичне значення у виникненні цих захворювань у пробандів.

Таким чином, широке використання генетичних методів дослідження в педіатрії дозволяє виділити осіб підвищеного «ризик» та запобігти розвитку патології в даній сім'ї, що надає можливість розпочати лікувально-профілактичні заходи ще на доклінічному етапі.

ПОПУЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ГЕНІВ DR-ЛОКУСА І СИСТЕМИ АВО У ПРИДНІПРОВ'І

В.В. МАВРУТЕНКОВ, Л.Р. ШОСТАКОВИЧ-КОРЕЦЬКА, О.В. БРАТУСЬ¹, Т.В. МАВРУТЕНКОВА¹, Л.К. ПЕРСТНЕВА², Н.І. ТАШЕВСЬКА²

Дніпропетровська державна медична академія.

¹Діагностичний Центр медичної академії.²Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечнікова, м. Дніпропетровськ

В роботі наведено асортимент поліморфізму генів DRB1-локуса HLA-системи II класу ГКГ і груп крові за системою АВО серед жителів Придніпровського регіону. Як свідчать результати досліджень, в регіоні домінують шість специфічностей DRB1-локуса: 01; 04; 07; 11; 13 і 15. При цьому DRB1*07 визначався у кожного четвертого спостережуваного (24,5%), DRB1*15 – у кожного п'ятого (20,7%), інші алелі DRB1-локуса (01, 04, 11 та 13) реєструвалися майже з однаковою частотою (у 17–18% випадків). Під час дослідження було проаналізовано зв'язок між генами DRB1-локуса II класу ГКГ людини і групами крові за системою АВО.

Алель	Групи крові за системою АВО (n=116), абс. ч. (%)				P (за критерієм χ^2)
	0(I)	A(II)	B(III)	AB(IV)	
01	11 (22,0)	8 (24,2)	4 (17,4)	1 (10,0)	>0,1
04	8 (16,0)	8 (24,2)	5 (21,7)	1 (10,0)	>0,1
07	14 (28,0)	3 (9,1)	8 (34,8)	3 (30,0)	>0,1
11	8 (16,0)	9 (27,3)	2 (8,7)	2 (20,0)	>0,1
13	5 (10,0)	3 (9,1)	4 (17,4)	3 (30,0)	>0,1
15	13 (26,0)	10 (30,3)	3 (13,0)	1 (10,0)	>0,1
16	5 (10,0)	4 (12,1)	1 (4,3)	0	>0,1
17	8 (16,0)	1 (3,0)	5 (21,7)	0	=0,09
Всього	50 (100)	33 (100)	23 (100)	10 (100)	

За результатами кореляційного аналізу нами не встановлено статистично значущого зв'язку ($r=0,04$; $p>0,05$) між цими генетичними маркерами. Цей факт має практичне значення, оскільки обґрунтовує неможливість екстраполяції специфічностей системи АВО на гени DRB1-локуса, які є ключовим механізмом ініціації імунної відповіді. Отримані дані мають важливе значення для трансплантології, імуногематології та прогнозування поширеності генетично детермінованих захворювань.

НАДАННЯ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ДИТЯЧОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

В.О. ГАЛАГАН, Т.П. ІВАНОВА, О.М. МІШКОВА,
В.С. ПОВОРІЗНИК, М.Б. КОЗЕЛКОВА

Українська дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ»
МОЗ України, м. Київ

В умовах складної економічної, екологічної та демографічної ситуації в Україні на стан здоров'я дітей раннього віку впливає рівень та якість надання спеціалізованої медичної допомоги. Порушення, які мають генетичну компоненту, можуть бути різного ступеня тяжкості та клінічних проявів в різні періоди життя. Медико-генетична служба лікарні функціонує з 1988 року у вигляді медико-генетичного центру (МГЦ), який є структурним підрозділом як стаціонарної, так і поліклінічної служби.

Завдання даного дослідження – проведення аналізу окремих показників роботи лікарні та МГЦ як структурного підрозділу спеціалізованого багатопрофільного державного закладу.

В роботі використано дані щорічних звітів лікарні (форма № 20) та генетичного центру (форма № 49-здоров) за період 2003–2006 рр. УДСЛ «ОХМАТДИТ» розрахована на 600 стаціонарних ліжок, з яких 290 ліжок хірургічного профілю, де проходять обстеження та лікування діти різного віку з природженою та спадковою патологією. До стаціонарних відділень лікарні направляють хворих дітей з різних регіонів України пологові стаціонари, лікувально-консультативні заклади, регіональні генетичні центри. Медико-генетичне консультування (МГК) проводиться лікарями-генетиками дітям стаціонарних відділень з раннього неонатального віку. Під час МГК для діагностики та визначення прогнозу використовуються загальноприйняті, в тому числі й генетичні, методи обстеження.

За період 2003–2006 рр. серед всього контингенту дітей стаціонарних відділень отримали лікування близько 9% дітей з природженою патологією. Залежно від профілю підрозділів цей показник коливався в межах 4,5–38%, в основному, за рахунок відділень хірургічного профілю. Питома вага дітей віком до одного року склала в середньому 25,6%. Серед померлих дітей цей показник дорівнював 42%. Частка дитячого контингенту серед загальної кількості консультативних відвідувань МГЦ становила 35%. Кількість консультувань в стаціонарних відділеннях збільшувалась з роками – від 920 у 2003 р. до 1557 у 2006 р., що вказує на збільшення кількості дітей з різними формами природженої патології, яка вимагає хірургічного і симптоматичного лікування, в тому числі у відділенні інтенсивної терапії.

Таким чином, МГК є невідкладною складовою в роботі спеціалізованого дитячого закладу і дає можливість своєчасного лікування дітей раннього віку з природженою та спадковою патологією.

КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ХВОРОБИ ВІЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Ю.О. ЩЕРБАК, М.А. ЦИГАНКОВА, О.В. РАДЗИХІВСЬКА,
Н.В. ОЛЬХОВИЧ, А.М. НЕДОБОЙ

Медико-генетичний центр, Українська дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ

Хвороба Вільсона-Коновалова (гепатолентикулярна дегенерація) – спадкове захворювання із автосомно-рецесивним типом успадкування, в основі якого лежить дефіцит церулоплазміну, що забезпечує транспорт міді в організмі. Ген картований в регіоні 13q14–q21. Перші клінічні ознаки з'являються у віці старше 5 років, найчастіше це безсимптомна гепатомегалія, іноді зі спленомегалією, підгострий гепатит із/або без жовтяниці, хронічний гепатит, пізніше – цироз, портальна гіпертензія, асцит. Після 20 років превалюють неврологічні симптоми – дисфагія, дизартрія, слинотеча, псевдобульбарні симптоми, зростаюча м'язова ригідність, гіперкінези, тремор, зміна поведінки. Симптоматика з'являється раптово або поступово. Патогномонічним є кільце Кайзера-Флейшера на райдужці (пігментна зелена пляма), яке може бути відсутнім у пацієнтів тільки із патологією печінки, але завжди супроводжує неврологічні порушення. Біохімічні показники – гіпоцерулоплазмінемія, підвищення концентрації міді у крові та збільшення добової екскреції міді із сечею. За відсутності лікування хвороба летальна.

Мета роботи – аналіз клінічних ознак у дітей з хворобою Вільсона-Коновалова.

Протягом першого півріччя 2007 р. в Медико-генетичному центрі УДСЛ «ОХМАТДИТ» діагностовано 4 випадки гепатолентикулярної дегенерації у пацієнтів віком від 8 до 22 років. Троєх пацієнтів проконсультовано в МГЦ з приводу гепатиту неуточненої етіології (після виключення вірусного ураження печінки і природжених вад), одного – з приводу ураження центральної нервової системи (гіперкінези та ін.) та печінки. Інші наявні неспецифічні ознаки включали спленомегалію (у 4), портальну гіпертензію (у 2), петехіальну висипку (у 2), тромбоцитопенію (у 2), асцит (у 1). У всіх діагностовано підвищення рівня трансаміназ, гіпоцерулоплазмінемію (нижче 20 мкг%), збільшення добової екскреції міді з сечею в декілька разів. Кільце Кайзера-Флейшера виявлено лише в одного хворого. Порушення з боку центральної нервової системи у 3 дітей на момент обстеження були відсутні (8, 14 та 16 років). У пацієнта 22 років діагностовано патогномонічні зміни головного мозку за допомогою магнітно-резонансної томографії.

Необхідно зазначити, що всі вказані клінічні симптоми (окрім кільця Кайзера-Флейшера) не є специфічними, тому план обстеження пробандів в МГЦ включав дослідження крові та сечі з метою виключення інших хвороб обміну речовин з переважним ураженням печінки та селезінки – тирозинемії, хвороби Гоше, дефіциту α_1 -антитрипсину, глікогенозів та ін.

Таким чином, за наявності у дитини гепатиту неуточненого генезу поряд з іншими маркерами необхідним є визначення рівня церулоплазміну в крові в якості скринінгу на гепатолентикулярну дегенерацію. Оперативна діагностика гепатолентикулярної дегенерації за будь-якої форми патології печінки дозволяє своєчасно розпочати лікування і провести медико-генетичне консультування.

НАДАННЯ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З СИНДРОМОМ ДАУНА В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ГЕНЕТИЧНОГО ЦЕНТРУ

В.О. ГАЛАГАН, Ю.О. ЩЕРБАК, О.В. РАДЗИХІВСЬКА,
М.А. ЦИГАНКОВА, Ш.А. КУЛЬБАЛАЄВА

Медико-генетичний центр, Українська дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ» МОЗ України, м. Київ

Хромосомна патологія займає значну питому вагу в структурі причин дитячої захворюваності та інвалідності. Висока частота синдрому Дауна та відсутність спеціальних методів лікування зумовлюють актуальність проблеми ранньої диспансеризації та реабілітації таких дітей. За останні роки в Україні проводиться моніторинг природженої патології, в тому числі зумовленої хромосомними аномаліями.

Завданням дослідження був аналіз деяких показників медико-генетичного консультування (МГК) дітей з синдромом Дауна в м. Києві та членів їх сімей, а також вивчення можливостей ранньої диспансеризації та реабілітації пробандів.

Роботу проведено на базі спеціалізованого медико-генетичного центру УДСЛ «ОХМАТДИТ» в рамках програми генетичного моніторингу в м. Києві, розпочатої в 1999 р. За період 2003–2006 рр. проведено МГК 110 сім'ям, в яких народилась дитина з синдромом Дауна. Консультування проводили в три етапи: на першому етапі пробанда було оглянуто лікарем-генетиком у перші дні життя (інколи в перші години) у пологовому стаціонарі; на другому етапі – в медико-генетичному центрі з наступним консультуванням та лабораторним обстеженням сім'ї; на третьому етапі – диспансерне спостереження (1 раз в 3–5 місяців) за дитиною, яка виховується в родині.

Вік дітей на другому етапі консультування в середньому становив 20–28 днів. В роботі використано як загальноприйнятні, так і генетичні (клініко-генеалогічний, цитогенетичний) методи дослідження.

За період 2003–2006 рр. частота синдрому Дауна (на 1000 живонароджених) серед дітей, які народилися у пологових стаціонарах м. Києва, в середньому становила 1,1:1000. Даний показник мав тенденцію до зниження (1,24:1000 за попередні роки за даними власних досліджень), що збігається з частотою синдрому серед живонароджених в інших країнах Європи і може бути зумовлений, перш за все, поліпшенням рівня пренатальної діагностики та прекоцепційної профілактики.

Слід зазначити, що наведені показники частоти було отримано на підставі проспективних досліджень при 96% -вому охопленні пробандів МГК. Вивчаючи вікову характеристику родилей, було визначено, що питома вага жінок з групи ризику за віком (35 років і більше), які народили дитину з синдромом Дауна, склала 31%, що вказує на необхідність масового пренатального скринінгу. Усі діти з синдромом Дауна, які залишилися в родині після народження, знаходяться на диспансерному обліку в генетичному центрі, де проводяться консультації суміжних фахівців (невролога, офтальмолога, ендокринолога, логопеда та ін.), інструментальне обстеження (Ехо-Кг, ЕЕГ, УЗД), симптоматичне лікування та надання рекомендацій щодо реабілітаційних заходів у спеціалізованих медичних центрах. Ефективності реабілітації таких дітей сприяє співпраця зі створеною Всеукраїнською благодійною організацією «Даун синдром», до складу якої входять батьки хворих ді-

тей, лікарі, держслужбовці та представники соціальних служб міста.

Таким чином, діти з синдромом Дауна потребують раннього МГК (в перші дні життя) та диспансерного спостереження, а також комплексної медико-соціальної реабілітації, що підвищить рівень життя і працездатності дітей-інвалідів.

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ

Ю.В. МАРУШКО, О.О. ЛІСОЧЕНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Порушення мікроелементної рівноваги, взаємозв'язок обміну мікро- та макроелементів, їх роль в етіології та патогенезі захворювань у дітей – це питання, які широко досліджуються і, водночас, залишаються розкритими не в повному обсязі.

Найбільш поширеним таким станом як серед дитячого населення, так і серед дорослих, був і залишається дефіцит заліза. Сидеропенія в своєму розвитку має три етапи: передлатентний дефіцит заліза, латентний дефіцит заліза (ЛДЗ) та залізодефіцитна анемія (ЗДА). Залізо є коензимом численних ферментів, які входять до складу дихального ланцюга та циклу Кребса, беруть участь в обміні біологічно активних речовин, регулюють біосинтетичні процеси та поділ клітин, а також впливають на клітинний і гуморальний імунітет, тому порушення функціонування ряду фізіологічних процесів починає реалізовуватися ще на доклінічній стадії розвитку анемії. В цих біохімічних реакціях, а також в обміні самого заліза беруть участь також мікроелементи з перемінною валентністю, а саме кобальт, цинк, мідь, марганець, хром, селен та інші.

На обмін заліза впливає також екологічна ситуація: за даними окремих дослідників, існує зворотний зв'язок між концентрацією гемоглобіну та вмістом важких металів, зокрема свинцю, в крові дітей. Тому важливим питанням сучасної педіатрії є профілактика та лікування сидеропенічних станів та дисмікроелементозів на ранніх етапах розвитку як захід поліпшення стану здоров'я дитячого населення.

Мета роботи: простежити поширеність залізодефіцитних станів та дати характеристику обміну окремих мікроелементів при цих станах у дітей.

Нами було обстежено групу з 89 дітей віком від 6 міс до 16 років, з яких знаходились на стаціонарному лікуванні в ДКЛ № 8 з приводу гострої респіраторної та загострення хронічної гастроентерологічної патології – 30 дітей, та обстежувалися амбулаторно (діти, які часто хворіють, та діти з гастроентерологічною патологією поза загостренням) – 59 дітей.

Комплекс обстеження включав визначення показників червоної крові: кількість еритроцитів, гемоглобіну, гематокрит, ступінь анізоцитозу еритроцитів (RDW), середній об'єм еритроцитів (MCV), середній вміст гемоглобіну в еритроциті (MCH), середню концентрацію гемоглобіну в еритроциті (MCHC), визначення сироваткового заліза (СЗ). Вміст заліза та інших мікроелементів в волоссі за допомогою рентгено-флюоресцентного спектрометра «ElvaX» було вивчено у 41 дитини, з яких першу групу склали діти

без порушень обміну заліза (n=17), другу – діти з латентним дефіцитом заліза (n=13), третю (n=11) – діти, хворі на залізодефіцитну анемію. Для оцінки вмісту хімічних елементів використовували референтну базу рентгено-флюоресцентного спектрометра «ElvaX» та дані літератури.

При обстеженні пацієнтів, які мають фонову бронхолегеневу або гастроентерологічну патологію, було виявлено, що у дітей раннього віку латентні залізодефіцитні стани спостерігаються в 2–4 рази частіше, ніж анемія; у дітей шкільного віку, які мають супутню патологію, частіше проявляються маніфестні залізодефіцитні стани.

В цілому, у всіх вікових групах діти без порушень обміну заліза складають до 43–61%. З віком кількість дітей без змін вмісту заліза зменшується. Нами було виявлено зміни вмісту хімічних елементів у волоссі дітей, що певним чином залежали від стадії залізодефіциту. Це торкалось наступних мікроелементів: міді, цинку, марганцю та інших. Звертає на себе увагу той факт, що у частини дітей з різних обстежених груп був підвищений вміст стронцію.

Отже, на сучасному етапі при залізодефіцитній анемії та латентному дефіциті заліза спостерігаються зміни вмісту окремих хімічних елементів, тобто виникає полідисмікроелементоз. Це вимагає не тільки феротерапії, але й комплексного лікування з урахуванням обміну інших мікроелементів.

ВЕГЕТАТИВНІ ДИСФУНКЦІЇ ТА ІСТЕРИЧНО-КОНВЕРСИВНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ ТА ЇХ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ДІАГНОСТИКА

В.Г. БУРЛАЙ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Конверсійно-істеричні стани – клас неврозів, відомий за часів Гіппократа. Істеричні симптоми пояснювалися як результат забутих спогадів і фантазій, що трансформувалися в симптоми хвороби.

Психоневрози розподіляють на дві категорії – істеричний невроз і невроз нав'язливості. Фізіологічною основою неврозу страху є невдалі спроби практики, пов'язані з ранніми дитячими конфліктами. На сьогодні розрізняють також два види істерії – конверсійну істерію та істерію страху. В обох випадках головною рисою є захист від конфлікту за допомогою забуття. При конверсійній істерії хвора дитина намагається впоратися із психічним конфліктом, обертаючи його в симптоми хвороби. При істерії страху дитина не переборює страх всупереч фобічним механізмам.

Істерію страху прийнято позначати як фобічний невроз або змішаний психоневроз.

Конверсійна істерія характеризується:

1) симптомами хвороби, мінливими за природою й пов'язаними із психічними функціями, а не з анатомічними й фізіологічними порушеннями;

2) зовнішньою емоційною байдужістю (*la belle indifference* – прекрасна байдужість) до симптомів хвороби;

3) епізодичними психічними станами, відомими як істеричні припадки.

Поява істеричних симптомів пов'язана із спогадами про конфлікти, які відносяться до початкового

періоду психічного розвитку. Основну небезпеку становить бажання хворої дитини звернути увагу оточуючих на себе та проблеми, що її хвилюють.

Таким чином, симптоми, що з'явилися у дитини, становлять специфічні й несвідомі фантазії, які виникли як компроміс при конфліктах між провокуючими тривогу бажаннями та захистом від цих бажань. Синдроми індивідуальні, вони історично зумовлені специфічними і забутими минулими переживаннями.

З'являються різноманітні форми симптомів, включаючи моторні, сенсорні та вісцеральні реакції у вигляді анестезії, болю, паралічу, тремору, конвульсії, порушення ходи, координації, глухоти, сліпоти, блювоти, гикавки, порушення акту ковтання.

Давно встановлено, що емоційний вплив може стимулювати або пригнічувати функціонування будь-якого органа. Після того як емоційне напруження спадає, соматичні функції повертаються в нормальний стан. Тоді ж, коли емоційне стимулювання або пригнічення вегетативної функції стає хронічним і надлишковим, ми пояснюємо це формуванням органічного неврозу. Цей термін містить у собі так звані функціональні розлади внутрішніх органів, причиною яких є нервові імпульси, що виникають у результаті емоційних процесів, що відбуваються десь у кірковій і підкірковій областях мозку.

Ми звернули увагу на ледве вловимі зміни картини МРТ (магнітно-резонансної томографії) у дітей з вегетативними дисфункціями, які не можуть бути розрізнені людським оком. Дослідженню підлягає мозок у цілому, з переважною увагою не до окремих структур, а до цілих територій незначних відхилень у всьому органі. У нашому дослідженні ми використали метод з високою роздільною здатністю і порівняли отримане зображення мозку зі зразком зображення мозку практично здорової дитини. Ми встановили, де і у чому розрізняється структура здорового мозку порівняно з хворим на вегетативну дисфункцію та психічні неврогенні розлади. Даний спосіб дозволяє виявити порушення, невидимі для людського ока. Дотепер МРТ використовували для діагностики структурних неврологічних порушень, таких, як пухлини або наслідки інсульту частіше у дорослих, але це було зовсім даремно для діагностики вегетативних дисфункцій та психічних захворювань.

Зображення, отримані за допомогою МРТ, традиційно аналізуються рентгенологами-радіологами, але нині у нас є можливості для цифрової програмної обробки зображення, що здатна зареєструвати зміни, недоступні людському оку. Комп'ютер може провести аналіз зображення і виявити найменші зміни. Це дозволяє використати МРТ як діагностичний метод у принципово нових областях, а також для ранньої діагностики і профілактики вегетативних дисфункцій серед підлітків з високим ризиком розвитку невротичних станів.

Отримані результати свідчать про те, що при психогенно-істеричних розладах та вегетативних дисфункціях магнітні характеристики тканини головного мозку змінюються.

Це дає нам можливість стверджувати, що ми виявили унікальні та специфічні маркери, які можна використати в комплексній діагностиці даних станів, оптимізувати лікування, поліпшити прогноз при цих захворюваннях і відстрокувати їх дебют за допомогою терапевтичних заходів.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ КРУПУ У ДІТЕЙ

Л.М. СТАНІСЛАВЧУК

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Серед невідкладних станів в педіатричній практиці синдром крупу є одним із найчастіших. Хворіють переважно діти віком від 1 до 3 років. В останні роки намітилась тенденція до збільшення випадків крупу у дітей першого року життя. Вирішальне значення в розвитку захворювання має запальний процес в ділянці підскладкового простору гортані. Сучасним напрямом патогенетичної терапії обструктивних захворювань дихальних шляхів є небулізація інгаляційними глюкокортикоїдами. Метод належить до неінвазивних, може застосовуватись в ранньому віці, бо не вимагає координації вдику і вивільнення препарату, забезпечує високу концентрацію медикаментів у дихальних шляхах, виключаючи ефект першого проходження. Небулізовані глюкокортикоїди не містять пропелентів, що подразнюють дихальні шляхи, діють місцево і тому не мають побічних ефектів системної гормональної терапії.

Метою роботи було зіставлення ефективності небулайзерної терапії флютиказону пропіонатом з традиційною схемою лікування крупу у дітей.

Під спостереженням перебувало 67 дітей віком від 6 міс до 12 років, з них 42 (63,0%) хворих були віком від 1 до 3 років. Хлопчиків було 46 (69,0%), дівчаток – 21 (31,0%). Хворих було розподілено на дві репрезентативні групи. До першої групи ввійшло 20 дітей, до другої – 47. Тяжкість стану оцінювали в балах за шкалою Westley. Дітей, які отримували глюкокортикоїди протягом останніх двох тижнів і з тяжкістю стану менше 2 і більше 7 балів, у дослідження не включали. Хворі першої групи отримували традиційну терапію (системні глюкокортикоїди, бронхолітики, антигістамінні препарати), хворі другої групи – небулізований флютиказону пропіонат разовою дозою 0,5 мг через компресорний небулайзер «OMRON CX» з використанням маски. За необхідності інгаляції повторювали з інтервалом 6 год. Дітям обох груп до комплексу лікування включали інтубацію інтраназально, відхаркувальні засоби, антипіретики згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ. Ефективність лікування оцінювали за строками ліквідації ознак стенозу гортані.

Дослідження показало, що середня тривалість стенозного дихання в першій групі склала $3,00 \pm 0,17$ доби, в другій групі – у 37 (78,7%) хворих стеногічне дихання зникло після першої інгаляції (ефект наставав впродовж години), у 7 (14,9%) – після другої, у 1 (2,1%) – після третьої і у 2 – після 5–6-ї інгаляції. Побічних ефектів не спостерігали.

Отже, застосування флютиказону пропіонату через небулайзер при крупі у дітей є високоефективним методом надання невідкладної допомоги.

**РАДІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ
МАЛЬФОРМАЦІЙ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ДІТЕЙ**

О.П. ШЕСТОВА, С.К. ЄВТУШЕНКО

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

В останнє десятиріччя завдяки МРТ дослідженню з'явилася можливість виявити у хворої дитини такі аномалії (мальформації, дисгенезії) головного мозку,

які раніше прижиттєво не визначали й, відповідно, не розглядали у якості чинника неврологічних розладів у дітей. Існують інші термінологічні ознаки аномалій головного мозку: міграційні порушення, кортикальні дисплазії, хвороби нейрональної міграції. Всі вони відображають порушення нейроонтогенетичного процесу, завдяки чому будуються аномальний головний мозок і, перш за все, його кора з порушенням архітекτονіки.

Особливу цінність цей метод дослідження отримує в ранні терміни постнатального розвитку, оскільки в період новонародженості порушений стан дитини з вадою головного мозку необгрунтовано трактується як внутрішньоутробний менінгоенцефаліт, гіпоксичне або пологове ураження нервової системи. В цілому симптоматика аномалій головного мозку чітко виражена, але малоспецифічна. Як правило, тяжкі розлади виявляються вже в період новонародженості у вигляді дизадаптації і судомного синдрому. В міру росту дитини все чіткіше формується затримка психомоторного розвитку, вогнищевий неврологічний дефіцит, часто синдромокомплекс церебрального паралічу. Епілептичні напади з'являються в різні вікові періоди дитини. Як правило, синдроми поєднуються один з одним.

У 30 дітей віком від 1 місяця до 12 років проведено МРТ дослідження головного мозку в режимах T1 і T2. Хворі перебували на лікуванні в неврологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні міста Донецька й були розподілені на 3 клінічні групи: з перевагою затримки стато-кінетичного і психічного розвитку; з перевагою епілептичного синдрому; з мікроцефалією. В I групі при МРТ головного мозку частіше виявляли генералізовану й вогнищеву мікрополігірію. У цих хворих поряд із грубою затримкою стато-кінетичного і психічного розвитку в клінічній картині був присутній епілептичний синдром. У деяких хворих відмічали тонкий шар кори головного мозку, області мозку із широкими звивинами й борознами, вогнища із інтенсивності сірої речовини до білої. Ці радіологічні ознаки трактувалися нами як трансмантійна дисплазія. Клінічно ця мальформація мозку супроводжувалась грубими розладами нервової системи. II групу складали хворі від 1 місяця до 15 років з епілептичним синдромом. У дітей перших двох років життя клінічну картину формували переважно епілептична енцефалопатія Отахара й інфантильні спазми. На МРТ домінували вогнищева полімікротрія і фокальна кіркова дисплазія (ФКД). У дітей старшого віку без грубих когнітивних розладів домінували гетеротопії і ФКД (тип Тейлора). Найбільш грубі морфологічні розлади на МРТ спостерігали у дітей III групи з мікроцефалією (12 хворих). Серед дисплазій мозку незмінно були присутні генералізована мікрополігірія, вогнищева пахігірія, нечітко виражений перехід від білої до сірої речовини, ділянки «розрядження» речовини мозку, що трактувалися нами як трансмантійні дисплазії.

Таким чином, активне впровадження в практику дитячого невролога сучасних нейровізуалізуючих методів обстеження дозволило значно розширити знання в області аномалій нейроонтогенетичного процесу, визначити їх роль при оцінці як неврологічного статусу дитини, так і прогнозу захворювання. Використання МРТ перевело прижиттєве вивчення структури мозку на більш високий щабель, перемкнувши пізнання з формального рівня «гіпоксична енцефалопатія» на рівень природжених хвороб з порушенням архітекτονіки головного мозку.

СЛАБОАЛКОГОЛЬНІ НАПОЇ ВИРОБНИЦТВА «ОБОЛОНЬ» ТА ЇХ НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ МОЛОДОЇ ЛЮДИНИ

В.Г. БУРЛАЙ, А.Б. КОРНІЄНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

«Легкі алкогольні напої – це вхідні ворота до серйозного алкогольного поведіння», – заявив головний нарколог України Анатолій Вієвський, підкресливши, що найнебезпечнішими щодо цього є так звані напої типу «ром-коли», «джин-тонік» та інше.

Дотепер ніякого моніторингу цієї проблеми в Україні не проводилось. Дослідження проблем поширеності вживання легких алкогольних напоїв стануть одним з найпріоритетніших напрямків для Українсько-го загалу з питань алкоголізму й наркоманії.

У свою чергу, экс-міністр охорони здоров'я України Юрій Поляченко зазначив, що для запобігання подальшому поширенню легких алкогольних напоїв «ніяких реальних дій не проводиться, незважаючи на застереження».

«На сьогодні це серйозна проблема, але існуючі тенденції застерігають нас, що через 5–7 років діти, які сьогодні вживають слабоалкогольні напої, можуть перейти до більш серйозних звичок», – сказав він.

В Україні МОЗ зареєструвало більше 650 тис. (1,8% дорослого населення) людей з алкогольною залежністю. Однак, як зазначив экс-міністр, з огляду на те, що багато таких людей не звертаються за медичною допомогою, «цю цифру можна сміливо збільшити в 2–2,5 разу» (1,3–1,6 млн. осіб або 3,5–4,4% дорослого населення).

Лідером виробництва слабоалкогольних напоїв в Україні є ЗАТ «Оболонь», яке

у перші місяці 2007 року випустило 15,342 млн. літрів продукції, що на 4,8% більше аналогічного періоду минулого року. За 3 місяці поточного року випущено 11,591 млн. літрів пива, що на 16,6% (або 2,244 млн. літрів) більше перших місяців 2006 р. До червня ЗАТ «Оболонь» планує збільшити виробництво на 25,7% порівняно з аналогічним періодом минулого року. Зокрема, планується випустити 7,144 млн. літрів продукції. Виробництво пива й слабоалкогольних коктейлів складе 5,108 млн. літрів, що на 30,7% або на 1,2 млн. дол. більше, ніж у червні 2006 р.

Основними споживачами джин-тоніків й «вікруток» є молоді люди, які найчастіше не досягли повноліття. Лікарі відмічають, що діти, виховані на різних газованих напоях, дуже легко переходять на подібні за смаком, але вже алкогольні коктейлі. Реклама цих напоїв не так агресивна, як пивна, та й на телебаченні вона заборонена (коктейлі, на відміну від пива, вважаються підакцизною алкогольною продукцією).

Позиція багатьох медиків зводиться до того, що чим менше градус напою, тим менше шкоди він завдає. Пиво й коктейлі, на їхню думку, навіть допомагають боротися з наркоманією серед підлітків і тому є «меншим злом», але все-таки відмічають дві необхідні характеристики для будь-яких алкогольних напоїв – незалежно від їхнього градусу. По-перше, ніякі з них не можна пити підліткам до 18 років; по-друге, головне в напої – якість. А що намішано в коктейльній баночці та хто все це контролює, – нікому невідомо.

Однак фахівці-наркологи стверджують, що таке явище, як «банковий алкоголізм», у нас вже з'явилося. Формується він довше звичайного (у середньому від одного до п'яти років), але протікає набагато важче, й наслідки його більш руйнівні, оскільки можуть призвести до розвитку серйозних патологій серця та нирок. Звикнути до коктейлів дуже легко, особливо для незміцнілого підліткового організму.

«Банковим алкоголізмом», за даними наркологів, страждають не тільки підлітки, але й домогосподарки, причому досить заможні, і залежних від банок українців останнім часом стає все більше.

Популярність тонізуючих, у тому числі 9-градусних коктейлів, на думку лікарів, спричиняє ріст алкоголізму серед молоді. Оскільки саме дана споживча аудиторія є ключовою для виробників слабоалкогольних й енергетичних напоїв. Молоді люди активно вживають тонізуючі напої та інші тоніки, а також слабоалкогольні коктейлі, вживання яких поступово може призвести й до наркотиків.

На баночці «джин-тонік», «ром-кола» чітко написано, що напій протипоказаний дітям, підліткам, особам із захворюванням центральної нервової системи, нирок, печінки й інших органів травлення. Тобто компоненти, що входять до складу слабоалкогольних напоїв, впливають на людський організм і несуть ризик для його здоров'я.

Крім того, наявність у деяких з коктейлів таких консервантів, як Е200–Е299, які «подовжують життя» напою, аж ніяк сприятливо не позначається на людському організмі. За свідченням генетиків, ці інгредієнти, навпаки, негативно впливають на здоров'я споживача й викликають алергію, запалення шлунково-кишкового тракту, головний біль, кольки й розлади нервової системи. Істотну роль у підриві функціонування організму відіграє й наявність високого вмісту цукру в споживаному напої й, відповідно, його висока калорійність.

Типовим і дуже розповсюдженим представником слабоалкогольних напоїв, які з більшим бажанням споживає молодь, є пиво. У нашій країні говорять про

«пивну революцію». Уже неможливо уявити собі спілкування підлітків і молоді без пива. Останнім часом все частіше на вулицях, на стадіонах, у кафе, у парках з'являються неповнолітні хлопці й дівчата, які тримають у руці пляшку з пивом. Пиво активно вживають дівчата й жінки. За даними опитувань, школярі систематично п'ють пиво, починаючи з 10–13 років.

Дія пива зумовлена компонентами, які воно містить, – алкоголем і продуктами бродіння солоду. Пиво готується з ячменю, хмелю, які містять білки, жири, вуглеводи, вітаміни. Мікроби бродіння поїдають ці продукти для росту й розмноження. Внаслідок бродіння виділяється алкоголь. Свою пагубну дію робить спирт, що міститься в пиві. На етикетці пивної пляшки надруковано число, що показує, скільки об'ємних відсотків етилового спирту міститься в пиві (наприклад, 5,0% об.). Об'ємний відсоток алкоголю трохи більший, ніж масовий. Виходить, у цьому пиві – 4,35% алкоголю за масою. Інакше кажучи, в півлітровій пляшці слабоалкогольного пива міститься 20 мл чистого спирту. Таким чином, пляшка пива міцністю 5% об. еквівалентна приблизно 60 мл горілки. Якщо пиво міцне (має, наприклад, 8% об.), пляшка еквівалентна 100 мл горілки, а дві пляшки міцного пива – це вже склянка горілки. Тим часом, багато хто із сучасних 16–17-річних підлітків випи-

вають більше 3-х літрів пива на день, що еквівалентно приблизно 400 мл горілки в день.

Більшість дослідників свідчать про негативний вплив пива на організм, вважаючи його клітинною отрутою, що призводить при вживанні більших кількостей не тільки до алкоголізму, але й до тяжких соматичних наслідків. Необхідно зазначити, що пиво містить у своєму складі важкі (токсичні) метали, такі як кобальт, кадмій, свинець, ртуть, мідь, цинк. Тому особливу стурбованість висловлюють лікарі з приводу поширеності вживання цих напоїв молоддю й підлітками. Було наведено цифри, що свідчать про те, що нині середній вік початку споживання алкогольних напоїв становить 12–13 років. У віковій групі 11–24 роки кількість споживачів алкоголю становить понад 70%. При цьому дівчата практично не відстають від юнаків. Рівень поширеності алкоголізму серед підлітків в 2005 р. склав 39,5 хворих на 100 тис. підлітків. Порівняно з 1999 р. цей показник виріс на 65%. Показник зловживання алкоголем в 2005 р. склав 1270,9 на 100 тис. підлітків, при цьому він в 3,3 рази вищий рівня зловживання алкоголем всіх вікових груп і має тенденцію до збільшення. Росте показник первинного виявлення алкоголізму серед підлітків: в 2005 р. він склав 18,1 на 100 тис. підлітків (1999 р. – 11 на 100 тис. підлітків).

Таким чином, ріст споживання молоддю слабоалкогольних напоїв призводить до формування спочатку залежності, а в подальшому до алкоголізму, і тому сьогодні доцільно виробникам слабоалкогольних напоїв прислухатись до думки не тільки громадських організацій, але й до наукових викладок медиків та соціологів.

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПСИХОГІГІЄНИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ, КОРЕКЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ДОНОЗОЛОГІЧНИХ ТА КЛІНІЧНО-ОКРЕСЛЕНИХ НЕРВОВО-ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

І.В. СЕРГЕТА, О.Ю. БРАТКОВА, Т.Г. РЕДЬКО,
О.Є. АЛЕКСАНДРОВА, Б.Р. БОРОВСЬКИЙ, О.І. СЕРГЕТА

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

В ході проведених досліджень розроблено, науково-обґрунтовано та впроваджено у практичну діяльність сучасних закладів охорони здоров'я й освіти комплексну систему психогігієнічної діагностики, корекції та профілактики різноманітних донозологічних та клінічно-окреслених нервово-психічних розладів, провідними складовими якої є: визначення методології вивчення психічного здоров'я, встановлення адекватних діагностичних підходів до процесу оцінки властивостей особистості, обґрунтування профілактичних технологій збереження та зміцнення соматичного і психічного здоров'я, а також запровадження системного підходу до проведення прогностичної оцінки психічного здоров'я.

Методологія вивчення психічного здоров'я передбачає використання атрибутивно-категорійного (наукове обґрунтування критеріїв оцінки психічного здоров'я, а також визначення граничних нервово-психічних розладів: ступінь гармонійності психічного розвитку та його відповідність віку, показники соціально- і професійно-значущих психофізіологічних функцій та особливостей особистості, які зумов-

люють ефективне виконання навчальних або побутових завдань під час повсякденної діяльності, тощо), нормативного (визначення функціональних станів на межі норми і патології з метою здійснення ранньої діагностики граничних нервово-психічних розладів, виявлення донозологічних та клінічно-окреслених зрушень з боку психічної сфери, розробка науково-обґрунтованих нормативних положень, спрямованих на адекватну оцінку стану психічного здоров'я різних груп населення), інтегративного (встановлення психогігієнічної градації ступеня результативності впливу різних чинників навколишнього середовища та соціальних умов життя на особливості психічного здоров'я людини) та ймовірнісного (розроблення прикладних систем та засобів діагностики, корекції та прогностичної оцінки психічного здоров'я) підходів.

Головною складовою ефективною реалізації діагностичного компонента є використання сучасних засобів психодіагностики та комплексне застосування загальноприйнятих психогігієнічних методик. Впровадження підходів, які лежать в основі профілактичного компонента, спрямоване на забезпечення оптимального перебігу процесів психічної, психофізіологічної та соціально-психологічної адаптації, застосування сучасних форм і методів психогігієнічної корекції функціонального стану організму та його психічної сфери.

Прогностичний компонент передбачає урахування показників функціональних можливостей організму та особливостей середовища перебування, вибір найбільш адекватних методів їх ймовірнісного передбачення, забезпечення багатофакторної статистичної обробки та коректної практичної інтерпретації одержаних даних, перевірку адекватності прогнозування, яке проводиться, тощо.

Прикладне використання розробленої комплексної системи психогігієнічної діагностики, корекції та профілактики донозологічних та клінічно-окреслених нервово-психічних розладів дозволяє виділити головні напрями подальших наукових досліджень у галузі психогігієни дітей, підлітків та молоді, до числа яких слід віднести: розроблення методів діагностики, прогностичної оцінки та проведення моніторингу стану психічного здоров'я прийдешнього покоління, наукове обґрунтування комплексу заходів, спрямованих на подолання проявів психічних розладів та хронічної втоми сучасних учнів, визначення наукових принципів корекції змін у функціональному стані організму, а також психогігієнічних аспектів індивідуальних концепцій управління процесами формування психічного здоров'я.

ОЛІЯ АМАРАНТУ В ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

О.Є. ФЕДОРЦІВ, Т.О. ВОРОНЦОВА, І.В. КУБЕЙ,
О.М. ШУЛЬГАЙ, Н.І. БАЛАЦЬКА

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

Проблемою в лікуванні дітей із затримкою росту неендокринного генезу є загроза поліпрагмазії, оскільки затримка росту вимагає комплексного тривалого лікування препаратами метаболічної дії, а

супутня захворюваність, в основному хронічні захворювання травної та гепатобіліарної системи, в свою чергу, вимагає відповідного симптоматичного лікування. В зв'язку з цим виникає необхідність цілеспрямованого пошуку раціональної патогенетичної терапії, яка б сприяла активній стимуляції ростових процесів та відновленню функціонального стану внутрішніх органів, мала мінімальні побічні ефекти і дозволяла вирішити проблему поліпрагмазії.

Практично за будь-якої патології і будь-якої несприятливої (стресової) ситуації активізуються процеси вільно-радикального окислення, що призводить до накопичення токсичних речовин, які відносять до ендотоксинів. Перекисне пошкодження білкових речовин призводить до їх деградації, що негативно діє на структуру клітинних мембран. Про це свідчить підвищення сорбційної здатності еритроцитів за А.А. Тогайбаєвим.

Більш високі показники сорбційної здатності еритроцитів та малонового діальдегіду спостерігалися у дітей з субнанізмом соматогенного та змішаного генезу (конституційно-соматогенного) порівняно з хворими із субнанізмом сімейним, що можна пояснити значним відсотком хронічних захворювань, які посилюють порушення метаболічного гомеостазу.

До комплексної терапії дітей із затримкою росту було включено курс лікування олією амаранту. Основні компоненти досліджуваної олії – ненасичені жирні кислоти: пальмітинова (18%), лінолева (41%), олеїнова (37%), каротиноїди – 40 мг%, токоферолі та токотрієноли – 94,5 мг%, сквален – до 12%. Високий вміст сквалену передбачає нормалізацію тканинного дихання, посилення антимікробного та регенеруючого ефекту, активізацію відновних процесів.

Олію з насіння амаранту (виробництва НВ ТОВ «Житомирбіопродукт») призначали хворим по 1 чайній ложці в два-три прийоми під час їди, протягом місяця, всього 2 курси. Застосування олії з насіння амаранту сприяло більш швидкій регресії функціональних порушень шлунково-кишкового тракту (диспепсичних змін), ознак дискінезії жовчовивідних шляхів, що мало позитивний вплив на динаміку супутньої патології у дітей із субнанізмом. Окрім цього, відмічено достовірні зміни у системі ПОЛ, стабілізацію клітинних мембран, поліпшення дезінтоксикуючої функції організму.

До лікування відмічалось підвищення показників МДА ($4,31 \pm 0,31$ мкмоль/л) та сорбційної здатності еритроцитів ($55,53 \pm 2,45\%$) в основній та контрольній групах. Після проведеного лікування через 3 місяці ці показники в основній групі знизилися відповідно до $3,68 \pm 0,03$ мкмоль/л (МДА) та $32,05 \pm 0,18\%$ (сорбційна здатність еритроцитів), що має достовірну різницю ($p < 0,001$). В контрольній групі відмічалась лише тенденція до нормалізації показників, в основній – ці показники відповідали нормі.

Оцінка фізичного розвитку дітей із субнанізмом через 3 місяці від початку лікування дозволяє відмітити збільшення маси тіла у 65,2% дітей в основній групі та у 31,25% дітей в контрольній групі. Оцінити динаміку росту за цей короткий період неможливо, але відмічено тенденцію до збільшення швидкості росту в основній групі.

РЕЗУЛЬТАТИ СКРИНІНГОВОЇ ПРОГРАМИ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ З ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЙОДНОЇ ЕНДЕМІЇ

А.Л. РЕЗНИКОВА, М.Є. МАМЕНКО, О.І. ЄРОХІНА,
В.І. ТКАЧЕНКО

Луганський державний медичний університет

Україну, як і багато інших країн, включено до програми ЮНІСЕФ і міжнародної ради ВООЗ з контролю за йодною недостатністю. Однак і зараз в країні практично відсутні регіони, де профілактика йодної недостатності була б на відповідному рівні.

Метою регіонального дослідження, яке проводилось в містах та районах Луганської області в 2003–2005 рр., було визначення рівня йодної ендемії та її впливу на стан здоров'я, фізичний, статевий та інтелектуальний розвиток дітей та підлітків.

Було обстежено 1560 дітей 6–18 років. Рівень йодної ендемії, ефективність лікування і профілактики оцінювали за критеріями ВООЗ (2001 р). Проводили пальпаторне та ультразвукове дослідження щитовидної залози, рівня її гормонів, ТТГ, скринінгове дослідження добової йодурії, оцінку стану здоров'я, фізичного та статевого розвитку, а також нервово-психічного та інтелектуального розвитку.

Серед обстежених пальпаторно дітей 63,5% мали нормальні розміри щитовидної залози, у 36,5% виявлено її збільшення, переважно I ступеня. За результатами УЗД щитовидної залози серед 705 дітей виявлено, що в 55,5% вона була збільшеною і в 3,3% – неоднорідною. Достовірної статеві різниці у частоті дифузного зобу не виявлено. Неоднорідна щитовидна залоза зустрічалася у дівчаток в 1,9 рази частіше, ніж у хлопчиків. При обстеженні 1338 школярів щодо визначення рівня добової йодурії встановлено, що низький рівень йодурії зустрічався у 0,1%, помірний йодний дефіцит – у 8,8% обстежених, легкий йодний дефіцит мали більшість дітей (57,3%), і тільки у 33,8% обстежених визначалось нормальне постачання йоду, з них 5% мали екскрецію йоду понад 200 мкг/л. В цілому медіана йодурії серед дітей та підлітків Луганської області склала 85,8 мкг/л.

Таким чином, на підставі отриманих даних щодо частоти захворюваності на дифузний нетоксичний зоб серед дітей та підлітків (55,5%), а також медіани йодурії, що склала 85,5 мкг/л, Луганську область можна віднести до території легкої йодної ендемії.

Проведення лікувально-профілактичних заходів в межах 3-річного медико-соціального моніторингу здоров'я дітей та підлітків з ЙДЗ сприяло одужанню 98% дітей з дифузним зобом; поліпшенню показників їх психосоматичного здоров'я.

ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНІ СТАНИ СЕРЕД ДІВЧАТОК-ПІДЛІТКІВ ТА ЇХ ФІЗИЧНИЙ ТА СТАТЕВИЙ РОЗВИТОК

А.Л. РЕЗНИКОВА, М.Ю. СУЛЬЖЕНКО, Н.М. ГОЛОВЧЕНКО

Луганський державний медичний університет

Залізодефіцитні стани (ЗДС), залізодефіцитна анемія (ЗДА) та доклінічні стадії дефіциту заліза (ДЗ) протягом багатьох років залишаються актуальною проблемою сучасної педіатрії. Найуразливішими контингентами з цієї патології є діти раннього та під-

літкового віку, коли швидкі темпи зростання зумовлюють підвищену потребу в мікроелементах та вітамінах. Особливої гостроти ця проблема набуває у дівчаток-підлітків, оскільки поряд з високими потребами у залізі мають місце підвищені його втрати внаслідок щомісячних менструальних виділень, гормональний дисбаланс та багато інших, шкідливих для дівчинки, що зростає, чинників.

Метою нашого дослідження була оцінка стану здоров'я, фізичного та статевого розвитку дівчаток-підлітків із ЗДС. Нами обстежено 416 дівчаток віком від 10 до 17 років, проведено визначення стану фізичного, статевого розвитку. Крім того, з метою з'ясування характеру обміну заліза проведено визначення гемограми із підрахунком еритроцитарних індексів, транспортного (сироваткове залізо, загальна та латентна залізозв'язуюча здатність сироватки, коефіцієнт насичення трансферину) та тканинного депо заліза (сироватковий феритин).

ЗДА I ступеня виявлено в 63,9% випадків, II ступ. – в 7,2% та III ступ. тяжкості – в 4,6%. Серед доклінічних стадій найбільшою виявилась питома вага латентного ДЗ (ЛДЗ) – 19,5% та значно менша (2,9%) – передлатентного ДЗ (ПЛДЗ). Жодних лабораторних ознак ДЗ не мали лише 1,9% дівчаток. Аналіз фізичного розвитку у дівчаток-підлітків виявив чіткий зв'язок між збільшенням частоти дисгармонійного фізичного розвитку із поглибленням ДЗ як в загальному обсязі, так й при врахуванні лише відставання у фізичному розвитку. Найчастіше виявлялись відхилення за масою при всіх стадіях ЗДС, проте відхилення як за зростом, так і за масою відмічались частіше при ЗДА, особливо II та III ступенів тяжкості. Так, якщо в групі здорових дівчаток, порівняно з тими, котрі мали ПЛДЗ чи ЛДЗ, фізичний розвиток було визнано гармонійним приблизно з однаковою частотою (62,5, 66,7 та 58,0%), то вже при ЗДА I ступ. ця різниця виявилась суттєвішою: питома вага гармонійного фізичного розвитку зменшилась майже в 1,5 разу (42,5%). Ще меншим цей показник був при ЗДА II–III ступ. тяжкості (40,0 та 36,8% відповідно).

Аналіз статевого розвитку дівчаток-підлітків виявив чітку залежність між його станом та стадією ЗДС. Так, вже при ЛДЗ спостерігалось зниження частоти нормального статевого розвитку, відповідного віку, до 71,6% (тоді як у відносно здорових дівчаток цей показник складав 90,9%), при ЗДА ця різниця поступово ставала ще більшою – від 64,1 при ЗДА I ступ. до 60,7% при ЗДА II ступ., особливо відрізняючись при ЗДА III ступ. тяжкості (27,8%). Відповідно частіше порівняно з відносно здоровими дівчатками при ЗДА виявлялася затримка статевого розвитку як I (в 3,4 разу), так й II–III ступ. тяжкості, особливо при більш тяжких ступенях ЗДА.

Отже, отримані дані свідчать про надзвичайно високий рівень ЗДС серед дівчаток-підлітків (98,1%), з яких безпосередньо ЗДА складає 78,6%, а також доведено негативну дію ДЗ на фізичний та статевий розвиток дівчаток-підлітків, що вимагає удосконалення заходів щодо лікування та профілактики ЗДС саме в цієї вразливої категорії дитячого населення.

СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

В.Ф. ЛОБОДА, Н.І. БАЛАЦЬКА, М.І. КІНАШ, І.В. КУБЕЙ,
Н.Ю. ЛУЧИШИН

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

Метою роботи було вивчення стану мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) в дітей молодшого шкільного віку. Для виконання поставленого завдання нами обстежено 42 пацієнтів із поєднаною патологією гастроуденальної та гепатобіліарної систем віком від 6 до 12 років, із них 12 (28,6%) хлопчиків та 30 (71,4%) дівчаток. Проводили загальноприйнятні клінічні методи дослідження. МЩКТ в перших чотирьох хребцях поперекового відділу хребта вивчали за допомогою двофотонного рентгенівського денситометра Lunar DPX-A.

Гастроуденальна патологія була представлена хронічним гастроуденітом у фазі загострення у 100,0% обстежених, а серед захворювань гепатобіліарної системи були: хронічний холецистохолангіт у фазі загострення (13,3%), хронічний холангіт (35,7%), дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпотонічним типом (31,0%).

За денситометричного дослідження виявлено різні зміни МЩКТ. Так, нормальну МЩКТ виявлено у 38,1% хворих, остеопенію – у 47,6%, остеопороз – у 4,8%, підвищену МЩКТ – у 9,5% обстежених.

Характеризуючи групу пацієнтів із остеопенічним синдромом (ОС), слід зазначити, що середня тривалість поєднаної патології складала $3,24 \pm 0,35$ року, що достовірно не відрізнялося від аналогічного показника за нормальної МЩКТ. На грудному вигодуванні було 30,1% обстежених, що на 5,1% менше порівняно із дітьми з нормальною МЩКТ. Майже половина пацієнтів (49,0%) потерпали від гіподинамії. 50,8% дітей вживали достатню кількість продуктів, що містять кальцій, але цей показник на 30,9% є нижчим від аналогічного в групі з нормальною МЩКТ. В 7,5% хворих з ОС виявлено обтяжений сімейний анамнез із розвитку остеопорозу, а 14,7% пацієнтів мали переломи кісток кінцівок, що на 10,9% більше, ніж у дітей з нормальною МЩКТ. Диспропорційність фізичного розвитку спостерігалась у 47,5% хворих з ОС, яка проявлялась дефіцитом (у 43,4% обстежених) або надлишком (у 6,8%) маси тіла проти вікових показників росту. Відставання фізичного розвитку реєстрували у 13,2% пацієнтів. Серед супутньої патології з боку шлунково-кишкового тракту в дітей з ОС досить часто діагностували диспанкреатизм та спастичний коліт. При зіставленні частоти цих захворювань з групою пацієнтів, у яких показники денситометрії були в межах вікової норми, встановлено їх вищий відсоток у дітей з ОС (16,3 проти 22,6% та 4,6 проти 13,2% відповідно). Також частіше виявляли вторинну міокардіодистрофію та пролапс мітрального клапана у хворих з ОС (39,6 проти 25,6% та 47,2 проти 34,9% відповідно). Зміни з боку кісткової системи було виявлено в 88,7% дітей з ОС. Деформація грудної клітки була в 5,7% пацієнтів. У більшості дітей з ОС мало місце порушення постави (66,0%), сколіотична статура (11,3%) та S-подібний сколіоз I ступеня (7,5%). Порівняно з аналогічними показниками у дітей з нормальною МЩКТ, відсоток порушень постави проти

хворих з нормальною МЩКТ є меншим (на 16,0%) за рахунок зростання кількості пацієнтів з сколіотичною поставою та S-подібним сколіозом.

Отже, ОС у дітей молодшого шкільного віку із поданою патологією гастроудоденальної та гепатобіліарної систем реєструється у 52,4% випадків. На його розвиток впливають тривалість грудного вигодовування, сімейна схильність, гіподинамія, дефіцит харчових продуктів, що містять кальцій. У пацієнтів з ОС частіше реєструються диспанкреатизм, спастичний коліт, пролапс мітрального клапана, вторинна міокардіодистрофія, субнанізм та зміни з боку кісткової системи.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ЗАХВОРЮВАНЬ ДІТЕЙ З НИЗЬКИМ РІВНЕМ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПОЛОГІЇ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ

О.А. ЦОДІКОВА, З.А. ШКІРЯК-НИЖНИК*

Харківська медична академія післядипломної освіти.

*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України», м. Київ

Метою роботи було вивчення особливостей структури захворювань дітей з порушеннями неспецифічної резистентності організму залежно від типу загальної неспецифічної адаптаційної реакції (ЗНАР).

В умовах дитячої поліклініки проведено скринінгове клініко-лабораторне дослідження 602 дітей (306 хлопчиків і 296 дівчаток) дошкільного та раннього шкільного віку (середній вік $5,52 \pm 0,49$ року), мешканців м. Харкова. Серед залучених до дослідження 361 дитина (188 хлопчиків і 173 дівчинки) часто хворіла (ЧХД) на гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) – основна група, 241 дитина (118 хлопчиків і 123 дівчинки) – епізодично хворіла (ЕХД) на ГРВІ – група порівняння. Верифікацію належності дитини до категорії ЧХД проводили згідно з критеріями, запропонованими В.Ю. Альбицьким (2003). Структуру захворювань визначали відповідно до рекомендованої ВООЗ Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10). Для з'ясування неоднорідності досліджуваних дітей з позицій розбіжностей конституціонального характеру проведено тестування щодо визначення типу ЗНАР організму: стресу, тренування, спокійної та підвищеної активації, переактивації за вмістом лімфоцитів (%) у периферичній крові, взятої з пальця (тест Л.Х. Гаркави, 1990).

Аналіз структури захворювань визначив, що рангове місце і питома вага деяких класів хвороб у контингенту ЧХД, залежно від типу ЗНАР, були варіабельними. У дітей з адаптаційною реакцією стресу, тренування, спокійної активації та переактивації після ЛОР-патології (аденотонзиліт) друге рангове місце займали хвороби травної системи. У ЧХД з реакцією підвищеної активації перше рангове місце займала гастроентерологічна патологія (гастроудоденіт, холецистит). Хвороби кісток і сполучної тканини (дисплазія сполучної тканини) були на третьому місці майже при всіх типах ЗНАР, крім реакції переактивації (у зазначеній групі на третьому місці знаходилася патологія шкіри – дерматити). Четверте місце серед осіб із ЗНАР стресу і підвищеної активації займала ендокринна патологія (гіперплазія щитовидної залози), у дітей з реакцією тренування – патологія шкіри (дерматит), у осіб з реакцією спокійної

активації – захворювання нервової системи (органічні ураження ЦНС), а при переактивації – хвороби сечостатевої системи (піелонефрит). Питома вага дисплазії сполучної тканини серед різних типів ЗНАР також була неоднаковою, а саме: при реакції стресу – у $12,2 \pm 2,7\%$, а підвищеної активації – у $6,5 \pm 2,1\%$ випадків. Це стосується і дерматиту: у дітей, яким були притаманні реакції переактивації, він складав $11,5 \pm 2,7\%$, стресу – $2,0 \pm 1,2\%$, а при реакції підвищеної активації зовсім не зареєстровано. Привертає також увагу різна частота випадків піелонефриту, яка складала у ЧХД з типом ЗНАР переактивації $10,1 \pm 2,6\%$ випадків, а при ЗНАР тренування – $2,4 \pm 1,2\%$. За рахунок гіперплазії щитовидної залози I–II ступеня привернули увагу діти зі ЗНАР підвищеної активації, серед яких зазначена патологія реєструвалася у $5,8 \pm 2,0\%$ (при ЗНАР спокійної активації – у $2,5 \pm 0,9\%$).

Аналіз структури захворювань дітей з порушеннями неспецифічної резистентності показав неоднорідність досліджуваного контингенту з позицій розбіжностей конституціонального характеру. Встановлені особливості у структурі захворювань ЧХД з урахуванням типу адаптаційної реакції організму обґрунтовують потребу диференційованого підходу до діагностики й корекції порушень стану здоров'я.

ДО ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

Т.Ю. ПРОСКУРІНА, Е.А. МИХАЙЛОВА, Д.А. МІТЕЛЬОВ

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України», м. Харків

Серед найбільш пріоритетних напрямів досліджень в світовому масштабі є проблема охорони психічного здоров'я. Аналіз стану здоров'я дітей та підлітків за останнє десятиріччя в Україні свідчить про зростання їх патологічної ураженості, в структурі якої одне з провідних місць займає клас психічних розладів та розладів поведінки. За даними державної статистичної звітності показники поширеності цієї патології в 2004 р. склали у дітей 33,0, у підлітків – 42,1 на 1 тис. населення, серед них близько 70% – розлади неспихотичного характеру (невротичні розлади, розлади психіки та поведінки, що пов'язані і зі стресом і соматичними захворюваннями).

Справжні показники порушень психічного здоров'я значно перевищують показники офіційної статистики. Співробітниками Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України, які більше 10 років вивчали динаміку психічного здоров'я дітей та підлітків міської та сільської місцевості Північно-Східного регіону України, встановлено високу питому вагу психічних розладів (37,4 і 44,3%, відповідно) і донозологічних розладів невротичного реєстру (26,9 і 25,6%, відповідно).

Епідеміологічні дослідження, проведені в різний час у різних регіонах нашої країни і країн зарубіжжя, свідчать не тільки про високу поширеність психічної патології, у тому числі й розладів поведінки, але й про залежність її від соціо-психологічних, соціо-культуральних і соціо-економічних умов.

Визначено стабільно високий рівень психічної патології серед дітей, особливо в сім'ях соціального ризику. Спостерігаються поєднання порушень пси-

хічного здоров'я із зниженням моральності, зростанням агресивності, бродяжництва, деструктивної поведінки та з відхиленнями у стані соматичного здоров'я.

Особлива увага психіатрів та науковців приділяється вивченню сучасного патоморфозу, дослідженню клінічної картини психічних розладів, які відображаються у зменшенні ступеня тяжкості розгорнутих невротичних розладів, редукції найбільш тяжких і гострих компонентів, тенденції до збільшення питомої ваги порушень поведінки, що призводить до формування маскованих форм невротичних розладів з різними проявами девіантної поведінки. Підвищується частота невротичних, психосоматичних розладів у дітей, зростає питома вага психічних розладів у хворих з хронічними соматичними захворюваннями, в структурі яких досить часто спостерігаються порушення поведінки. У той же час залишаються невивченими закономірності розвитку різних форм девіантної поведінки у диячому віці, відсутні критерії між нормою і патологією. Ці проблеми є актуальними для держави і мають як медичне, так і велике соціальне значення. В Україні немає національної програми охорони психічного здоров'я підростаючого покоління. Існуюча система медико-психологічної допомоги не враховує перелік проблем, які є значущими у формуванні порушень психічного здоров'я та девіантної поведінки у дітей: мотиви девіацій, особливості потребно-мотиваційної, інтелектуальної та емоційної сфер, стан мікросоціального оточення дитини, рівень психічного, соматоневрологічного і соціального здоров'я.

Розроблено та запропоновано програму охорони психічного здоров'я, розладів адаптації та поведінки для учнів загальноосвітніх шкіл; дітей, які тимчасово перебувають в притулках; дітей з хронічними соматичними захворюваннями.

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

С.О. МОКІЯ-СЕРБІНА, Н.В. ВАСИЛЕНКО, С.В. ЛАВРЕНТЄВА

Кафедра педіатрії та клінічної лабораторної діагностики
ФПО Дніпропетровської державної медичної академії,
м. Кривий Ріг

За даними ВООЗ, залізодефіцитна анемія (ЗДА) посідає перше місце серед найпоширеніших захворювань людини. На ЗДА страждають 1,8 млрд. людей у світі, а дефіцит заліза (ДЗ) визначають у 3,6 млрд., тобто близько 30% населення планети. В деяких групах ризику, а саме у дітей, його частота досягає тривожної цифри – 82%. Сьогодні вже не підлягає сумніву зв'язок ЗДА в ранньому віці з уповільненням розумового та психомоторного розвитку дітей. ЗДА в перші роки життя – в період, що збігається з інтенсивним ментальним і психомоторним розвитком, – є найсерйознішою проблемою, тому що спричиняє довготривалі наслідки і може незворотно впливати на когнітивні функції. Більш того, навіть латентний ДЗ у ранньому віці негативно впливає на рівень IQ в майбутньому. За даними офіційної статистики МОЗ Росії поширеність ЗДА серед дитячого населення складає від 24 до 41,5%. В Україні поширеність анемії становить лише 3,13%, в тому числі

ЗДА – 2,74%, що безумовно свідчить про недостатню діагностику даного стану в нашій країні. З метою дослідження проблем діагностики ЗДА було проаналізовано амбулаторні карти дітей першого року життя однієї з педіатричних дільниць (54 дітей). У 21 (38,0%) дитини при дослідженні загального аналізу крові в 3 місяці виявлено зниження гемоглобіну, еритроцитів та кольорового показника. Середні цифри гемоглобіну у цих дітей склали 106 ± 7 г/л, еритроцитів $-3,7 \pm 0,2 \cdot 10^9$, кольорового показника $-0,83 \pm 0,04$. З них тільки 6 (11,0%) дітей було взято під диспансерне спостереження з анемії і отримали лікування, але контроль загального аналізу крові не проводився, не була обгрунтована тривалість феротерапії. Іншим дітям, незважаючи на відхилення гематологічних показників, не призначались додаткові обстеження, не було рекомендацій щодо виходу з анемії показав, що антенатальні фактори ризику мали лише 14% дітей (анемія у матері під час вагітності, гестоз II половини), інтранатальні – 9% дітей (кесарів розтин, обиття пуповиною під час пологів). Звернуло на себе увагу те, що переважна більшість дітей з анемією (96,3%) перебували на виключно грудному вигодовуванні, і лише 2 (3,7%) дітей отримували адаптовані суміші. Таким чином, всупереч уявленням про те, що за відсутності факторів ризику антенатальні депо забезпечують потребу в залізі протягом перших 6 місяців життя, у досить високого відсотка дітей вже до тримісячного віку розвивається маніфестний залізодефіцитний стан – анемія. Діагностика латентного дефіциту заліза на амбулаторному етапі на сьогодні залишається проблемним питанням. У значній частині випадків при залізодефіцитній анемії не коригується дієта, не призначається феротерапія, відсутній належний контроль за тривалістю лікування та дозами призначених ліків, що, ймовірно, є наслідком недостатньої інформованості медичної громадськості та населення про наслідки ДЗ у дітей раннього віку. Враховуючи значну частоту розвитку залізодефіцитної анемії навіть серед категорії дітей, які вигодовуються грудним молоком та не мають факторів ризику в анамнезі, постає питання про доцільність більш раннього введення фруктових соків та пюре, а у подальшому і м'ясних блюд, ніж це передбачено рекомендаціями щодо виключно грудного вигодовування до 6-місячного віку.

ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ АНТИБІОТИКІВ ГРУПИ ЦЕФАЛОСПОРИНІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ

Л.М. БОЯРСЬКА, Ю.В. КОТЛОВА, Н.В. БЕРЛІМОВА,
О.І. ПОДЛІАНОВА, Т.Є. ШУМНА, М.Л. ТАВРОГ

Запорізький державний медичний університет

Антибактеріальні препарати – ліки, які педіатр використовує щоденно. Фармакологічний ринок антибіотиків надає лікарю їх значний вибір. Сучасні протоколи лікування бактеріальних процесів наголошують на обов'язковому раціональному підході при призначенні антибіотиків. Раціональність антибактеріальної терапії визначає, насамперед, антибактеріальний спектр препарату, проте врахування особливостей фармакокінетики і наявності побічних дій також зумовлюють його раціональне використання. Стартовий вибір антибіотиків лікар виконує за емпі-

ричним розрахунком активності препарату до вірогідно можливих збудників конкретного запального процесу, залежно від «місця» інфікування дитини, передбачаючи наявність госпітальних штамів бактерій.

Використання β-лактамних антибіотиків, завдяки їх фармакологічним, фармакокінетичним характеристикам, залишається пріоритетним в педіатрії. У багатопрофільних дитячих лікарнях 80% антибактеріальних препаратів, що застосовуються повсякденно, належать до цієї групи. У відділеннях дітей молодшого віку (від 1 місяця до 3 років) у використанні лідирує цефалоспоринова група β-лактамних антибіотиків – бактеріцидні ліки з широким антимікробним спектром дії. За даними ГФЦ МОЗ України побічна дія при їх використанні склала 23,1% за 2005 рік.

Метою роботи було визначення частоти й структури побічних ефектів антибактеріальних препаратів групи цефалоспоринів при лікуванні бактеріальних захворювань органів дихання у дітей перших трьох років життя, які знаходилися на стаціонарному лікуванні. Безпеку та переносимість оцінювали на підставі клінічної реєстрації наявності, ступеня вираженості побічних реакцій, даних клініко-лабораторного, біохімічного, інструментального обстеження. Проводили кореляційне зіставлення з анамнестичними даними хронічних хвороб родинного анамнезу дитини.

Під спостереженням знаходилося 180 дітей, які отримували лікування з приводу ларингітів – 20%, бронхітів – 39%, позашпитальної пневмонії – 41%. Застосування препаратів першого покоління – 15%, другого – 13%, третього – 72%. Ступінчаста терапія використовувалась у 14% хворих. Зміну препарату у зв'язку з неефективністю (зміна цефалоспоринових антибактеріальних препаратів за поколіннями) проведено у 9% хворих. Середня тривалість антибактеріального курсу лікування складала $10,8 \pm 3,9$ днів. Діти, які отримували комбіновану антибактеріальну терапію, із дослідження були виключені.

Антибіотико-асоційована діарея спостерігалася у 16% немовлят, порушення з боку ЦНС (синдром психомоторного збудження) – у 14%, алергічні реакції (кожна форма) – у 14%, гепатотоксичний (цитолітичний) синдром – у 8%, кандидоз слизових оболонок – у 7%, гематологічні реакції (еозинофілія, лейкопенія) – у 6%, порушення функції нирок (гематурія) – у 2% дітей.

Рациональне призначення антибактеріальних препаратів вимагає урахування фонових станів та співвідношення з анамнестичними даними хронічних хвороб родинного анамнезу, проведення клініко-лабораторного, біохімічного моніторингу за хворими в термін призначення препаратів.

ДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ РАХІТОПОДІБНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Л.В. БАШКАТОВА, Л.І. ПАТАЛАХІНА, О.М. ЄВДОКІМОВА,
А.В. МАЛАХОВА

Луганський державний медичний університет

Рахітоподібні захворювання супроводжуються порушеннями D-вітамінного та фосфатно-кальцієвого видів обміну, які важко коригуються, що призводить до значних морфологічних змін кісткової тканини. Недостатність знання цієї проблеми призводить до пізньої діагностики захворювання, а несвоєчасно

призначене лікування – до стійких деформацій нижніх кінцівок, порушення їх функції та інвалідизації дітей. Під нашим спостереженням знаходилося 4 дітей з вітамін-D-резистентним рахітом (фосфат-діабетом), з них 2 дівчинки та 2 хлопчики. У 3 дітей діагноз фосфат-діабету було встановлено у віці 13–15 років, у 1 дівчинки – у віці 4 років. Перші клінічні прояви з'явилися у віці 1–1,5 року та швидко прогресували. У всіх дітей відмічалася O-подібна деформація нижніх кінцівок, стійкі порушення функції кульшових суглобів, зміна ходи («качина хода»), низькорослість при нормальній масі тіла, біль у ногах. Вивчення спадкового анамнезу цих дітей виявило наявність подібної патології у близьких родичів. При лабораторних дослідженнях виявлено зниження у крові рівня фосфору за нормального рівня кальцію, підвищення активності лужної фосфатази. Рентгенологічне дослідження виявило виражений остеопороз та грубі деформації метафізів, грубий трабекулярний рисунок кісток, скривлення та потовщення довгих трубчастих кісток за рахунок медіального стовщення кіркового шару періосту. Всі діти отримували лікування, спрямоване на нормалізацію фосфорно-кальцієвого обміну. Призначали Аквадетрим (водний розчин холекальциферолу) добовою дозою 10000–15000 МО протягом 45 днів, підбіраючи індивідуально. До комплексу лікування включали полівітаміни, масаж, ЛФК. Після першого курсу лікування спостерігалось поліпшення самопочуття, зменшення болю у нижніх кінцівках, а також поліпшення показників лужної фосфатази. Таким чином, при виявленні прогресуючої деформації нижніх кінцівок у ранньому віці необхідне комплексне обстеження дитини, що складається з дослідження фосфорно-кальцієвого обміну, рентгенологічного дослідження та складання родоводу. Призначення водорозчинного холекальциферолу Аквадетрим сприяє поліпшенню лабораторних показників лужної фосфатази, позитивної динаміки з боку фосфорно-кальцієвого обміну.

ДО ПРОБЛЕМИ ГІСТІОЦИТАРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Л.І. ПАТАЛАХІНА, Л.В. БАШКАТОВА, О.М. ЄВДОКІМОВА,
О.В. ПЕТЛЯ

Луганський державний медичний університет

Гістіоцитарні проліферативні захворювання – це група хвороб, в основі яких лежить проліферація та накопичення клітин системи фагоцитуючих мононуклеарів в уражених тканинах. Зустрічаються ці захворювання досить рідко, але їх маніфестація перебігає під маскою різних захворювань: атопічного дерматиту, лімфоаденопатії, пухлин кісткової тканини, запальних процесів середнього вуха, очного яблука, дисемінованого туберкульозу легень, нецукрового діабету, гепатолієнального синдрому та ін., що дуже утруднює своєчасну діагностику. Серед 3-х класів гістіоцитарних захворювань найчастіше зустрічаються гістіоцитози з клітин Лангерганса, які також мають декілька форм. Лангергансово клітинні гістіоцитози найчастіше перебігають у вигляді трьох форм – еозинофільної гранульози, хвороби Леттерер-Зіве, хвороби Хенда-Шюллера-Крісчена. Дуже рідко зустрічається сімейний гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз (з 2-го класу гістіоцитозів),

діагноз якого, як правило, підтверджується на автопсії, при гістологічному дослідженні уражених органів. Під нашим спостереженням перебувало 12 дітей з гістіоцитозами, серед яких у 10 (83,3%) було діагностовано лангергансово-клітинний гістіоцитоз і у 2 (16,7%) – сімейний гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз. У 5 (41,6%) дітей з лангергансово-клітинним гістіоцитозом встановлено еозинофільну гранульому, у 3 (25,0%) – хворобу Хенда-Шюллера-Крісчена, у 2 (16,6%) – хворобу Леттерер-Зіве. Еозинофільна гранульома частіше зустрічалася у дітей старшого віку (у 3 із 5 дітей віком 11, 12, 14 років), хвороба Леттерер-Зіве – у дітей першого року життя, хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена – у дітей раннього віку (2, 3, 4 років). Еозинофільна гранульома проявлялася пухлиноподібними утвореннями в різних областях тіла (лицевий і мозковий відділи черепа, лопатки, здухвинні кістки). Діагноз вдалося підтвердити тільки через 10–12 місяців від початку захворювання. При хворобі Хенда-Шюллера-Крісчена у дітей спостерігався атопічний дерматит, значне збільшення лімфатичних вузлів з утворенням конгломератів і в подальшому нориць, характерним проявом був екзофтальм, рецидивуючий отит, і в усіх цих дітей з'явилися симптоми нецукрового діабету. Також у всіх дітей цієї групи спостерігалось генералізоване деструктивне ураження плоских кісток (черепа, таза, лопаток, турецького сидла). Діагноз було встановлено через 12–15 місяців від початку захворювання. Хвороба Леттерер-Зіве розпочиналася на першому році життя з субфебрилітету, себорейного ураження волосистої частини голови, множинних дефектів кісток черепа, щелеп, хребців, поступово розвивалась гепатоспленомегалія. Діагноз було встановлено через 12 місяців від початку захворювання. Наше дослідження підтвердило труднощі діагностики цієї групи захворювань.

ПОГРАНИЧНА ПСИХІЧНА ПАТОЛОГІЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, МАТЕРІ ЯКИХ ХВОРІЮТЬ НА ДЕПРЕСИВНІ Й ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ

Т.М. ПУШКАРЬОВА

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
АМН України», м. Київ

Охорона психічного здоров'я матерів, новонароджених і дітей раннього віку належить до пріоритетних напрямів розвитку медичної науки й практики та перебуває в руслі завдань, поставлених у програмі ВООЗ «Нації – за психічне здоров'я». У дослідженнях останніх років було виявлено несприятливий вплив депресивних і тривожних розладів матері на психічне здоров'я дитини. Депресивні й тривожні розлади не дозволяють матері виконувати її функції, розуміти й задовольняти базові соціальні й емоційні потреби дитини. Недостатня чутливість матері до емоційних запитів дитини призводить до фрустрації її комунікативних й емоційних потреб, порушення формування емоційної регуляції, когнітивних функцій і соціальних навичок. Метою дослідження, проведеного на базі ШПАГ, було вивчення поширеності й характеру пограничних психічних розладів у дітей матерів, які мали тривожні й депресивні розлади під час вагітності й у післяпологовому періоді. Було сформовано дві групи – до основної групи ввійшли

93 пари жінок, які мали тривожні й депресивні розлади в антенатальному й постнатальному періодах, та їхні діти від 6 до 12 місяців; до групи порівняння – 32 пари матерів, у яких не було емоційних розладів, та їхні діти 6–12 місяців. Порівняльний аналіз показників основної й контрольної груп доводить значущість розбіжностей та свідчить про достовірно вищу поширеність такої психічної патології в дітей (психогенні порушення харчування, невротичні реакції тривожно-депресивного типу), матері яких хворіли на тривожно-депресивні розлади під час вагітності й у постнатальному періоді. Отримані результати є підтвердженням негативного впливу депресивних і тривожних розладів матері на психічне здоров'я дитини. Тривожні й депресивні розлади в жінок під час вагітності й у післяпологовому періоді є чинником ризику розвитку пограничної психічної патології в дітей. Висока поширеність психічних розладів у дітей від тривожних і депресивних матерів визначає необхідність розробки алгоритму первинної діагностики, корекції та профілактики цих розладів у дітей раннього віку. Таким чином, турбота про психічне здоров'я матерів і дітей вимагає створення системи раннього виявлення депресивних і тривожних розладів у жінок, особливо у період, що безпосередньо передують вагітності, під час вагітності, у постнатальному періоді й протягом перших років життя дитини, та своєчасної діагностики й корекції психічної патології в дітей. Для цього треба оптимізувати методологічні підходи до діагностики депресивних і тривожних розладів у жінок фертильного віку в загальномедичній мережі й стратегії безпечних та адекватних способів їхнього лікування. Вирішення завдання збереження психічного здоров'я матерів і дітей можливо лише за впровадження відповідних цілеспрямованих інформаційно-освітніх програм і реалізації мультидисциплінарного підходу.

СТАН ЧЕРВОНОЇ КРОВІ У ДІТЕЙ З ГЕМОБЛАСТОЗАМИ У СТАДІЇ РЕМИСІЇ НА ЕТАПІ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

М.М. КАЛАДЗЕ, О.М. МЕЛЬЦЕВА

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського, м. Євпаторія

Сьогодні особливої уваги заслуговує питання санаторно-курортної реабілітації дітей з гемобластозами у стадії ремісії, оскільки в процесі поліхіміотерапії відбувається порушення функціонування основних систем організму.

Метою даної роботи було вивчення стану червоної крові у дітей з гемобластозами у стадії ремісії. Під спостереженням знаходилося 110 дітей, яким проводилася програмна поліхіміотерапія з приводу ГЛЛ, і які перебували на етапі санаторно-курортної реабілітації в МДМЦ «Євпаторія» за період з квітня 1998 по травень 2006 року (основна група), та 25 здорових дітей (15 хлопчиків і 10 дівчаток), котрі проживають на Кримському півострові, які також оздоровлювалися на Євпаторійському курорті, порівнюваних за статтю і зростом з дітьми основної групи. Діти, які знаходилися на санаторному етапі реабілітації, прибули з різних регіонів України: 89 (80,9%) з Київської, Житомирської, Черкаської, Вінницької, Чернігівської,

Сумської та Полтавської областей і 21 (19,1%) – мешканці Криму. Серед обстежених з ГЛЛ було 110 (100%) дітей віком від 6 до 17 років. Переважали хлопчики – 64 (58,2%) осіб, дівчаток було 46 (41,8%). Лікування дітей проводилося в спеціалізованих гематологічних відділеннях клінік України: у м. Києві, Сімферополі, Харкові, Черкасах, Тернополі; частина дітей лікувалася за кордоном: 2 (1,8%) дітям проводили лікування на Кубі, 2 (1,8%) – в Німеччині. В період санаторно-курортної реабілітації всі діти знаходилися у стадії ремісії. Показники червоної крові у дітей з різними варіантами ГЛЛ не виходили за рамки загальноприйнятих норм і між собою достовірно не відрізнялися, проте звертає на себе увагу той факт, що показники середнього об'єму еритроцитів (MCV), середнього вмісту гемоглобіну в одному еритроциті (MCH), середньої концентрації гемоглобіну в еритроцитах (MCHC) знаходилися на нижній межі норми, що свідчило про приховану анемізацію у даної категорії дітей. У дітей з гемобластозами в різні терміни

ремісії спостерігався вищий вміст еритроцитів, лейкоцитів і зниження процентного вмісту лімфоцитів за ремісії більше 5-ти років. Після курсу санаторно-курортної реабілітації, який включав: щадний режим, продукти, збагачені кальцієм і залізом, ранкову гігієнічну гімнастику, ЛФК, кліматолікування за першим режимом, морські купання або купання в басейні в повільному темпі, санацію вогнищ хронічної інфекції, методи групової психотерапії відмічалось поліпшення з боку показників червоної крові. Достовірно підвищився у дітей рівень гемоглобіну, середній об'єм еритроцитів, а також величина сироваткового заліза, при цьому всі показники не виходили за рамки фізіологічної норми. Зрушення ремісії в процесі реабілітації не спостерігалось. У катамнезі (1–3 роки) при дотриманні рекомендацій щодо харчування (вживання продуктів, що містять залізо, – нежирні сорти яловичини, гречана каша, яблука) показники червоної крові у дітей зберігаються на тому ж рівні, що і після санаторно-курортної реабілітації.

Зміст

<i>Розділ 1. Проблеми організації надання медичної допомоги дітям в сучасних умовах</i>	3
<i>Розділ 2. Проблеми додипломної та післядипломної підготовки лікарів-педіатрів</i>	17
<i>Розділ 3. Сучасні аспекти раціонального харчування дітей</i>	23
<i>Розділ 4. Актуальні питання неонатології</i>	31
<i>Розділ 5. Проблемні питання алергології дитячого віку</i>	40
<i>Розділ 6. Актуальні питання діагностики та лікування захворювань органів дихання у дітей</i>	52
<i>Розділ 7. Актуальні проблеми кардіоревматології дитячого віку</i>	61
<i>Розділ 8. Актуальні проблеми гастроентерології дитячого віку</i>	84
<i>Розділ 9. Проблемні питання нефрології дитячого віку</i>	98
<i>Розділ 10. Актуальні проблеми діагностики та лікування захворювань ендокринної системи у дітей</i>	105
<i>Розділ 11. Проблеми інфекційної патології у дітей</i>	112
<i>Розділ 12. Екозалежна патологія у дітей в сучасних умовах</i>	121
<i>Розділ 13. Новітні технології діагностики та лікування захворювань дитячого віку</i>	128