

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

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали 12-го з'їзду педіатрів України
(12-14 жовтня 2010 р., Київ)

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

Київ - 2010

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

О.М. Лук'янова, Ю.Г. Антипкін, В.Г. Майданник, Н.А. Фатюшина,
Ю.К. Больбот, О.П. Волосовець, О.З. Гнатейко, К.Д. Дука,
М.М. Коренев, Л.І. Омельченко, С.С. Острополець, Л.К. Пархоменко,
В.С. Приходько, І.С. Сміян, С.К. Ткаченко

ВИГODOVУВАННЯ ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

О.Є. АБАТУРОВ, О.О. АГАФОНОВА, Н.М. ТОКАРЕВА

Дніпропетровська державна медична академія

Згідно зі статистичними даними середньорічний темп зростання захворюваності на алергічні захворювання в Україні серед дітей та дорослих становить 0,3%. Харчова алергія реєструється у 0,1–7% дітей, найчастіше спостерігається серед дітей першого року життя, її маніфестацією найчастіше є atopічний дерматит.

Зазвичай вигодовування дітей з atopічним дерматитом є проблемою для лікаря, якщо дитина не перебуває на грудному вигодовуванні. Неадекватне віку дитини харчування, синдром мальабсорбції, гельмінтози, інвазії найпростіших, інфекційні захворювання поглиблюють порушення процесів травлення та всмоктування в кишечнику внаслідок транзитної ферментної недостатності, підвищеної проникності мукозальних бар'єрів – анатомо-фізіологічних особливостей системи травлення у дітей раннього віку. Всі ці стани сприяють також порушенням мікробіоти кишечника, що в свою чергу змінює імунну відповідь кишечника на алергени.

Під нашим спостереженням були 40 дітей, котрі знаходились на штучному вигодовуванні та мали прояви atopічного дерматиту. Вік дітей був від 6 місяців до 1 року. До групи порівняння увійшли 20 дітей з аналогічними клінічними ознаками, які вигодовувались високоадаптованими молочними сумішами. Діти обох груп знаходились на штучному вигодовуванні з різноманітних причин (гіпогалактіа матері, соціальні причини тощо), термін перебування на штучному вигодовуванні до включення дітей в дослідження складав не менш 2-х місяців.

Суміш Lasana Bifidus відноситься до високоадаптованих молочних сумішей, до її складу входить пробіотик лактулоза, що вибірково стимулює ріст біфідобактерій, пригнічуючи при цьому ріст патогенних мікроорганізмів, стимулює перистальтику кишечника, нормалізує травлення. Суміш Lasana Bifidus можна поєднувати з Lasana PRE, Lasana 1, Lasana 2, Lasana 3 або іншою молочною сумішшю, що дає можливість урізноманітнити раціон дитини.

Оцінювали стан шкіри, слизових оболонок, добову прибавку маси, апетит, самопочуття дитини, а також дані копрологічного дослідження та стан кишечкового мікробіоценозу. Об'єм суміші, а також кількість годувань визначались масою та віком дитини. Незалежно від віку дитини на першому етапі призначали тільки суміш Lasana Bifidus. Через два тижні від початку лікування дитині поступово замінювали суміш на Lasana 2 або Lasana 3 залежно від віку таким чином, щоб 1 раз на добу дитина продовжувала отримувати суміш Lasana Bifidus. Прояви atopічного дерматиту оцінювали за шкалою EASI.

Якщо на початку застосовування суміші Lasana Bifidus площа ураження в середньому оцінювалась в 4–5 балів, то через 2 тижні оцінка була 2–3 бали у 65,8% дітей, через 3 тижні 89,1% мали оцінку 0–1 бал. У дітей групи порівняння відмічено більш повільне зникнення проявів дерматиту. Через 3 тижні від початку лікування оцінку 0–1 мали тільки 43,8% дітей. У дітей групи дослідження через 2 тижні вигодовування сумішшю Lasana Bifidus у копрограмах не спостерігалось ознак зниження ферментативної активності кишечника, натомість у дітей групи порівняння були ознаки мальдигестії.

Самопочуття дитини та апетит були однаковими в обох групах. Стан кишкової мікробіоти у всіх дітей був дисбіотичним, через 1 місяць від початку дослідження суттєвих змін не відбулося, але у дітей, які отримували суміш Lasana Bifidus, визначалась тенденція до підвищення рівнів лакто- та біфідофлори.

ДОЦІЛЬНІСТЬ РАНЬОГО ПРИЗНАЧЕННЯ ПРОБІОТИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ РОТАВІРУСНИХ ГАСТРОЕНТЕРИТІВ У ДІТЕЙ

О.Є. АБАТУРОВ, О.Л. КРИВУША, І.О. ПІРИНА, О.Б. РУДЕНКО,
В.В. ОЛІЙНИК

Дніпропетровська державна медична академія

В Україні частота захворюваності на діарею ротавірусної природи серед гострих кишкових інфекцій коливається від 35 до 73% і має постійну тенденцію до зростання. Спалахи ротавірусної інфекції у дітей раннього віку характеризуються значною кількістю тяжких маніфестних форм захворювання, швидким розвитком ексикозу з метаболічними порушеннями.

Метою нашого дослідження було встановлення клінічної ефективності раннього призначення препарату Ентерожерміна у комплексному лікуванні ГКІ ротавірусної етіології. Під спостереженням знаходились 44 дитини віком від 6 місяців до 3 років, хворих на ротавірусний гастроентерит. Захворювання на ГКІ перебігало у середньотяжкій формі у 28 (63,6%) дітей, тяжкій – у 16 (36,4%). Загальними для всіх форм захворювання були прояви інтоксикаційного синдрому (42 дитини – 95,5% випадків) і діарейного синдрому (41 – 93,2%). При середньотяжкому перебігу хвороби тривалість проявів інтоксикації складала 4–6 днів (в середньому $4,40 \pm 0,65$), а порушення кишкового тракту спостерігалось протягом 3–8 днів (в середньому $5,20 \pm 0,57$). Тяжкий перебіг хвороби характеризувався вираженим інтоксикаційним синдромом, який утримувався 5–9 днів (в середньому $5,75 \pm 0,44$). Тривалість діарейного синдрому за тяжких форм достовірно відрізнялась ($p < 0,05$) від такої при середньотяжкому перебігу і складала 4–10 днів (в середньому $6,67 \pm 0,35$).

Всі діти одержували однакову базисну терапію, що включала дієтотерапію, регідротаційну терапію (оральну та/або інфузійну), сорбенти, ферментні препарати та антидіарейний мікробний препарат Ентерожерміна віковим дозуванням. Залежно від термінів включення до схеми лікування пробіотичного препарату дітей було розподілено на дві групи, порівнювані за віком та тяжкістю перебігу ротавірусної інфекції. Діти I групи (23 дитини) отримували препарат Ентерожерміна вже з першого дня лікування, II групу спостереження склали діти, яким було призначено пробіотик з 3–4 доби лікування (21 дитина).

Аналіз отриманих результатів дозволив констатувати, що раннє включення пробіотика сприяло скороченню вираженості проявів діарейного та інтоксикаційного синдромів у дітей. Динаміка інтоксикаційного синдрому у дітей I групи проявлялась більш швидкою нормалізацією температури тіла (за 2,5 дня проти 4 днів у II групі спостереження), появою апетиту, підвищенням емоційного стану дитини, скорішою нормалізацією періодів сну та бадьорості. Тривалість діарейного синдрому була достовірно меншою у дітей I групи – $4,23 \pm 0,59$ проти $5,88 \pm 0,39$ дня у II групі ($p < 0,05$). У дітей, які почали лікування пробіотиком з першого дня перебування в стаціонарі, зареєстровано зменшення кратності стільця вже у перші дні хвороби ($6,53 \pm 0,82$ проти $7,56 \pm 0,65$ разу на добу; $p < 0,05$). У дітей I групи на тлі лікування вже на 3–4 добу захворювання суттєво зменшувались патологічні домішки у випорожненнях (слиз, піна, неперетравлені грудки калу).

Таким чином, проведене дослідження обґрунтувало доцільність використання пробіотика Ентерожерміна при лікуванні гострих кишкових інфекцій ротавірусної етіології і дозволило стверджувати, що раннє включення пробіотика до схеми лікування ГКІ сприяє прискоренню клінічного одужання дітей та скорочує тривалість стаціонарного лікування.

ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

О.Є. АБАТУРОВ, І.Л. ВИСОЧИНА, Л.Л. ПЕТРЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія

В структурі інфекційної захворюваності у дітей та дорослих протягом останніх десятиліть перше місце займають гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), тому подальші пошук, розробка та впровадження нових засобів їх терапії і профілактики мають медичну й соціальну значущість. Досягненням сучасних нанобіотехнологій є створення ліпосомальних препаратів, одним з представників яких є ліпосомальний генно-інженерний інтерферон альфа-2b

(Ліпоферон) для ентерального застосування, розроблений ЗАТ «Вектор-Медика» на замовлення «Ядран-Галенська лабораторія д.д».

Метою даного дослідження було проведення оцінки клініко-імунологічної ефективності використання Ліпоферону у дітей шкільного віку з організованих колективів. За характером лікувальних заходів нами було сформовано дві групи дітей. Діти I групи отримували профілактичний курс Ліпоферону (18 дітей віком від 8 до 16 років); II (28 дітей, віком від 8 до 16 років) – курс лікування Ліпофероном з приводу ГРВІ (перша хвиля пандемічного грипу H1N1 – грудень 2009 року).

Терапію препаратом Ліпоферон проведено за схемами та дозами згідно з інструкцією виробника. При вивченні імунологічного статусу в динаміці оцінювали показники вмісту лейкоцитів, лімфоцитів, CD25+, IgA, IgM, IgG, рівень TFβ1 (тест-система DRG ELISA, Germany), вмісту IL-10 та IL-12 в периферичній крові, концентрації SIgA у слині (набір реагентів Вектор-Бест, Росія). Математичну обробку результатів дослідження проводили з використанням сучасних комп'ютерних статистичних програм.

Аналіз анамнестичних даних показав, що дітей, які епізодично хворіли на гострі респіраторні вірусні інфекції, було 20 (43,5%), часто хворіли на ГРВІ згідно з критеріями В.Ю. Альбицького, А.А. Баранова (1986) – 26 (56,5% дітей). Наявність хронічних вогнищ інфекцій верхніх дихальних шляхів за результатами оглядів ЛОР-лікаря було зареєстровано у половини обстежених дітей за рахунок компенсованого хронічного тонзиліту, наявність аденоїдних вегетацій в анамнезі – у 15 (32,6%) дітей. За даними анамнезу у попередні роки на гострий бронхіт перехворіли 17 (37,0%) дітей.

Результати катамнестичного спостереження за дітьми I групи показали, що проведення профілактичного курсу препаратом Ліпоферон у дітей шкільного віку з організованих колективів сприяло зменшенню кратності епізодів ГРВІ у 1,6 разу та зменшенню їх тривалості у середньому на 2,2 дня, в імунологічному статусі Ліпоферон сприяв нормалізації імунітету у дітей шкільного віку і підвищенню рівня ієрархічності імунологічних чинників та до появи більш стійкої системи взаємозв'язків між імунними показниками. Клінічна ефективність включення до схеми терапії ГРВІ препарату Ліпоферон у дітей II групи спостереження показана за рахунок формування в більшості випадків легкого перебігу ГРВІ, відсутності ускладнень та наявності швидкого одужання. Перенесення Ліпоферону у дітей шкільного віку з організованих колективів було добрим, побічних та алергічних реакцій не зареєстровано у жодному випадку.

Таким чином, з метою сезонної профілактики та лікування ГРВІ у дітей шкільного віку доцільно використовувати ентеральний ліпосомальний рекомбінантний альфа-2b інтерферон (Ліпоферон).

ЕКСПРЕСІЯ ФАКТОРІВ РЕКОГНІЦІЇ ПАТОГЕН-АСОЦІЙОВАНИХ МОЛЕКУЛЯРНИХ СТРУКТУР ПРИ ХЕЛІКОБАКТЕРНІЙ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

О.Є. АБАТУРОВ, О.М. ГЕРАСИМЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія

Розкриття молекулярних механізмів неспецифічного природженого імунітету відкриває нові перспективи уточнення процесів формування та перебігу хелікобактерної інфекції у дітей. Реакція макроорганізму на проникнення *Helicobacter pylori* (*Hp*) зумовлена складною взаємодією чинників вірулентності *Hp*, компонентів мукозального захисту та системного імунітету макроорганізму. Рекогніція патогенних мікроорганізмів зумовлена сукупністю різноманітних солютабних, мембранних та цитоплазматичних рецепторів розпізнавання образів (PRR). PRR розпізнають високоунікальні, що не мають аналогів в макроорганізмі, консервативні молекулярні структури, які було названо патоген-асоційованими молекулярними структурами (pathogen-associated molecular patterns – PAMP). Найбільш вагомими PAMP грамнегативних бактерій є структурні компоненти зовнішньої мембрани – ліпополісахариди (LPS). Сигнальні трансмембранні Toll-подібні рецептори (TLR) займають центральне місце в багаторівневій системі розпізнавання PAMP. Збудження TLR PAMP призводить до активації декількох груп генів, що беруть участь у регуляції запалення, механізмів захисту від інфекційних агентів. Особливу роль у розвитку інфекційно-запального процесу, викликаного грамнегативними *Hp*, відіграє TLR4. Продукція прозапальних цитокінів, хемокінів, активних радикалів кисню та азоту при хелікобактерній інфекції асоційована з дією LPS *Hp*, які є потужними медіаторами запального процесу слизової оболонки шлунка і зумовлюють перебіг захворювання. TLR4 являє собою трансмембранний рецептор, що складається з екстрацелюлярного домену, збагаченого лейциновими повторами, трансмембранного регіону і інтрацелюлярного домену – Toll-interleukin-1 receptor (TIR) домену. Спочатку в екстрацелюлярному просторі LPS зв'язується з ліпополісахарид-зв'язуючим білком (LBP), який функціонує як опсонін для солютабного CD14 (sCD14). Комплекс LPS-LBP транспортується до мембранозв'язаного CD14 (mCD14) для активації внутрішньоклітинного сигнального шляху. LBP каталізує зв'язування LPS з протеїном MD-2. У подальшому каскаді молекулярних подій комплекс LPS/MD-2 взаємодіє з TLR4, викликаючи його димеризацію, збудження і запуск внутрішньоклітинних молекулярних шляхів, які зумовлюють продукцію прозапальних цитокінів, хемокінів, активованих кисневмісних метаболітів і активних радикалів азоту, формуючи Th₁ відповідь.

При проведенні дослідження нами отримано результати, які показали, що у дітей з активним перебігом хелікобактерної інфекції спостерігалось підвищення рівня концентрації солютабної форми CD14 у сироватці крові. Доведено, що при лікуванні хелікобактерної інфекції застосування пробіотиків, які містять *Bifidobacterium* та *Lactobacillus* (препарат Лінекс), сприяє збільшенню експресії TLR4 на поверхні епітеліоцитів слизової оболонки шлунка, індукції продукції sCD14, що перешкоджає взаємодії патоген-асоційованих молекулярних структур з mCD14 і продукції цитокінів, підвищенню ефективності ерадикаційної терапії, зменшенню побічних ефектів антихелікобактерної терапії.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ РИТМУ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ З КОМБІНОВАНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЯ

І.В. АНДРУЩЕНКО

ДУ «Науково-практичний центр променевої діагностики АМН України»

В структурі серцево-судинної патології дитячого віку нині домінують незапальні захворювання міокарда, природжені пороки серця, порушення ритму серця й провідності. Порушення ритму серця та провідності серед дитячого контингенту зустрічаються у 5,1%, а серед школярів частота їх виявлення збільшується до 10,7%. Серед дітей із соматичною патологією порушення ритму серця виявляються у 12,5%, а з кардіологічною патологією – у 30%. Особливе місце серед порушень ритму серця та провідності у дітей посідають комбіновані порушення ритму: синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта – WPW, синдром укороченого інтервалу P-Q – СИР-Q, синдром слабкості синусового вузла – СССВ та синдром подовженого інтервалу Q-T – LQTS, оскільки їх перебіг може супроводжуватися нападами пароксизмальної тахікардії, фібриляцією та тріпотінням передсердь і навіть раптовою серцевою смертю.

Метою даного дослідження було вивчення варіабельності ритму серця (ВРС) методом добового моніторингу ЕКГ за Холтером (ХМ ЕКГ) у дітей з комбінованими порушеннями ритму серця (КПРС). Дослідження було проведено у 105 дітей з КПРС віком 7–16 років: 68 (64,8%) хлопчиків і 37 (35,2%) дівчат. Контрольну групу склали 22 дитини. Аналіз добової ВРС здійснювали в автоматичному режимі під час ХМ ЕКГ за 24-годинним записом кардіоритмограми. Оцінку ВРС проводили в режимах статистично-часового (time-domain) і частотно-спектрального (frequency-domain) аналізів відповідно до Міжнародних стандартів.

За результатами наших досліджень встановлено наявність у дітей з КПРС порушень вегетатив-

ного впливу на серцевий ритм. При аналізі загальної ВРС за добовими часовими показниками ВРС (SDNN-i, SDANN-i, TI) спостерігалась тенденція до її зниження, що свідчить про звуження меж адаптивних коливань та посилення активності центрального контуру регуляції ритму серця і симпатикотонії на фоні зниження парасимпатичних впливів ВНС. Цей факт є прогностично несприятливим щодо розвитку ускладнень з боку серцево-судинної системи або більш обтяженого перебігу захворювання за рахунок напруження регуляторних систем організму, що забезпечують вегетативний гомеостаз організму в цілому. Результати спектрального аналізу ВРС у дітей з КЛРС свідчать про підвищення потужностей високочастотного HF і низькочастотного LF компонентів, що вказує на напруження обох відділів ВНС. У хворих із СССР 7–11 років та у дівчат із синдромом WPW і СУІР-Q 12–16 років це напруження відбувається за рахунок переважно парасимпатичного відділу. Підвищення потужностей низькочастотних компонентів (VLF, LF) та зниження високочастотного (HF) у дітей з LQTS вказує на напруження у них симпатичного тону. Крім того, це вказує і на домінування впливів з боку центральних осциляторів. У хворих із СССР 12–16 років напруження відбувається за рахунок переважно симпатичного відділу, про що свідчить підвищення показника LF/HF.

Таким чином, результати змін потужностей складових загального спектру свідчать про напруження відділів ВНС з переважним посиленням симпатичного у дітей із синдромом WPW, СУІР-Q, LQTS і переважання парасимпатичних впливів ВНС на серцевий ритм у дітей 7–11 років із СССР; у дітей 12–16 років із СССР – напруження роботи обох відділів ВНС без переважання будь-якого з них.

СПЕЦІАЛІЗОВАНА ПЕДІАТРИЧНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ТА ЇХ ВИРІШЕННЯ

Ю.Г. АНТИПКІН

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

В період реформування системи охорони здоров'я в Україні, ключовим напрямом залишається збереження здоров'я матері та дитини і гарантування їм доступної високоякісної спеціалізованої медичної допомоги. При цьому поліпшення стану здоров'я дітей, як майбутнього потенціалу держави, здійснюється на підставі втілення ідеалів Цілей Розвитку Тисячоліття, Міжнародної конференції з народонаселення та інших глобальних саммітів останньої декади.

Стратегічними завданнями є:

- Підвищення доступності кваліфікованої допомоги вузьких спеціалістів з урахуванням регіональних особливостей України.

- Сприяння структурній гармонізації між сімейною медициною, педіатричною первинною ланкою та наданням спеціалізованої медичної допомоги.

- Одночасне використання бригад для надання спеціалізованої медичної допомоги та подальший розвиток спеціалізованих центрів, відділень при впровадженні і широкому використанні сучасних високотехнологічних методів діагностики, лікування та реабілітації дітей з тяжкою інвалідизуючою патологією та обмеженими можливостями здоров'я, починаючи з періоду новонародженості і до досягнення вісімнадцятилітнього віку.

- Широке впровадження інформаційно-комунікативних технологій при наданні спеціалізованої допомоги дитячому населенню (телемедицина, он-лайн консультація).

Удосконалення спеціалізованої медичної допомоги дітям на сучасному етапі насамперед передбачає органічне поєднання спеціалізації та інтеграції досягнень науки і практики в галузі охорони здоров'я материнства та дитинства. Спеціалізована медична допомога при широкому впровадженні сімейної медицини та збереженні педіатричної допомоги як консультативної повинна передбачати наявність спеціалізованих кабінетів, відділень, медичних установ та центрів. На сучасному етапі доцільним є збереження та широке впровадження в практику бригадного методу роботи, принципів етапності та медичного районування. Спеціалізована допомога з різних педіатричних напрямів може бути якісною лише за наявності висококваліфікованих фахівців, які володіють інноваційними знаннями, що ґрунтуються на принципах доказової медицини та базуються на відповідному клінічно-лабораторному забезпеченні за умов достатнього фінансування.

Подальший розвиток спеціалізованої допомоги може бути здійснений лише за умов спільного співробітництва Національних науково-практичних центрів, академічних інститутів, спеціалізованих медичних кафедр вищих навчальних закладів, які займаються проблемами здоров'я дітей.

Ефективність надання спеціалізованої медичної допомоги дітям значною мірою може бути забезпечена за умов інтеграції медичної допомоги з освітніми та соціальними програмами на рівні держави, що спрямовані на підвищення якості життя хворих дітей та залучення сім'ї і широкої громадськості до збереження здоров'я підростаючого покоління.

ЦИТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАПАЛЬНИХ ЗМІН ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Ю.Г. АНТИПКІН, В.Ф. ЛАПШИН, Т.Р. УМАНЕЦЬ,
Т.Д. ЗАДОРЖНА, О.І. ПУСТОВАЛОВА

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

Бронхіальна астма (БА) поза залежністю від ступеня тяжкості – хронічне запальне захворювання дихальних шляхів. Нині істотна роль у розвитку запального процесу при БА приділяється не лише еозинофілам, а й нейтрофілам. Домінування типу запального компонента при БА асоціюється не тільки з діагнозом БА, але й з тяжкістю захворювання, чутливістю до кортикостероїдної терапії. З огляду на гетерогенність популяції хворих з БА недостатньо яким залишається взаємовідношення між типом запалення та тяжкістю, періодом і фенотипом БА у дітей.

Тому метою дослідження було вивчення цитоморфологічних особливостей запальних змін у дітей з БА.

Під нашим спостереженням знаходилося 245 дітей віком 6–12 років з БА різного ступеня тяжкості в різні фази захворювання.

Для вивчення типу запалення в слизовій оболонці дихальних шляхів проведено цитоморфологічний аналіз індукованого мокротиння (ІМ) за методом Pizzichini et. al.

Встановлено, що у дітей з БА поза залежністю від її фенотипу та фази захворювання характерним є збільшення абсолютної кількості всіх ефекторних клітин в ІМ, що вказує на наявність персистуючого запального процесу в дихальних шляхах. У дітей з БА визначено два типи цитограм ІМ: «еозинофільний» та «нейтрофільний». «Еозинофільний» тип цитограм визначався у дітей з атопічною формою БА і корелював з алергеніндукованим загостренням ($r = 0,8$) та їх частотою ($r = 0,6$). «Нейтрофільний» тип цитограм більш характерним був для дітей з неатопічною, змішаною формою БА ($r = 0,8$) і корелював з тяжкістю перебігу захворювання та їх загострень, тривалістю лікування інгаляційними кортикостероїдами, «вірусіндукованим фенотипом» ($r = 0,7$), а також зі станом мукозального імунітету ($r = 0,5$) і наявністю колонізуючої мікрофлори верхніх та нижніх дихальних шляхів ($r = 0,8$).

Таким чином, проведені дослідження демонструють участь різних «профільних» клітин у запаленні дихальних шляхів, що залежить від патогенетичного варіанту перебігу БА у дітей та визначає можливості диференційованої терапії.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КЛАСИФІКАЦІЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

Ю.Г. АНТИПКІН, В.Ф. МАЙДАННИК, В.Ф. ЛАПШИН, Л.В. БЕШ,
Ю.К. БОЛЬБОТ, С.П. КРИВОПУСТОВ, Т.О. КРЮЧКО,
С.М. НЕДЕЛЬСЬКА, Л.С. ОВЧАРЕНКО, О.М. ОХОТНІКОВА,
Т.Р. УМАНЕЦЬ, Є.І. ЮЛІШ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
АМН України»,
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

На сьогодні назріла необхідність перегляду класифікації пневмонії у дітей, що використовується в клінічній практиці з 1998 року. Відомий педіатр професор О.А. Кисіль писав, що «класифікація хвороб має для нас великий інтерес. Але не можна вважати, що вона представляє щось постійне. Вона неминуче повинна змінюватися у зв'язку з розвитком клініки». Тому на сьогодні на підставі детального вивчення клінічних особливостей перебігу гострої пневмонії у дітей рекомендується використовувати класифікацію захворювання, проект якої представлений в табл.1. Відповідно до запропонованої класифікації встановлюють походження, клініко-рентгенологічну форму, локалізацію, наявність ускладнень, ступінь тяжкості і дихальної недостатності (ДН), а також перебіг пневмонії.

Таблиця 1

Проект класифікації пневмонії у дітей

Походження	Клініко-рентгенологічна форма	Локалізація	Ускладнення	Ступінь тяжкості	Ступінь ДН	Перебіг
Позалікарняна (амбулаторна)	Вогнищева бронхопневмонія	Однобічна	Неускладнена	I	ДН	Гострий (до 6 тижнів)
		Двобічна Дифузна:	Ускладнена:	II	ДНII	
Нозокоміальна (госпітальна)	Сегментарна	- легена;	токсичні;	III	ДНIII	За-тяжний (від 6 тижнів до 8 місяців)
		- частка;	кардіореспіраторні;	IV		
Вентиляційна: - рання; - пізня.	Лобарна (крупозна) Інтерстиціальна		циркуляторні;	V		
			гнійні:			
Аспіраційна			- легеневі (деструкція, абсцес, плеврит, пневмоторакс);			
			- поза-легеневі (остеомиеліт, отит, менінгіт, піелонефрит та ін.)			
При імунодефіциті						
Внутрішньоутробна (вроджена)						

Походження гострої пневмонії визначають за умовами інфікування легеневої паренхіми. Тому за походженням гострі пневмонії розділяють на позалікарняні (амбулаторні), нозокоміальні (госпітальні) і вентиляційні (ранні, піз-

ні), у немовлят - внутрішньоутробні (уроджені), а також аспіраційні й при імунodefіциті.

Під позалікарняними (амбулаторними) розуміють гострі пневмонії, що виникли у дитини у звичайних домашніх умовах, під нозокоміальними - пневмонії, що розвилися після 48 год перебування дитини в стаціонарі за умови відсутності якої-небудь інфекції на момент надходження хворого в стаціонар або протягом 48 год після виписки.

До внутрішньоутробної відносять пневмонії, що виявилися в перші 72 год життя дитини.

Окремим видом нозокоміальної (госпітальної) пневмонії є вентилятор-асоційована (або вентиляційна) пневмонія (ВАП), що розвиваються у хворих, яким проводиться штучна вентиляція легень (ШВЛ). Залежно від часу розвитку ВАП можуть бути ранні (тобто виникаючі в перші 4 доби на ШВЛ) і пізні (більше 4 діб на ШВЛ).

В особливу групу виділяють також гострі пневмонії, які виникають у дітей, що мають імунodefіцитні стани. Вони можуть бути обумовлені вродженими (первинними) імунodefіцитами, ВІЛ-інфекцією або ятрогенною (медикаментозною) імунodeпресією.

За клініко-рентгенологічною формою виділяють вогнищеву, сегментарну, лобарную (крупозну) та інтерстиціальну пневмонії.

Термін «вогнищева пневмонія» використовується для позначення варіантів перебігу захворювання, при яких інфільтративні зміни (запальні клітинні інфільтрати) виглядають на рентгенограмі у вигляді окремих дрібних вогнищ.

Сегментарна пневмонія являє собою запальне ураження всього сегмента або декількох сегментів легені, і тому інфільтративна тінь на рентгенограмі легенів у фазі розпалу захворювання повністю збігається з анатомічними межами сегмента (або сегментів).

Лобарна (крупозна) пневмонія характеризується запальним ураженням легеневої тканини в межах однієї частки легені.

Інтерстиціальна пневмонія характеризується одночасним ураженням інтерстицію й бронхoальвеолярного апарата легенів, з переважанням ураження інтерстиціальної тканини.

Вогнищева й сегментарна пневмонії відносяться до бронхопневмоній, тому що за своїм генезом вони пов'язані із запаленням бронхів, які відповідають ураженій ділянці легені. На противагу цьому в основі лобарної (крупозної) пневмонії лежить фіброзне запалення легеневої тканини цілої частки.

Термін «сегментарна пневмонія» із вказівкою локалізації запального процесу по сегментах виключає необхідність застосування термінів «моно сегментарна» або «полісегментарна пневмонія».

У діагнозі також обов'язково вказується, які ускладнення відзначаються у хворого. До

ускладнень, які можуть виникати в динаміці захворювання, відносять: токсичні прояви (токсична енцефалопатія та ін.), кардіореспіраторні, циркуляторні, гнійні (легеневі, у тому числі деструкція, абсцес, плеврит, піопневмоторакс, і позалегеневі: отит, остеомієліт, менінгіт, пієлонефрит та ін.).

Дуже важливою класифікаційною категорією є оцінка тяжкості, що визначається виразністю клінічних і лабораторно-функціональних проявів захворювання (табл.2, 3).

Таблиця 2

Індекс тяжкості пневмонії у дітей (Pneumonia Severity Index)

Вік:	
< 6 міс	+25
> 6 міс - 3 роки	+15
3-15 років	+10
Супутні захворювання	
ВВС	+30
Гіпотрофія	+10
Патологія нирок	+10
Порушення свідомості	+20
Задихка	+20
Температура тіла	
>39 С або <36 С	+15
Тахікардія	+10
Лейкоцитоз	+10
p <7.35	+30
BUN >11 ммоль/л	+20
Hct <30%	+10
Sa2 <90%	+10
Нейротоксикоз	+20
КВВ	+10
Плевральний ексудат	+10
Деструкція	+20

Примітка. ВВС – вроджена вада серця; КВВ - кардіоваскулярні порушення; BUN - залишковий азот

Таблиця 3

Шкала тяжкості пневмонії у дітей (Pneumonia Severity of Illness Scoring)

Ступінь тяжкості	Кількість балів	Ризик летальності (%)	Рекомендації з місця надання допомоги
I	< 50	0.1	Амбулаторно
II	51 – 70	0.6	Амбулаторно
III	71 – 90	2.8	Госпіталізація (короткочасна)
IV	91 – 130	8.2	Госпіталізація
V	>130	29.2	Госпіталізація

За перебігом розрізняють гострий і затяжний. Перебіг пневмонії вважається гострим, якщо пневмонічні вогнища розсмоктуються до 6 тижнів. Якщо немає зворотного розвитку пневмонії від 6 тижнів до 8 місяців, то діагностують затяжний її перебіг.

Багато педіатрів вважають, що найбільш прийнятною була б етіологічна класифікація гострої пневмонії. Але, на жаль, до сьогодні існують непереборні труднощі, які пов'язані з відсутністю методів експрес-діагностики, які можна було б використовувати для більшості хворих. Разом з тим, деякі дослідники розрізняють за етіологією бактеріальні (пневмококо-

ва, стафілококкова, стрептококкова й ін.), вірусні, мікоплазменні, паразитарні й змішані пневмонії.

Таким чином, для обговорення запропонований проект класифікації пневмонії у дітей, який враховує всі зауваження та побажання робочої групи.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ЧАСТОХВОРИЮЧИХ ДІТЕЙ

В.А. АНТОНЕЦЬ, Л.С. СТАРИНЕЦЬ

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Часто хворіючі діти (ЧХД) – проблема медична і соціальна. За даними різних досліджень, кількість дітей, які часто хворіють, коливається в межах 30–70% залежно від віку дітей і умов їх виховання. В ранньому і дошкільному віці кількість таких дітей найвища, а у структурі захворювань у них переважають гострі респіраторні. У дітей після 6–7 років частіше спостерігаються загострення вже сформованих до цього часу хронічних тонзилітів, аденоїдитів, синуситів, а також захворювань органів травлення, нервової системи тощо. У таких дітей, як правило, порушений профілактичний календар щеплень, вони не можуть відвідувати дошкільні і шкільні заклади, у них знижений фізичний розвиток, наявна алергізація. Мають місце і психологічні проблеми, зокрема поява комплексу неповноцінності.

Лише у 3–5% дітей причиною частих захворювань є первинна імунна недостатність.

Метою дослідження було вивчення рівня імуноглобулінів у дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ).

Об'єктом дослідження були 61 ЧХД віком від 1 до 17 років, які знаходились на обстеженні у Вінницькій обласній дитячій лікарні. Серед них 38 хлопчиків та 23 дівчинки. Проведено клінічне, імунологічне та біохімічне обстеження цих дітей.

Встановлено, що у 39,3% дітей був знижений рівень IgA, у 3,2% – IgA був відсутній, а у 57,5% обстежених його показники коливались в межах норми. Щодо показників IgM та IgG, то їх рівень був знижений у 21,3 та 26,2% дітей відповідно. Крім того, встановлено підвищення IgM у 31,1%, а IgG – у 24,5% обстежених дітей.

Отже, всім ЧХД необхідно обов'язково проводити визначення рівня імуноглобулінів. Дітям з селективним дефіцитом IgA для запобігання виникненню інфекційних захворювань обов'язково показано проведення профілактичних щеплень. Крім обов'язкових щеплень, необхідно поводити щеплення проти сезонних вірусів грипу, гепатиту А, менінгокока, пневмокока. Дітям, у яких є дефіцит IgA, не можна проводити переливання крові, оскільки можли-

вий розвиток анафілактичного шоку (за життєвими показаннями проводиться переливання відмитих еритроцитів).

ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ СЕЛЕКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НИРОК ІЗ ЕРИТРОЦИТУРІЄЮ

І.В. БАГДАСАРОВА, Т.В. БУДНІК

Інститут нефрології АМН України, м. Київ.
Луганський державний медичний університет

Поширеність захворювань нирок із еритроцитурією серед дітей і надалі привертає увагу як науковців, так і клініцистів. Загальноприйнято саме ступеню протеїнурії та її характеру надається діагностична та прогностична цінність.

Метою дослідження було вивчення прогностичної цінності індексу селективності у дітей із різними захворюваннями нирок із еритроцитурією шляхом дослідження рівнів екскреції із сечею альбуміну та імуноглобуліну G (відносно креатиніну).

Обстежено 55 дітей, хворих на нефропатію з еритроцитурією в активній стадії захворювання, віком від 2 до 17 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні на нефрологічних ліжках Луганської обласної дитячої клінічної лікарні. Контрольну групу склали 74 практично здорові дитини. Увесь контингент було розподілено за переважним рівнем ураження нефрону на три групи: негломерулярна патологія нирок із еритроцитурією (20), гломерулярна (30) та змішана (5). Визначення рівня екскреції альбуміну з сечею проводилося імунотурбідиметричним методом, рівня уринарного імуноглобуліну G – імуноферментним методом.

Аналіз гістограм розподілу індивідуальних значень екскреції досліджуваних білків із сечею у групах хворих дітей дозволив встановити достовірні порогові рівні екскреції із сечею альбуміну, IgG та ІС. Таким чином, було отримано критерії раннього прогнозу несприятливого перебігу захворювання нирок у дітей із еритроцитурією, яким відповідав неселективний характер протеїнурії навіть при помірному рівні альбумінурії, а саме рівень екскреції із сечею альбуміну $>3,4$ мг/ммоль, імуноглобуліну G – $>0,37$ мг/ммоль, індексу селективності – $>0,1$.

Отже, визначення індексу селективності дозволяє доказово визначити характер протеїнурії у хворих на нефропатію з еритроцитурією й відповідно прогнозувати перебіг захворювання.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ, ХВОРИХ НА ГРИП АН1N1

Л.П. БАДОГІНА, Л.І. ВАКУЛЕНКО, М.В. ШИРИКІНА,
В.О. ЛІННИК, О.В. ЄГОРЕНКО, К.В. ОГНЯНОВА

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

З метою визначення ефективності етіопатогенетичної терапії хворих на грип АН1N1 нами було проведено аналіз результатів лікування 90 дітей віком від 1 до 17 років, мешканців Дніпропетровської області, котрі перебували в педіатричних відділеннях обласної дитячої клінічної лікарні м. Дніпропетровська. Діти захворіли на грип за період з листопада 2009 року по січень 2010 року. Діагноз грипу АН1N1 було підтверджено лабораторно у 94,4% хворих, грип АН3N2 і грип В – у 5,6% хворих, які були включені до спостереження й аналізу.

Лікування хворих на грип в умовах стаціонару здійснювалося відповідно до Протоколів лікування грипу та ГРВІ МОЗ України. Усім хворим з середньотяжким і тяжким перебігом грипу здійснювали регідратаційну і дезінтоксикаційну інфузійну терапію внутрішньовенно. Противірусні препарати призначалися в перші дві доби захворювання у 88,9% випадків. У 82,2% випадків призначався озелтамівір Таміфлю з розрахунку 30–60 мг двічі на добу, дітям стає 13 років – 150 мг на добу за 2 прийоми. Препарат застосовувався протягом 5–6 днів. Суттєвих побічних дій на фоні прийому озелтамівіру не відмічено. В 5% випадків у дітей перших трьох років життя додатково призначалися рекомбінантні інтерферони: у дітей до 1 року – свічки Віферон, у дітей 2–3 років – назоферон. Незважаючи на застосування противірусних препаратів, в 87% випадків за клінічними показаннями під час загрози або розвитку ускладнень призначалася антибактеріальна терапія, що зумовлювалось вірусно-мікробною асоціацією збудників і низькою клінічною ефективністю противірусних препаратів.

Антибактеріальна терапія ускладнень грипу у госпіталізованих дітей здійснювалася згідно з Протоколами лікування негоспітальних пневмоній у дітей МОЗ України. Антибіотики призначалися відразу ж після забору біологічного матеріалу у хворих для бактеріологічного дослідження, без очікування результатів з бактеріологічної лабораторії. В 65% випадків у якості стартової антибактеріальної терапії застосовувалися амоксиклав або цефтріаксон внутрішньовенно віковими дозуваннями. У 10% випадків застосовувалися антибіотики групи макролідів – азитроміцин. У 8% випадків при поєднанні ускладнень з боку органів дихання та інтестинального синдрому у дітей раннього віку застосовувалися два антибактеріальних препа-

рати. Після отримання результатів бактеріологічного дослідження проводилася корекція антибактеріальної терапії з урахуванням чутливості збудників.

Слід зазначити, що проведена етіопатогенетична терапія була ефективною в усіх випадках грипу і сприяла одужуванню хворих дітей. Підкреслюємо, що за нашими даними своєчасне застосування противірусних препаратів (озелтамівір) на 1–2 добу від початку захворювання сприяє більш сприятливому перебігу грипу АН1N1 і запобігає розвитку тяжких ускладнень з боку органів дихання.

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ РАПТОВОЇ ДИТЯЧОЇ СМЕРТІ

Н.С. БАКАЙ, Н.М. КАЗИЦЬКА, О.В. ГЕРАСИМЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія

Періодичність випадків синдрому раптової дитячої смерті (СРДС) в районі діяльності однієї з дитячих поліклінік м. Дніпропетровська (11000 дитячого населення), який вважається соціально несприятливим (низькі доходи населення, високий рівень безробіття), коливається від 1,73 до 3,82 на 1000 народжених живими (1–2 випадки за рік; 33,4% всіх випадків смерті на дому протягом 2001–2009 рр.).

З метою вивчення концентрування факторів ризику СРДС нами було проведено ретроспективний аналіз випадково відібраних карт історії розвитку 119 здорових дітей віком до 1 року. Використовували наступні анамнестичні дані: вік матері (<24; >30), паління матері під час вагітності, кількість попередніх вагітностей (>3), маса дитини при народженні (<2500 г), стать дитини (чоловіча), незареєстрований шлюб, – для яких доведено максимальну ефективність прогнозування ризику СРДС (Gordon C.S., Smith and Ian R. White, 2006).

Аналіз результатів показав, що рівень факторів ризику СРДС був невисоким, а саме: чоловіча стать дитини – 65 (54,6%); вік матері до 24 років – 43 (36,1%) з середнім віком 21,5 року; кількість попередніх вагітностей >3 – 25 (21%); вік матері більше 30 років – 23 (19,3%) з середнім віком 35,2 року; незареєстрований шлюб – 10 (8,4%); паління матері під час вагітності – 7 (5,9%); маса дитини при народженні менше 2500 г – 6 (5%); перші пологи – 100 (84%), другі – 16 (13,5%), паритет пологів більше двох – 3 (2,5%). Наявність одночасно трьох факторів ризику СРДС відмічено у 4,2% дітей (2 хлопчики та 3 дівчинки), двох факторів – у 28,6% (18 хлопчиків та 16 дівчаток). У дітей, які мали одночасно три фактори, переважно реєструвалися великий паритет вагітностей – у 4 випадках з 5; вік матері >30 років – у 3 з 5; паління матері та відсутність шлюбу – у кожної другої.

За наявності двох факторів ризику СРДС відмічено таке поєднання: вік матері більше 30 років – 41,2% (14) та один з наступних факторів: паління матері, мати незаміжня, маса тіла немовляти при народженні менше 2500 г, які зустрічалися у поодиноких випадках, а паритет вагітностей ≥ 3 реєструвався у 78,6% (11) жінок даної вікової групи. Молодий вік матері у 41,2% (14) поєднувався з одним із наступних факторів: паління матері у 4 (28,6%) випадках, мати незаміжня у 4 (28,6%) випадках, паритет вагітностей ≥ 3 у 3 (21,4%) випадках та у 3 (21,4%) немовлят маса тіла при народженні була менше 2500 г. Поєднання інших факторів ризику СРДС (великий паритет вагітності та пологів, паління, відсутність шлюбу) визначались з меншою частотою: у 6 (17,7%) випадках. Звертало увагу, що при невеликій кількості повторних пологів відмічалась велика кількість попередніх вагітностей. Так, паритет вагітностей ≥ 3 відмічено у 21% (25 жінок), з переважанням (78,6%) жінок вком понад 30 років, з яких у 7 (63,6%) матерів при паритеті вагітності 4–8 пологи були першими чи другими. Отже, було визначено, що переважали такі фактори ризику розвитку СРДС, як чоловіча стать, молодий або більше 30 років вік матері, великий паритет вагітностей та відсутність реєстрації шлюбу. Поєднання таких характеристик відмічалось у 33% дітей. Поширеність факторів між хлопчиками та дівчатами була майже однаковою.

Таким чином, фактори, які негативно впливають на частоту виникнення СРДС, у переважній більшості мали соціальне значення – обізнаність жінок з питань найбільш сприятливого фертильного віку, планування сім'ї та шлюбу, профілактики небажаної вагітності, впливу паління на плід. Визначення та вирішення питань громадського здоров'я, профілактика СРДС та рух проти паління повинні реалізовуватися у спільній праці лікарів (акушерів-гінекологів, неонатологів та педіатрів), державних установ та засобів масової інформації.

ЗАСТОСУВАННЯ МОЛОЧНИХ СУМІШЕЙ ІЗ ПРОБІОТИКАМИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПІЄЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

В.В. БЕЗРУК, Т.П. АНДРІЙЧУК¹, О.І. ПЕРВОЗВАНСЬКА¹, Н.Г. КІСІЛЬ, І.Б. РЕГУЛЬСЬКА¹

Буковинський державний медичний університет.

¹КМУ «Міська дитяча клінічна лікарня», м. Чернівці

Використання потужної антибактеріальної терапії у лікуванні інфекційно-запальних захворювань органів сечовидільної системи призводить до низки небажаних побічних ефектів: дисбактеріозу, зниження захисних сил організму. В той же час, проблема інфекційно-запаль-

них захворювань органів сечовидільної системи у дітей є актуальною в Україні. У структурі нефрологічної патології до 70% припадає на пієлонефрит, серед хворих значний відсоток складають і діти першого року життя. Дана ситуація ускладнюється при лікуванні немовлят, які знаходяться на штучному вигодовуванні. Вирішенням даної проблеми є підбір суміші, яка забезпечувала б збалансоване, раціональне вигодовування дитини, підтримку природного пейзажу мікрофлори в організмі дитини і не несла б навантаження на скомпрометований орган (нирки). На сьогоднішній день даним параметрам відповідають суміші NAN 1, 2, 3 з біфідобактеріями фірми «Nestle». Білковий компонент сумішей максимально наближений до білкового компонента грудного молока (збагачення α -лактальбуміном та триптофаном), забезпечуючи оптимальний ріст і розвиток дитини. Сироватковий білок в сумішах несе мінімальне білкове навантаження на «незрілі» органи дитини – ниркове білкове навантаження сумішей практично ідентичне білковому навантаженню при грудному вигодовуванні.

Комбінація пробіотичного комплексу ВL сприяє колонізації кишечника немовлят біфідо- і лактобактеріями, формуванню нормальної кишкової флори і зміцненню імунного захисту. Довголанцюгові поліненасичені жирні кислоти сприяють розвитку нервової тканини, розвитку пізнавальних функцій. Висока біодоступність заліза із сумішей NAN з біфідобактеріями дозволяє використовувати їх у профілактиці та корекції вторинних анемії.

Враховуючи вищезазначене, можна рекомендувати використання сумішей NAN 1, 2, 3 з біфідобактеріями на фоні інтенсивної антибактеріальної терапії в якості нутритивного компонента комплексного лікування інфекційно-запальних захворювань нирок у дітей першого року життя на штучному вигодовуванні.

КОМПЛЕКСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПІДХІД У ВИЯВЛЕННІ ІНФЕКЦІЇ РАНЬОГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

Л.О. БЕЗРУКОВ, Л.Ф. БАЛИЦЬКА, І.М. КОСТЕЦЬКИЙ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Упродовж останніх 30 років не досягнуто суттєвого прогресу у зниженні смертності новонароджених внаслідок неонатального сепсису, за винятком тих дітей, які народилися від матерів, котрим здійснювалася профілактика GBS-інфекції у пологах. Проте цей успіх вже обертається формуванням антибіотикорезистентної грамнегативної флори, яка спричинюватиме нові проблеми в лікуванні сепсису.

Методом простої послідовної виборки сформовано когорту зі 100 новонароджених віком не

більше 48 годин життя, які народилися в пологовому будинку № 1 упродовж календарного року. За гестаційним віком хворі розподілялися наступним чином: менше 37 тижнів – 34 новонароджених, більше 42 тижнів – 2, а доношеними народилися 64 дитини. Маса тіла при народженні ≤ 2500 г реєструвалася у 34 новонароджених, із них ≤ 2000 г – у 10 та ≤ 1500 г – у 3 дітей. Довжина тіла ≤ 47 см була у 34 новонароджених, з них ≤ 45 см – у 19 дітей, ≤ 43 см – у 6 та ≤ 40 см – у 2 новонароджених. Практично здоровими були 18 пацієнтів, у 25 новонароджених визначали високий ризик реалізації внутрішньоутробного інфікування, у 2 – затримку внутрішньоутробного розвитку, а у 14 – гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС. Крововиливи у шлуночки мозку мали місце у 3 пацієнтів, розвиток постасфіктичного синдрому – у 2 новонароджених. Від матерів із верифікованою TORCH-інфекцією народилося 16 дітей. Пневмонію діагностовано у 7 новонароджених, у 4 дітей – сепсис, у 1 дитини – пієлонефрит та у 1 хворого – піодермію.

З урахуванням ретроспективних даних сформовано дві клінічні групи порівняння. Першу (I) склали 36 новонароджених, в яких підтверджено ранню неонатальну інфекцію. До другої (II) групи увійшли 64 дитини, в яких наявність ранньої неонатальної інфекції було спростовано. За основними клінічними характеристиками сформовані групи були порівнюваними.

Нами показано, що жоден із клінічних симптомів та ознак не можна самостійно використувати для верифікації інфекційної патології в ранньому неонатальному періоді. Водночас, усі вони володіли достовірним позитивним середньої сили зв'язком із верифікованою інфекцією в новонароджених. Так, загальні ознаки порушення стану дитини корелювали із наявністю інфекційної патології ($r = 0,51$; $p = 0,001$), зміни з боку системи травлення визначалися дещо слабкішим зв'язком ($r = 0,47$; $p = 0,001$). На цьому ж рівні визначалася кореляція змін з боку серцево-судинної системи ($r = 0,42$; $p = 0,001$), а також дещо меншої сили зв'язок – із порушеннями з боку ЦНС ($r = 0,24$; $p = 0,02$). Найбільш виражені кореляційні зв'язки визначалися із ранньою неонатальною інфекцією з боку виявлених змін у функціонуванні респіраторної системи ($r = 0,52$; $p = 0,001$). Водночас, комбінація клінічних проявів із наявністю чинників схильності до інфекційних захворювань з боку матері і дитини, а урахування специфічних чинників схильності підвищували потужність встановленої кореляції ($r = 0,64$; $p = 0,001$).

Таким чином, попри те, що в обстежених дітей не виявлено специфічних і, тим більше, патогномонічних проявів інфекційно-запальної патології у першу добу життя, їх аналіз із урахуванням чинників схильності покращує верифікацію інфекції раннього неонатального періоду. Можна також припустити, що оцінка даних

показників з урахуванням результатів параклінічного обстеження ще більшою мірою підвищить ефективність діагностичного процесу. Разом із тим, найбільш перспективним з цією метою є використання концепції PIRO, яка об'єднує в єдине ціле дані про наявність чинників схильності (Predisposing conditions), клінічні ознаки інфекції (Infections), відповіді організму дитини на інвазію бактерій (Response) та органічної дисфункції (Organ Dysfunction).

ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ОКСИДУ АЗОТУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ЗА РІЗНОЇ АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ БРОНХІВ У ДІТЕЙ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Л.О. БЕЗРУКОВ, О.К. КОЛОСКОВА, Т.М. ВОРОТНЯК,
Л.А. ІВАНОВА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Метою дослідження була оцінка показників вмісту метаболітів оксиду азоту в сироватці крові дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму.

На базі ОДКЛ м. Чернівці обстежено 20 дітей, які отримували стаціонарне лікування з приводу загострення бронхіальної астми (БА). Групи формували за активністю запалення в дихальних шляхах: I групу склали 10 дітей із вираженим запаленням бронхів (вміст метаболітів оксиду азоту більше 40 мкмоль/л, протеолітична активність за лізисом азоказеїну понад 1,3 мл/год), II групу – 10 дітей з помірним запальним процесом (вміст метаболітів оксиду азоту менше 40 мкмоль/л, протеолітична активність за лізисом азоказеїну менша 1,3 мл/год). Частка хлопчиків у групах порівняння становила 40%, середній вік пацієнтів I групи був $10,0 \pm 0,84$, II групи – $13,1 \pm 1,27$ року.

Встановлено, що вміст метаболітів оксиду азоту у сироватці крові на початку лікування становив у дітей I групи $19,5 \pm 3,75$ мкмоль/л, II групи – $15,4 \pm 0,75$ мкмоль/л ($p > 0,05$). Наприкінці лікування вміст метаболітів оксиду азоту в сироватці крові підвищився і досягав у I групі $31,6 \pm 3,3$ мкмоль/л, у II групі – $16,3 \pm 1,25$ мкмоль/л ($p < 0,05$).

Таким чином, у пацієнтів шкільного віку, хворих на бронхіальну астму із різною активністю запалення бронхів, в сироватці крові спостерігаються зміни, що свідчать про нижчий вміст метаболітів оксиду азоту в пацієнтів із вираженим запальним процесом порівняно з дітьми з помірним запаленням дихальних шляхів. Після курсу лікування вміст метаболітів оксиду азоту в сироватці крові дітей I групи зростає майже вдвічі, що, мабуть, свідчить про одночасне його зниження у дихальних шляхах тим більшою мірою, чим більш вираженим є запальний процес під час загострення бронхіальної астми.

ОЦІНКА ЙОДНОЇ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ У ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Н.А. БЄЛИХ, М.Є. МАМЕНКО

Луганський державний медичний університет

Тироїдним гормоном (ТГ) належить провідна роль в ендокринному забезпеченні дитячого організму на анте- та постнатальному етапі. Дефіцит гормонів щитовидної залози (ЩЗ) впливає на народжуваність та життєздатність потомства, збільшує ризик формування внутрішньоматкової патології плода. Саме ТГ відповідають за ембріогенез, подальший розвиток плода та, що є особливо важливим, – за розвиток головного мозку.

Індикатором йодної недостатності на антенатальному етапі розвитку є порушення функції ЩЗ у новонароджених, що проявляється у вигляді транзиторного гіпотирозу. Тому результати масового скринінгу новонароджених на гіпотироз віддзеркалюють ступінь нестачі йоду серед вагітних та немовлят регіону.

Нами було проаналізовано дані масового скринінгу новонароджених за період з 1 серпня до 31 грудня 2008 року (обстежено 5781 дитину, $96,4 \pm 0,2\%$). Визначення показників ТТГ у новонароджених проводилося на базі обласного медико-генетичного центру Луганської обласної дитячої клінічної лікарні за стандартною методикою з дотриманням необхідних умов збору крові та проведення аналізу.

Встановлено, що в кожній четвертій дитини ($1526/5781$, $26,4 \pm 0,6\%$) наявна неонатальна гіпертиротропіємія (рівень ТТГ $> 5,0$ мМО/мл), з них значне підвищення вмісту ТТГ (> 20 мМО/л) виявлено у 132 ($2,3 \pm 0,2\%$) дітей, діагноз природженого гіпотирозу було підтверджено у 3 ($0,052 \pm 0,03\%$) випадках. Отримані результати свідчили про наявність помірного ступеня тяжкості йодного дефіциту в регіоні.

З метою вивчення особливостей розвитку дітей з неонатальною гіпертиротропіємією (НГТ) нами було поглиблено обстежено 64 дитини, групу порівняння склали 44 дитини того ж віку з нормальними показниками ТТГ (до $2,0$ мМО/л) за даними неонатального скринінгу.

Дослідження показало, що матері немовлят з НГТ в $14,1 \pm 4,3\%$ мали в анамнезі мертвонародження, викидні, що було достовірно частіше, ніж серед жінок групи порівняння ($2,3 \pm 1,5\%$, $p < 0,05$). Внутрішньоматковий період розвитку дітей з НГТ достовірно частіше мав ускладнений перебіг: токсикоз 1 половини вагітності був у $18,8 \pm 4,9\%$ проти $4,5 \pm 3,12\%$ в групі порівняння ($p < 0,05$), анемія вагітних реєструвалася в $54,7 \pm 6,2\%$ (проти $31,8 \pm 7,0\%$, $p < 0,05$), в $17,2 \pm 4,72\%$ випадків визначалася фетоплацентарна недостатність (проти $6,6 \pm 3,7\%$, $p < 0,05$), ускладнені пологи були вдвічі частішими ($42,2 \pm 6,2\%$ проти $20,5 \pm 6,1\%$, $p < 0,05$).

Неонатальна жовтяниця в періоді новонародженості реєструвалася майже вдвічі частіше

серед дітей з НГТ ($17,2 \pm 4,72\%$), ніж серед дітей групи порівняння ($9,1 \pm 3,6\%$, $p < 0,05$), частота природжених вад розвитку була рівнозначною ($9,4 \pm 3,6$ та $9,1 \pm 3,6\%$, $p < 0,05$).

Нами не встановлено достовірної різниці в динаміці фізичного розвитку та частоті захворюваності дітей протягом першого року життя, проте анемія реєструвалася в групі дітей з НГТ у $60,9 \pm 6,1\%$ проти $25,0 \pm 4,7\%$ в групі порівняння.

Таким чином, у Луганській області має місце висока частота неонатальної гіпертиротропіємії, що свідчить про недостатнє йодне забезпечення жінок репродуктивного віку та вагітних. Масовий скринінг новонароджених на гіпотироз дозволяє не тільки своєчасно діагностувати природжений гіпотироз, але й висвітлює необхідність застосування ефективних заходів щодо профілактики йодного дефіциту серед найбільш уразливих верств населення.

НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННЯ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

В.В. БЕРЕЖНИЙ, Т.В. МАРУШКО

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

В Україні всього налічується більш ніж 3000 хворих на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА), $0,41$ на 1000 дитячого населення. У $50-70\%$ хворих розвивається інвалідність після трьох-п'яти років перебігу захворювання, тому проблема лікування ЮРА має важливе соціальне і медичне значення. Можливості фармакотерапії в педіатричній ревматології обмежені віковими рамками, визначеними при процедурі реєстрації лікарських засобів, тому у дитячих кардіоревматологів немає широкої можливості застосовувати в комплексному лікуванні ЮРА новий клас препаратів – моноклональні антитіла до фактора некрозу пухлини, що стали використовуватись останні десять років у дорослій ревматології. Проте в 2009 році на вітчизняному фармацевтичному ринку було зареєстровано препарат адалімумаб, який дозволений до застосування у дітей з чотирирічного віку, з вдосконаленим методом введення (підшкірним), що істотно збагатило лікувальні можливості тяжких і швидкопрогресуючих форм ЮРА.

Метою нашої роботи було вивчення клінічної активності препарату адалімумаб у дітей з тяжкими та швидкопрогресуючими формами ЮРА.

Під нашим спостереженням знаходилося 29 дітей з тяжкими формами ЮРА, у яких спостерігався швидкопрогресуючий перебіг патологічного процесу, високий ступінь активності, а застосування стандартної терапії, яка відповідає Протоколам, затвердженим МОЗ України, не приносило відчутного результату лікування,

або супроводжувалося побічними діями базисних препаратів. Хворих обстежено клінічно, лабораторно, інструментально. П'ятьом дітям до комплексу лікування було призначено препарат адалімумаб.

Проаналізовано клінічну ефективність та доцільність призначення адалімумабу дітям з тяжкими, швидкопрогресуючими формами ЮРА, а також у разі виражених побічних дій базисних препаратів.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ВОКАРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ТОНЗИЛЛИТОВ У ДЕТЕЙ

В.В. БЕРЕЖНОЙ, И.Б. ОРЛЮК, В.Г. КОЗАЧУК, А.И. КИРНОС,
Н.В. НАУМЕНКО, О.И. ТАЙЖАНОВА, И.Г. ТИМЧЕНКО

Национальная медицинская академия последипломного образования
им. П.Л. Шупика. Киевская городская детская клиническая больница № 1

Поиск методов и медикаментозных средств с целью лечения острого тонзиллита и обострения хронического тонзиллита – актуальная проблема в педиатрии. Это заболевание проявляется угнетением неспецифических факторов естественной резистентности организма, нарушением гуморального и клеточного звеньев иммунитета и сопровождается инфекционно-аллергической атакой на весь организм с развитием целого ряда тяжелых осложнений.

Целью нашего исследования было изучение эффективности и безопасности применения препарата Вокара в комплексном лечении острых и обострений хронических тонзиллитов у детей.

Под наблюдением находилось 53 ребенка в возрасте от 3 до 17 лет, из них у 14 (26,4%) детей документирован острый тонзиллит и у 39 (73,6%) пациентов – обострение хронического тонзиллита. В ходе наблюдения больные были распределены на две группы – основную и сравнения (контрольную).

Все дети с острым и хроническим тонзиллитом в комплексном лечении получали антибиотик амоксициллин/клавуланат в возрастной дозировке, кроме того, пациенты основной группы применяли дополнительно натуральное средство Вокара, в группе сравнения – Плацебо.

В состав препарата Вокара входит 5 сбалансированных потенцируемых компонентов (Salvia D1, Belladonna D6, Phytolacca D6, Lachesis D12, Mercurius solubilis Hahnemanni D12), которые предопределяют целый комплекс патогенетических эффектов (неспецифический противомикробный, иммуномодулирующий, местный противовоспалительный, антиоксидантный).

Препарат Вокара (Плацебо) назначали согласно утвержденной инструкции по медицинскому применению: детям от 1 до 4 лет по 1–4 капли, от 5 до 12 лет – по 5–7 капель, подросткам и взрослым – по 10 капель, разведенных в 1 столовой ложке воды за 30 минут до еды или через час после приема пищи. В начале лечения (в течение 1–2 дней) прием препарата каждые полчаса–час до 8 раз в сутки, после чего переход на стандартный 3-разовый прием.

В ходе лечения наблюдалась положительная динамика в обеих группах, однако в первой группе был более выражен положительный клинический эффект. Проведенное исследование показало, что сочетание гомеопатического препарата Вокара с антибактериальной терапией дает возможность ускорить микробную эрадикацию из лакун миндалин при остром и обострении хронического тонзиллита у детей и сократить сроки лечения по сравнению с детьми, получавшими только антибактериальную терапию. Кроме того, психометрические параметры качества жизни (дезадаптация, нарушение самочувствия, снижение активности) в основной группе (Вокара) восстанавливались раньше по сравнению с группой сравнения ((Плацебо) на 3–5 дней раньше. Препарат Вокара отличается хорошей индивидуальной переносимостью, не вызывает аллергических и других побочных эффектов у больных тонзиллитом.

Таким образом, высокая терапевтическая эффективность и хорошая переносимость натурального средства Вокара позволяет рекомендовать его для широкого применения в общей практике семейной медицины, педиатрии и отоларингологии.

МІСЦЕ АПОПТОЗУ В ПРОГРЕСУВАННІ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У ДІТЕЙ

В.С. БЕРЕЗЕНКО, Т.Д. ЗАДОРЖНА

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

З метою дослідження ролі апоптозу в патогенезі хронічного вірусного гепатиту В та С (ХГВ та ХГС) у 40 дітей з даною патологією (25 з ХГС та 15 з ХГВ) віком 7–16 років проведено пункцію на біопсію печінки.

Морфологічне дослідження біоптату печінки проводили з використанням загальногістохімічних, імуногістохімічних та електронномікроскопічних методик. Активність запального процесу характеризували за індексом гістологічної активності (ІГА) за R. Knodell, стадію захворювання оцінювали за гістологічним індексом склерозу (ГІС) за METAVIR. Стан гепатоцитів (некрози, характер дистрофії) та кількість ацидофільних тілець Каунсільмена, які характери-

зують завершеність апоптозного циклу, стан зірчастих ретикулоендотеліоцитів, їх активацію, проліферацію, проліферацію дуктул оцінювали в балах. Електронномікроскопічним методом досліджували ультраструктурні особливості органел клітин печінки, а імуногістохімічними – вираженість та характер апоптотичних змін, експресію колагенів I та III типів та рецепторів TNF α . Отримані дані зіставляли з вираженістю дистрофічних змін в гепатоцитах та фіброзу (за ПС та експресією колагенів I і III типів.)

Результати проведеного дослідження дозволили встановити, що у дітей з ХГ в основі деструкції гепатоцитів лежать не лише процеси запалення, а й апоптозу та апонекрозу. Характерними ультраструктурними ознаками апонекрозу у дітей з ХГ є нерівномірність конденсації хроматину в ядрах у вигляді електроннощільних плям – флокулянтів, нерівномірної осміофілії ядра, ущільнення матриксу мітохондрій при вираженій осміофілії мембран гепатоцитів.

Встановлено ультраструктурні особливості гепатоцитів залежно від форми ХГ. Так, для ХГС притаманними є дистрофічні та структурні зміни мітохондрій; ХГВ супроводжується переважно змінами ядер («пісочні», балонні) при менш значних пошкодженнях мембран мітохондрій. Встановлено також, що етіологічний чинник визначає відмінності дистрофічних, апоптотичних і апонекротичних змін гепатоцитів. При ХГС, на відміну від ХГВ, частіше реєструється ліпідна дистрофія гепатоцитів, регенераторні процеси, а також порушення апоптозного каскаду. Загибель клітин шляхом апоптозу та апонекрозу більш характерна для хронічного вірусного гепатиту С, на що вказує достовірне збільшення показника апоптозного індексу (при ХГС – $62,8 \pm 4,8\%$, при ХГВ – $12,7 \pm 2,3\%$) та апонекрозу (при ХГС – $15,0 \pm 2,6\%$; ХГВ – $2,0 \pm 0,56\%$).

Посилення апоптозу при ХГС можна розглядати як один з провідних механізмів активації фіброгенезу за цієї патології, про що свідчить наявність у дітей з ХГС склерозу портальних трактів, порто-портальних та порто-центральных септ, центральної вени на фоні трансформації колагенів III типу в I. У дітей з ХГВ вираженість процесів апоптозу та апонекрозу є меншою порівняно з ХГС, на фоні більш високих показників ІГА (4–12 балів у $66,7\%$ хворих з ХГВ та у $28,0\%$ з ХГС; $p < 0,05$). Характерно, що виявлені зміни в печінці у обстежених хворих з ХГВ відбуваються на фоні мінімальних клінічних проявів.

Таким чином, апоптоз є важливим патогенетичним механізмом прогресування ХГС та ХГВ у дітей, що диктує необхідність використання в лікуванні цих хворих не лише противірусної терапії, а й препаратів, що стримують надмірні апоптотичні процеси гепатоцитів.

ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ ЯК РИЗИК ВИНИКНЕННЯ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

О.С. БОБРИКОВИЧ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Ожиріння – це нагромадження жиру в організмі, що призводить до збільшення надлишкової маси тіла на $\geq 20\%$ від середніх нормальних показників та характеризується надлишковим відкладенням жиру в жирових депо організму.

Частота ожиріння та надлишкової маси тіла у дітей з кожним роком збільшується і є загальною проблемою педіатрії в усьому світі. Майже у 60% випадків серед дорослого населення ожиріння починається в дитячому та підлітковому віці, що відіграє важливу роль в розвитку метаболічного синдрому.

Проведено обстеження 114 дітей з ожирінням віком від 10 до 18 років, з них 40 ($35,1\%$) дівчаток та 74 ($64,9\%$) хлопчики. Ожиріння гіпоталамічного генезу діагностовано у 3,7 разу частіше ($78,9\%$), ніж аліментарного ($21,1\%$). У дівчаток виявлено тенденцію до більшої частоти легкого ($27,6$ і $22,8\%$ відповідно), середнього ($41,4$ і $37,2\%$ відповідно) ступеня ожиріння. Тяжкий ступінь ожиріння у дівчаток спостерігався у 4 рази частіше, ніж у хлопчиків ($20,7$ і $5,7\%$ відповідно). Дуже тяжкий ступінь ожиріння зустрічався майже з однаковою частотою ($10,3$ і $14,3\%$ випадків). Більшість обстежених дітей ($74,8\%$) не вважали себе хворими і не скаржились. Однак при детальному вивченні анамнезу встановлено, що головний біль різного характеру непокоїть у $52,0\%$ випадків серед обстежених; підвищена пітливість – у $32,6\%$, біль в ділянці серця – у $28,8\%$, підвищений апетит відмічено у $12,0\%$ випадків серед опитаних. Обтяжена спадковість за ожирінням спостерігалась у $86,1\%$ випадків серед обстежених дітей. Показники артеріального тиску у 38% випадків відповідали рівню високого нормального артеріального тиску, що знаходиться в діапазоні 90–95 перцентилів. У більшості дітей (62%) рівень артеріального тиску перевищував 95 перцентиль, що можна трактувати як артеріальну гіпертензію. При дослідженні вуглеводного обміну виявлено порушення толерантності до глюкози у 18 ($15,8\%$) дітей, а відсутня фізіологічна гіперглікемія («пласка» цукрова крива) спостерігалась у більшості із них (73 – $64,0\%$). У цих же дітей спостерігалось підвищення рівня інсуліну натще ($20,2$ – $38,5$ мМО/мл). Найчастіше у дітей з ожирінням виявляється порушення ліпідного обміну: дисліпопротеїнемія проявляється збільшенням рівня загального холестерину, тригліцеридів, вільних жирних кислот, ліпопротеїдів низької густини, зниженням рівня холестерину ліпопротеїдів високої густини, тобто значним зростанням концентрації атерогенних ліпопротеїдів.

Ожиріння або надлишкова маса тіла, гіперглікемія, дисліпідемія та підвищення артеріального тиску є групою високого ризику формування метаболічного синдрому та вже в дорослому віці може ускладнитись ішемічною хворобою серця, цукровим діабетом 2 типу, атеросклерозом та іншими коронарними розладами.

БЮЦЕНОЗИ ТА ПРОТИНФЕКЦІЙНИЙ ЗАХИСТ ЛЮДИНИ

І.В. БОГАДЕЛЬНИКОВ, Ю.В. ВЯЛЬЦЕВА, С.В. УSOBA,
Т.М. ВЯЛЬЦЕВА

Кримський державний університет ім. С.І. Георгіївського,
м. Сімферополь

Відсутність ефекту боротьби з інфекційними хворобами, їх поліетиологічність, безвихідна ситуація з синтезом антибактеріальних препаратів вимагають зміни стратегії й тактики щодо лікування інфекційних хворих. Про це свідчать такі факти:

1. В організмі людини кількість мікроорганізмів (бактерій, вірусів та ін.) у 10–100 разів більша, ніж клітин людського організму, а частка людських генів у сукупному геномі (людина+мікроорганізми) становить не більше 1%.

2. Вся нормальна мікрофлора поділяється на резидентну (постійну), котра складає 90%, факультативну – не менше 9,5% й транзиторну (випадкову) – до 0,5%. Близько 20% мікроорганізмів знаходиться на слизовій оболонці ротової порожнини, 18–20% – на шкірних покриттях, 15–16% – у глотці, 2–4% – в уrogenітальному тракті та 40% – у шлунково-кишковому тракті. За день доросла людина виділяє з калом загалом від 100 млрд. до 100 трлн. бактерій. А щільність мікроорганізмів у тілі людини може становити приблизно 10 млрд. на 1 кв. см.

3. Бактерії людини, що існують у вигляді цілісних структур (біоплівки, ланцюжків та мікроколоній), здатні впливати на характеристику навколишнього середовища та характеризуються функціональною спеціалізацією клітин, що їх складають. Це дає їм можливість не тільки активно реагувати і системно підвищувати стійкість до несприятливих факторів (наприклад, антибіотиків), але й більш ефективно використовувати поживні речовини.

4. Біоплівка характеризується морфологічною та фізіологічною гетерогенністю клітин, що входять до неї, та складається з декількох шарів клітин, що діляться, знаходяться у спокої і спонтанно автолізуються.

5. У мікробних популяціях виявлено ефект «кворуму». Тобто здатність мікробів обмінюватися інформацією та приймати рішення, важливі для взаємодії мікроорганізму та господаря або усунення мікробних конкурентів. Ця

інформація здійснюється: а) безпосередньо (фізичний контакт), б) за допомогою хімічних агентів-феромонів, в) за рахунок генерації фізичних полів.

6. Ці данні спонукають по-новому поставитись до регулювання взаємовідношень господаря з мікрофлорою. Повинно прийти усвідомлення того, що захворювання, які викликаються мікробами (як мінімум), завжди починаються з порушення людського мікробіоценозу як першого етапу на шляху зміни гомеостазу людини.

7. Майбутнє в боротьбі з інфекційними хворобами лежить у сфері роз'єднання патогенних мікроорганізмів, зменшення їх хімічних сигналів, блокування фізичних полів та використання специфічних антагоністів.

ПРОГНОЗ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА

Л.Ф. БОГМАТ, Л.И. РАК, Э.Л. АХНАЗАРЯНЦ, О.Я.
МИХАЛЬЧУК, В.И. МОЛЕВА

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков
АМН Украины», г. Харьков

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), независимо от фонового заболевания сердца, характеризуется постепенным прогрессирующим развитием, определяемым необратимыми процессами нейрогуморальной гиперактивности. Сегодня приоритетным направлением является профилактика прогрессирования ХСН на ранних стадиях ее формирования.

Целью исследования было обоснование принципов профилактики ХСН на основании определения факторов прогрессирования систолической дисфункции сердца у детей с патологией миокарда.

Обследовано 270 детей 10–18 лет, из них у 59 диагностирован миокардиофиброз после перенесенного кардита, 150 имели синдром дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС), 61 – хронические нарушения ритма и проводимости. В динамике через год обследовано 128 человек. Группу контроля составили 67 здоровых сверстников.

Изучались морфофункциональные характеристики сердца (ЭХОКГ, суточное мониторирование ЭКГ), суточная экскреция катехоламинов с мочой (флуорометрическим методом по Матлиной Э.Ш. с соавт., 1965); активность ренина плазмы, содержание ангиотензина-II, альдостерона крови радиоиммунологическим методом («IMMUNOTECH», Чехия); уровни эндотелина-1 плазмы («Endotelin-1», Austria) и интерлейкинов-1β, -6, ФНО-α методом иммуноферментного анализа (тест-системы «Вектор-Бест», Россия); калий, натрий, кальций, магний в крови

турбидиметрическим методом.

У 25,4±5,7% дітей с МФ, 17,8±3,8% дітей с ДСТС і 12,4±4,3% фракція выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) была значительно снижена и находилась в пределах от 42,0 до 55,0%. Через год негативная динамика, заключающаяся в снижении ФВЛЖ ниже 55,0%, минутного объема (МО) ниже 4,0 л/мин, увеличении размеров левого и правого желудочков, отмечена у 55,2±9,2% детей, перенесших миокардит, 38,1±7,5% детей с ДСТС и у 39,5±7,9% с аритмиями. Ухудшение функциональной способности миокарда происходило на фоне повышения активности ренина плазмы (0,64±0,21 нг/мл/час против 0,62±0,23 нг/мл/час при положительной динамике, $p_p < 0,01$), уровней ангиотензина-II (29,02±3,38 пмоль/л против 19,07±3,76 пмоль/л, $p_u < 0,05$), эндотелина-1 (1,35±0,98 фмоль/л против 0,65±0,13 фмоль/л, $p_p < 0,01$) и ИЛ-6 (6,09±1,23 против 3,77±0,86 пг/мл, $p_u < 0,05$).

Установлено, что неблагоприятную динамику и, соответственно, прогрессирование ХСН определяет комплекс факторов: увеличение систолических размера и объема ЛЖ, размера левого предсердия и правого желудочка, истончение стенки миокарда, повышение активности ренина, уровней ангиотензина-II, альдостерона, ИЛ-6, ФНО- α , гипوماгнемия. С помощью регрессионного анализа разработана модель прогрессирования ХСН, позволяющая на основании показателей симпато-адреналовой (адреналин, норадреналин и дофамин мочи) и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем (ренин, ангиотензин-II, альдостерон) определить ожидаемый прогноз у конкретного пациента и тактику терапии.

КОМПЛЕКСНА МІКРОСОЦІАЛЬНА ТА ЕКОЛОГО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕСПІРАТОРНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Н.К. БОГУЦЬКА, Л.О. ЛИПКО, Л.І. ГУК, Ю.М. БУРДЕЙНА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Метою дослідження було визначення значущості окремих мікросоціальних чинників як кофакторів несприятливого екогенного впливу на респіраторну захворюваність дітей дошкільного віку. Проведено лонгітудинальні дослідження поширеності респіраторних захворювань у 3348 дітей дошкільного віку. У 200 рандомізовано вибраних дітей досліджено мікросоціальні параметри родин, вивчено показники імунного та антиоксидантного статусу. Оцінку вмісту в повітрі та ґрунті 17 важких металів та ^{137}Cs , ^{90}Sr здійснено методами атомно-адсорбційної спектрофотометрії та γ -спектроскопії.

Встановлено істотне зростання ризику повторних епізодів гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) у дітей дошкільного віку за умови їх проживання в зонах міста з підвищеними концентраціями важких металів у повітрі та ґрунті (ВШ = 2,4; 95% ДІ: 1,2–4,7), що асоціювало із достовірно нижчою в них кількістю Е-розеткоутворюючих клітин за рахунок теофілін-резистентної їх субпопуляції та активністю ферменту детоксикації – глутатіон-S-трансферази. Серед дітей із частими ГРЗ відношення тих, що мешкали в незадовільних та хороших матеріально-побутових умовах, становило 28:9% ($pt < 0,02$); проти співвідношення в контролі – 17:15% ($pt > 0,05$). Аналіз джерел водопостачання свідчив про переважне користування водогоном у дітей із частими та епізодичними ГРЗ: відповідно у 66,0% та 62,1% випадків, однак зростання інфекційного індексу знаходилось у прямій кореляційній залежності із кількістю одночасно використовуваних джерел водопостачання ($r = 0,19$; $pt = 0,04$). У родині дітей із частими ГРЗ відмічено тенденцію до менш частого одночасного використання багатьох джерел постачання харчових продуктів (власне вирощування, базари, супермаркети, магазини тощо) – 17,0 та 24,4% в контролі ($pt > 0,05$). Серед дітей із частими ГРЗ існувала тенденція до виховання як в неповних родині (у 14,3% випадків), так і в багатодітних (у 9,8%), у контролі ці показники становили відповідно 9,1 та 4,6% випадків ($pt > 0,05$). За умови наявності тютюнопаління в родині дітей із частими ГРЗ у 30% випадків палили обоє батьків, у контролі – лише 20%, в цілому палили 25,3% матерів дітей із частими ГРЗ та лише 18,4% в контролі ($pt > 0,05$), в той час як відмінностей щодо частоти зловживання алкоголем, токсикоманій в обстежених родині не відмічено. За умови паління обох батьків виявлено інші несприятливі мікросоціальні параметри сім'ї: істотною була частка непрацюючих (28% проти 3%, $pt < 0,005$) та нижчою загальна освіченість (1,1 проти 1,5 бала, $pt < 0,006$). Частота ГРЗ за рік у дітей із сімей груп зіставлення істотно не відрізнялась, становлячи 3,3 та 3,7 епізоду відповідно, однак відносний вміст Т-хелперів та вміст IgG в крові дітей, батьки яких палили, був суттєво нижчим (8,7 проти 11,7 г/л, $pt < 0,01$). Істотних змін активності глутатіон-залежних ферментів антиоксидантного та детоксикаційного захисту в крові дітей залежно від тютюнопаління батьків не встановлено.

Отже, при оцінці причинно-наслідкових взаємозв'язків підвищення респіраторної захворюваності дітей необхідне врахування впливу комплексу гіпотетичних факторів ризику, оскільки зростання патологічної обтяженості з боку органів дихання є своєрідним «індикатором» як екологічного, так і соціального неблагополуччя.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ТА РЕМІСІЇ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ

Я.Є. БОЙКО

Комунальний заклад Львівської обласної ради
«Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний
центр».

Львівський національний медичний університет ім. Данила
Галицького

Мета дослідження: визначити характер перебігу системного ювенільного ідіопатичного артрити за ранніми клінічними та лабораторними характеристиками для прогнозування часу ремісії.

З 1998 по 2009 роки в КЗ ЛОР «ЗУСДМЦ» спостерігали та проводили лікування 21 хворому зі системним ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА). Критеріями ремісії вважали стан неактивного захворювання протягом 3-х місяців без застосування медикаментозного лікування за клінічними та лабораторними параметрами. За наявності одного епізоду активного захворювання тривалістю не більше 24 місяців перебіг системного ЮІА називали монофазним. Якщо активність хвороби тривала понад 24 місяці, перебіг захворювання вважали персистуючим. Поліциклічний характер системного ЮІА визначали за умов чергування періодів активного і неактивного захворювання.

В результаті проведеного дослідження найчастіше (13/21 – 62,0%) виявляли персистуючий перебіг ЮІА, а хворі з найлегшим перебігом хвороби мали монофазний характер (5/21 – 24,0%). Поліциклічний характер системного ЮІА виявлено у 3/21 (14,0%) хворих. Активний артрит, підвищення ШОЕ понад 38 мм/год, застосування глюкокортикостероїдів тривалістю більше 8 місяців від початку терапії були предикторами немонафазного перебігу захворювання. Відсутність активних артритів у дебюті хвороби, ШОЕ нижче 38 мм/год та відміна глюкокортикостероїдів до 8 місяців від початку лікування були предикторами раннього розвитку тривалої ремісії системного ЮІА.

Залежно від часу розвитку ремісії перебіг системного ЮІА можна класифікувати як монофазний, поліциклічний або персистуючий. Клінічна картина перших 3–8 місяців визначає подальший перебіг системного ЮІА та часу розвитку ремісії.

ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ТА СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Ю.К. БОЛЬБОТ, М.В. КАЛІЧЕВСЬКА, Т.А. БОРДІЙ

Дніпропетровська державна медична академія

Згідно з результатами наших попередніх досліджень у 65% дітей, хворих на бронхіальну астму (БА), виявляється супутня патологія верхнього відділу шлунково-кишкового тракту (ГЕРХ, хронічний гастрит, хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, функціональна диспепсія), причому частота й глибина пошкодження слизової оболонки ШКТ прямо пропорційні тяжкості перебігу бронхіальної астми. В той же час у дітей, котрі мають захворювання верхнього відділу ШКТ, частіше виникають проблеми із контролем бронхіальної астми. Таким чином, має місце так званий феномен взаємного обтяження.

З метою вивчення характеру впливу наявності запальних змін слизової оболонки верхнього відділу ШКТ на перебіг алергічного запалення у бронхах нами проведено вивчення концентрацій IgE, IFN- γ та IL-4, -5, -13 у сироватці крові 65 дітей, хворих на БА із супутніми запальними захворюваннями гастродуоденальної зони (I група) та у 51 дитини з БА без патології ШКТ (II група). Концентрації цитокінів та IgE вивчали за допомогою твердофазного ІФА (тест-набори Diaclone, Monobind). Референтні значення отримано при обстеженні 20 практично здорових дітей.

Рівні сироваткового IgE в досліджуваних групах були достовірно підвищеними порівняно з контролем, але між собою відмінностей не мали і складали в середньому $209,2 \pm 20,7$ та $247,9 \pm 22,3$ IU/ml відповідно ($p > 0,05$).

При інтермітуючій та легкій персистуючій БА рівні концентрацій IL-4, IL-5 та IL-13 в сироватці крові в обох групах не відрізнялись від показників групи контролю, а рівень IFN- γ в сироватці крові в I групі був достовірно вищим, ніж у дітей II групи та групи контролю (відповідно $6,96 \pm 0,21$ і $4,97 \pm 0,2$ пг/мл, $p < 0,05$ та $6,0 \pm 0,5$ пг/мл, $p < 0,05$).

При середньотяжкій персистуючій БА у хворих I групи мало місце достовірне підвищення рівнів IL-4 ($1,65 \pm 0,26$ пг/мл), IL-5 ($6,02 \pm 0,62$ пг/мл), IL-13 ($12,84 \pm 1,8$ пг/мл) та IFN- γ ($9,58 \pm 0,7$ пг/мл) порівняно з показниками II групи (відповідно $0,75 \pm 0,06$; $3,78 \pm 0,14$; $3,33 \pm 0,15$ та $5,78 \pm 0,45$ пг/мл) й контролем (відповідно $0,23 \pm 0,03$; $3,73 \pm 0,3$; $2,2 \pm 0,37$ та $6,0 \pm 0,5$ пг/мл). При цьому в II групі мало місце достовірне підвищення лише рівня IL-4.

При тяжкій БА рівні концентрацій всіх цитокінів, що вивчались, у дітей I групи не відрізнялись від показників контролю, в той час як в II групі ми спостерігали достовірне підвищення рівня IL-4.

щення сироваткових концентрацій ІЛ-4 ($0,59 \pm 0,08$ пг/мл), ІЛ-5 ($8,65 \pm 0,7$ пг/мл) та ІЛ-13 ($16,71 \pm 2,2$ пг/мл). При цьому концентрації ІЛ-5 та ІЛ-13 були вищими за ці ж показники у дітей II групи з середньотяжким перебігом БА.

Таким чином, у дітей з БА без супутньої патології ШКТ має місце підвищення в крові рівнів основних цитокінів, що сприяють підтриманню алергічного запалення, найбільш виражене при тяжкому перебігу БА. Наявність патології верхнього відділу ШКТ у дітей з БА супроводжується посиленням вироблення указаних цитокінів. При середньотяжкому перебігу БА їх рівні відповідають значенням дітей з тяжким перебігом астми без патології ШКТ. Однак при тяжкому перебігу БА в дітей із супутньою гастроуденальною патологією рівні цитокінів мають значення близькі до нормальних, незважаючи на наявність виражених запальних змін слизової оболонки бронхів та ШКТ, що свідчить скоріше про вичерпання компенсаторних можливостей, ніж про нормалізацію продукції цитокінів.

ДИНАМІКА ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ ТА ІМУНОАКТИВНА ТЕРАПІЯ ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Ю.К. БОЛЬБОТ, О.В. БЕЛЯЄВА, С.В. АЛІФАНОВА,
О.В. НОВИКОВА*, Г.О. БОРИСЕНКО*

Дніпропетровська державна медична академія.

*КЗ «Міська дитяча клінічна лікарня № 6 м.

Дніпропетровська»

Метою дослідження було вивчення особливостей динаміки продукції цитокінів при гострих респіраторних вірусних інфекціях (ГРВІ) у дітей, хворих на бронхіальну астму (БА), а також клініко-імунологічної ефективності застосування препарату, що впливає на синтез ендogenous інтерферону γ (ІФН- γ) – Анаферону дитячого в лікуванні ГРВІ у цих дітей. Було обстежено 112 дітей, хворих на БА, які перенесли ГРВІ і не отримували будь-яких імуноотропних препаратів протягом останніх 6 місяців. I групу дослідження склали 50 дітей, до терапії ГРВІ у яких було включено Анаферон дитячий, II групу – 62 дитини, яким проводилась тільки стандартна терапія ГРВІ. До контрольної групи увійшли 33 дитини з ГРВІ без будь-яких алергічних захворювань в сімейному та індивідуальному анамнезі, які також отримували тільки стандартне лікування респіраторної інфекції. В усіх дітей визначали сироваткові рівні ІФН- α та γ на 1–2, 4–5 та 7–9-й день захворювання, а також інтерлейкінів 4, 5, 13 (ІЛ-4, -5, -13) на 1–2 та 7–9-й день захворювання.

Діти з БА відрізнялись достовірно нижчими сироватковими концентраціями ІФН- α та γ вже

на початку ГРВІ порівняно з контрольною групою ($58,4 \pm 6,6$ і $4,1 \pm 0,4$ пг/мл в I групі, $60,7 \pm 4,5$ і $4,3 \pm 0,2$ пг/мл в II групі проти $75,9 \pm 3,5$ і $9,5 \pm 1,6$ пг/мл в групі контролю відповідно, $p < 0,05$). В подальшому, на відміну від дітей без алергічної патології, у дітей з БА на тлі стандартної терапії ГРВІ не відбувалось суттєвого підвищення рівнів вказаних інтерферонів (сироваткові концентрації ІФН- α на 4–5 день захворювання $37,5 \pm 2,8$ пг/мл в II групі, $131,0 \pm 26,8$ пг/мл в контролі, на 7–9 день $28,7 \pm 1,6$ пг/мл в II групі, $59,9 \pm 4,1$ пг/мл в контролі, $p < 0,05$; концентрації ІФН- γ на 4–5 день ГРВІ $6,6 \pm 0,4$ пг/мл в II групі, $9,5 \pm 1,6$ пг/мл в контролі, $p < 0,05$, на 7–9 день $5,9 \pm 0,3$ пг/мл в II групі, $5,9 \pm 0,6$ пг/мл в контролі). Рівні ІЛ-4 та ІЛ-13 у дітей з БА, навпаки, були підвищені протягом всього епізоду ГРВІ (на 1–2 день сироватковий рівень ІЛ-4 $0,8 \pm 0,1$ пг/мл в II групі, $0,5 \pm 0,1$ пг/мл в контролі; на 7–9 день $1,5 \pm 0,3$ пг/мл в II групі, $0,5 \pm 0,1$ пг/мл в контролі, $p < 0,05$; рівень ІЛ-13 на 1–2 день $12,6 \pm 2,8$ пг/мл в II групі, $2,5 \pm 0,4$ пг/мл в контролі; на 7–9 день – $23,2 \pm 2,3$ пг/мл в II групі, $2,8 \pm 0,2$ пг/мл в контролі, $p < 0,05$). Концентрації ІЛ-5 у дітей, хворих на бронхіальну астму, також підвищувались протягом ГРВІ, однак достовірної різниці між групами ми не отримали. У дітей з БА, які отримували Анаферон дитячий, динаміка продукції цитокінів під час ГРВІ наближалась до такої в контрольній групі (на 4–5 день: ІФН- α $89,9 \pm 5,9$ пг/мл, ІФН- γ $7,8 \pm 0,2$ пг/мл; на 7–9 день: ІФН- α $91,6 \pm 3,1$ пг/мл, ІФН- γ $8,1 \pm 0,9$ пг/мл, ІЛ-4 $0,4 \pm 0,1$ пг/мл, ІЛ-13 $3,3 \pm 0,9$ пг/мл). Клінічна ефективність Анаферону дитячого виявлялась в скороченні загальної тривалості епізоду ГРВІ ($8,7 \pm 0,3$ днів в I групі, $11,6 \pm 1,7$ днів в II групі, $6,1 \pm 0,4$ днів в контролі, $p < 0,05$), зменшенні кількості бактеріальних і алергічних ускладнень ГРВІ, скороченні тривалості основних синдромів захворювання – катарального та синдрому бронхообструкції на 1,4 дня, лихоманки на 1 день.

Таким чином, у дітей з БА на тлі ГРВІ відмічається недостатність інтерференової відповіді і відхилення в інтерлейкіновому профілі, які свідчать про посилення процесів алергічного запалення. Включення до терапії ГРВІ препарату Анаферон дитячий наближає показники цитокінового статусу у цих дітей до таких у дітей без алергії, що клінічно проявляється зменшенням кількості бактеріальних і алергічних ускладнень ГРВІ з відповідним скороченням загальної тривалості захворювання.

ІМУНОЗАЛЕЖНІСТЬ ТА НАПРЯМКИ ІМУНОТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ В ДІТЕЙ

М.І. БОРИСЕНКО, Ю.Б. ЧАЙКОВСЬКИЙ

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

Метою даного дослідження було вивчення в експерименті та клініці ролі імунітету в розвитку хронічного запалення слизової оболонки гастроуденальної зони дітей та ефективності різних напрямків імунотерапії в його комплексному лікуванні. Проведено комплексне клініко-параклінічне обстеження 547 хворих з хронічним гастроуденітом (ХГД) в стадії загострення, віком від 7 до 15 років. Рецидивуючий перебіг ХГД мав місце у 71,5% хворих. У половини дітей загострення настало після активізації хронічного вогнища інфекції або після перенесеної гострої респіраторної інфекції. Супутні захворювання біліарної системи діагностовано у 94,75%, підшлункової залози – у 42,82%, товстої кишки – у 38,11%, дисбактеріоз кишечника – у 76,81% хворих. Провідним у клініці був больовий синдром. Імунологічне обстеження хворих проводили до та після лікування в клініці.

До лікування у хворих виявлено достовірні зрушення в клітинній і гуморальній ланках імунної системи, місцевому імунітеті шлунка та дванадцятипалої кишки, неспецифічних факторах захисту з порушенням функціональної активності імунокомпетентних клітин і метаболічних процесів в їх різних структурних елементах. Матеріали 3 експериментів (2 на кроликах і 1 на морських свинках) свідчать про провідну роль імунологічних механізмів у формуванні хронічного запалення слизової оболонки гастроуденальної зони.

Результати клінічного та експериментального досліджень стали підставою для розробки напрямків імунотерапії і вивчення в експерименті та клініці їх ефективності. За результатами дослідження на 34 кроликах з експериментальним хронічним запаленням слизової оболонки гастроуденальної зони під впливом активної імуномодуляції як клітинної і гуморальної ланок імунної системи, так і місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу в слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки тварин мало місце суттєве зменшення запальних і дистрофічних змін. Хворих було розподілено на 4 групи: I (контрольна) – 170 дітей з ХГД, які отримували загальноприйняте комплексне лікування без імунокорекції; II – 127 хворих з ХГД, яким проводили імуномодуляцію місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу; III – 129 хворих з ХГД, яким проводили імуномодуляцію клітинної та гуморальної ланок імунітету; IV – 121 хворий з ХГД, якому проводи-

ли імуномодуляцію місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу і клітинної та гуморальної ланок імунітету. Хворі II, III та IV груп також отримували і базисну терапію, аналогічну дітям I групи. Поєднана імуномодуляція місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу і клітинної та гуморальної ланок імунітету мала більший позитивний вплив на клінічний перебіг хронічного гастроуденіту, загоєння ерозій, тривалість ремісії, нормалізацію показників імунної системи, зменшила кількість рецидивів у 2,6 разу. Катамнестичне спостереження за хворими впродовж 2 років не виявило прогресування патологічного процесу в гастроуденальній зоні в жодного хворого.

Результати клінічних досліджень свідчать про те, що імуномодуляція місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу менше впливає на нормалізацію зрушень у клітинній та гуморальній ланках імунітету, а імуномодуляція клітинної та гуморальної ланок імунітету – відповідно у місцевому імунітеті шлунка та дванадцятипалої кишки. Таким чином, імунотерапія є перспективним напрямком у лікуванні хронічного запалення слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ТИПУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

О.А. БУДРЕЙКО, Л.Д. НІКІПІНА, С.А. ЧУМАК, Н.В. ФІЛІПОВА

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

Технологія лікування ЦД I типу в дитячому та підлітковому віці наразі чітко регламентована і включає такі основні патогенетично обґрунтовані компоненти, як дієтичне харчування, інсулінотерапія, дозовані фізичні навантаження та застосування самоконтролю захворювання, але з урахуванням складності та багатофакторності патогенезу ЦД існує потенціальна можливість оптимізації його лікування із використанням додаткових методів, що могли б вплинути на окремі несприятливі фактори тяжкого перебігу хвороби. Поряд з цим в останні роки в літературі розгорнулася дискусія щодо доцільності використання у хворих на діабет, в тому числі у дітей та підлітків, нових препаратів – інсулінових аналогів, застосування яких за наявності суттєвих фармакологічних переваг, на практиці не завжди сприяло позитивному клінічному ефекту. Тому доцільним було вивчення ефективності використання аналогів інсуліну та інших терапевтичних засобів у хворих дитячого та підліткового віку.

В процесі дослідження було обстежено 430 дітей та підлітків, хворих на ЦД I типу, віком від 3 до 18,5 року, в тому числі 213 дівчат і 217

хлопців, які знаходились на обстеженні та лікуванні у відділенні ендокринології ДУ «ІОЗДП АМНУ».

В процесі порівняльного аналізу показників компенсації вуглеводного обміну, в тому числі коливань глікемії протягом доби, рівня антиінсулінових антитіл та рівня інсулінемії доведено, що препарати аналогів інсуліну є ефективними інструментами лікування ЦД I типу у дітей та підлітків, але застосування їх вимагає диференційованого підходу, а оцінка ефективності повинна проводитись індивідуально у кожного хворого. У дітей та підлітків, хворих на ЦД I типу, використання безпікових пролонгованих аналогів інсуліну сприяла помітному поліпшенню компенсації вуглеводного обміну, що забезпечувалось підтримкою стабільного рівня глікемії, особливо в нічний час, та сприяло поліпшенню мікроциркуляції. Ізольоване застосування ультракороткого аналогу інсуліну в поєднанні з інсуліном НПХ не завжди поліпшувало глікемічний контроль у хворих дітей та підлітків, що часто зумовлювалось порушеннями дієтичного режиму, необгрунтованим підвищенням добової дози інсуліну і посиленням лабільності коливань глікемії, неадекватним самоконтролем хвороби в цілому. Слід зазначити, що остаточне вирішення питання доцільності використання аналогів інсуліну для стабільного поліпшення компенсації ЦД можливе лише після проведення великомасштабних наукових досліджень, в яких би порівнювались клінічні групи з однаковою обізнаністю, здійсненням самоконтролю, рівнем мотивації та іншими факторами, що впливають на ефективність лікування.

Значна поширеність тиропатій серед дітей та підлітків з цукровим діабетом I типу вимагала уточнення необхідності застосування тиротропної терапії у цих хворих, а наявність у частини хворих пубертатного віку ознак інсулінорезистентності дозволяла спробувати ввести до комплексу лікування найбільш використовуваного з бігуанідів – препарату метформіну. Отримані результати свідчили, що застосування у дітей, хворих на цукровий діабет в поєднанні з тиропатіями, тиротропної терапії (йодиду калію, тироксину) сприяло не тільки позитивній динаміці розмірів щитовидної залози, тиреоїдного гормонального профілю, але й поліпшенню показників компенсації вуглеводного обміну. Доведено також наявність позитивного ефекту при застосуванні метформіну на тлі інсулінотерапії у деяких хворих на ЦД I типу, зокрема у дівчат пубертатного віку із надлишковою масою тіла, який полягає в додатковому поліпшенні компенсації вуглеводного обміну у таких хворих.

ІНТЕНСИВНІСТЬ ПЕРОКСИДАЦІЇ БІЛКІВ ТА ЇХ ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ В ДІАГНОСТИЦІ ЛЕГЕНЕВОГО УРАЖЕННЯ НА ТЛІ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ КРИТИЧНИХ СТАНАХ

О.Г. БУРЯК

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Процеси вільнорадикального окиснення в патогенезі порушень адаптації новонароджених дітей і формуванні серед них перинатальної патології привертають все більшу увагу дослідників, оскільки при критичних станах будь-якої етіології спостерігається активація вільнорадикальних процесів в органах та тканинах хворого. Відомо, що утворення оксидантів, антиоксидантний захист, пероксидне окиснення білків (ПОБ) є природними процесами. Проте дисбаланс даних механізмів ініціює ПОБ, що призводить до порушення функції клітин, зокрема здатності клітин до генерації й проведення регуляторних імпульсів та енергетичних функцій.

Метою дослідження було вивчення стану інтенсивності ПОБ та визначення діагностичної значущості дослідження цих показників в легневих експіратах в діагностиці паренхіматозної дихальної недостатності у новонароджених при критичних станах.

Основну групу спостереження склали 84 новонароджених з тяжкою дихальною недостатністю (ДН) на тлі різної патології. До групи контролю ввійшли 15 практично здорових дітей.

Дослідження легневих експіратів новонароджених дітей груп порівняння показало, що у немовлят з ДН рівень альдегідо- та кетоніохідних 2,4-динітрофенілгідрозонів (АКДНФГ) нейтрального характеру у легневих експіратах спостерігався майже вдвічі більше порівняно з групою практично здорових дітей ($2,12 \pm 0,08$ ммоль/г білка та $1,15 \pm 0,08$ ммоль/г білка, $p < 0,001$, відповідно). Серед дітей основної групи зареєстровано також підвищення вмісту АКДНФГ основного характеру порівняно з групою контролю ($45,04 \pm 1,69$ проти $18,0 \pm 1,1$ ммоль/г білка, $p < 0,001$, відповідно). Отримані результати дослідження показують, що у новонароджених із ДН відмічається підвищення рівня ПОБ в конденсаті повітря, що видихається (КПВ).

За даними наших досліджень, чутливість та специфічність діагностичного тесту визначення рівня карбонільних груп в легневих експіратах (рівень АКДНФГ основного характеру в КПВ $> 46,0$ ммоль/г білка) за умов проведення респіраторної підтримки з FiO_2 понад 0,4 у діагностиці паренхіматозної ДН в новонароджених складає 77,4%. Відносний ризик наявності запального процесу в легенях, за даними нашого дослідження, становить 4,6, а показник відношення шансів – 11,7. Отримані результати щодо

діагностичної значущості даного діагностичного тесту у діагностиці паренхіматозної ДН можна вважати достовірними, що підтверджується довірчими інтервалами 95% ДІ: 2,21–9,4 та 4,0–33,8 показників відносного ризику та відношення шансів відповідно. Прогностична цінність позитивного результату тесту становить 67%, а прогностична цінність негативного результату тесту – 14%.

Таким чином, надмірна активація вільнорадикальних процесів у новонароджених при ДН за критичних станів призводить до накопичення модифікованих білків в тканині легень. Підвищення рівня АКДНФГ основного характеру в КПВ понад 46,0 ммоль/г білка під час проведення респіраторної підтримки новонароджених із застосуванням підвищених концентрацій кисню можна розцінювати як діагностичний маркер розвитку легеневого ураження.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ЗАМЕНИТЕЛЯМИ ЖЕНСКОГО МОЛОКА В ПЕРИОДЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕБЕНКА

Л.И. БУРЯК, И.Б. ВОРОБЬЕВ, С.А. ЩУДРО

Днепропетровская государственная медицинская академия

Сегодня неоспоримым фактом является натуральное вскармливание детей молоком матери. Практической альтернативы ему нет.

Вместе с тем возникает необходимость перевода ребенка на заменители женского молока, т.е. адаптированные молочные смеси (Infant Formula).

В 1996 году данный продукт был стандартизирован и принят за основу для всех стран мира.

То есть, любой производитель детского питания должен четко придерживаться рекомендаций комиссии Codex Alimentarius, рекомендаций Европейского общества педиатрии, ESPGAN, директивы ЕС. Для этого были разработаны соответствующие уровни содержания основных пищевых веществ и энергетической ценности смеси на 100 мл продукта. Данная информация представлена в соответствующих документах, которые зарегистрированы в каждой стране, и сводится к следующему: все заменители женского молока в любой стране должны быть одинаковы по всем компонентам продукта: белковому, жировому, углеводному, витаминному, минеральному.

Таким образом, при соответствующем технологическом процессе и контроле, целесообразности в закупке импортных заменителей молока не должно быть. К сожалению, действительность не оправдывает ожидания.

На сегодняшний день в данной отрасли действует «олигомонополия» со стороны крупных

иностранных производителей, которые буквально парализовали отечественного производителя, у которого не хватает средств для модернизации собственного производства и закупки высококачественного местного сырья. Поэтому, предпочтение отдается в основном иностранным производителям.

На что хотелось бы обратить внимание врачей-педиатров.

- Предпочтение должно отдаваться тем производителям, чьи смеси вызывают наименьшее количество аллергических проявлений у детей, находящихся на искусственном вскармливании.

- Возраст ребенка: в первые 2–3 недели – пресные смеси.

- В последующем возрасте только те смеси, которые наиболее адаптированы для данного ребенка.

- Учитывать индивидуальную непереносимость смеси.

- Разъяснение родителям о нецелесообразности покупки дорогих смесей, если на более дешевых смесях развитие ребенка идет в соответствии с его физиологическим периодом.

Все иные вопросы, касающиеся производства заменителей женского молока, должны регулярно освещаться в специальной медицинской литературе, доступной для каждого врача-педиатра.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВІДНОСТІ НЕРВОВИХ ІМПУЛЬСІВ ПО СТОВБУРОВИХ СТРУКТУРАХ МОЗКУ У ДІТЕЙ З ДИСКІНЕЗІЄЮ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ТИПУ

В.М. БУРЯК, Н.І. ШАБАН, Р.Ф. МАХМУТОВ

Донецький Національний медичний університет ім. М. Горького

Нами обстежено 83 дитини віком від 11 до 14 років, які хворіють на цукровий діабет першого типу (ЦД I типу) в стані компенсації. В усіх дітей мали місце прояви дискінезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ). Крім того, обстежено 32 пацієнти з ЦД I типу в компенсації без ДЖВШ і 33 практично здорових дитини, які склали групу контролю.

В усіх обстежених проводили вивчення біоелектричної активності стовбурових структур мозку, що чинять регулюючий вплив на діяльність жовчовивідних шляхів. Заздалегідь в усіх дітей аудіометром «Gross clinical audiometr» з'ясовували функцію органа слуху. В обстеженні включали осіб зі збереженим слухом. Дослідження коротколатентних слухових викликаних потенціалів (КСВП) проводили за допомогою електродіагностичного комплексу «Amplaid МК 15» (Італія). Стимуляцію слухової сенсорної системи здійснювали звуковими сигналами, які подавалися моноурально за допомогою головних

телефонів. Амплітуда стимулюючих сигналів складала 100 дБ. Викликану електричну активність реєстрували іпсилатерально стороні стимуляції. Епоха аналізу складала 12 мс. Викликані відповіді формувалися за 1000 пред'явленнями. Оцінювали амплітуди і латентні періоди компонентів з I по V, а також міжпікові інтервали (МПП) I–III, III–V, I–V. Отримані результати обробляли за допомогою методів варіаційної статистики. У групі дітей з ЦД I типу і ДЖВШ було виявлено зміни ряду параметрів КСВП.

Визначалося достовірне ($p < 0,05$) зниження амплітуд I, III, V компонентів, що відбиває зниження збудливості слухового нерва, нейронів оліварного комплексу і нижніх горбів чотирихолмія. Крім того, відмічалось достовірне ($p < 0,05$) подовження латентних періодів I, II, IV, V компонентів КСВП, що свідчить про зниження швидкості проведення збудження порівняно з контрольними групами, на рівні слухового нерва кохлеарного ядра, ядра латерального лемніска і нижніх горбів чотирихолмія. Також у дітей з ЦД I типу і ДЖВШ тривалість усіх вивчених МПП була збільшена. МПП I–III був достовірно ($p < 0,05$) подовженим, що вказує на зниження швидкості проведення збудження на ділянці між латеральною петлею і нижніми горбами чотирихолмія. У 36,8% обстежених з ЦД I типу і ДЖВШ виявлено уповільнення проведення збудження між нижньою частиною мозку і середнім мозком, про що свідчить подовження в них, порівняно з групою контролю МПП III–V. МПП I–V був достовірно ($p < 0,05$) подовженим, що вказує на зниження швидкості проведення збудження на ділянці між слуховим нервом і нижніми горбами чотирихолмія.

Таким чином, викладене свідчить про істотні порушення процесів провідності в стовбурових структурах мозку у дітей з ЦД I при ДЖВШ, які проявляються уповільненням проходження нервових імпульсів через структури слухового аналізатора. Виявлені особливості визначають доцільність вивчення характеру зв'язку стовбура мозку з вегетативними центрами у дітей з дискінезією жовчовивідних шляхів на тлі цукрового діабету першого типу з метою пошуку нових терапевтичних методів, спрямованих на відновлення порушеної у них надсегментарної регуляції жовчовивідної системи.

ПІЄЛОНЕФРИТ У ДІВЧАТОК: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ТЕРАПІЇ

Л.І. ВАКУЛЕНКО, Т.К. РІЗНИК, Н.В. ЗІНЬКОВСЬКА,
О.М. ЛИТВИНОВА, О.М. ПОТАПОВА

Дніпропетровська державна медична академія.
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

Поширеність і питома вага гострих і більшою мірою хронічних захворювань нирок збільшу-

ються з віком пацієнтів, досить часто за рахунок супутньої урологічної, гінекологічної і статеві патології. Супутніми захворюваннями, що обтяжують перебіг пієлонефриту (ПН) та призводять до його хронізації у дівчаток, є урогенітальні хламідіоз і мікоплазмоз. Ці захворювання – серйозна медична, соціальна і демографічна проблема в усьому світі. В літературі є лише поодинокі роботи, присвячені вивченню структури, чутливості та резистентності уропатогенів у дівчаток з ПН.

Метою роботи було визначення частоти й структури супутньої урогенітальної патології у дівчаток з ПН.

Проведено аналіз 125 випадків ПН у дівчаток 0–18 років, з них 20 – з гострим, 105 – з хронічним перебігом захворювання, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні нефрології обласної дитячої клінічної лікарні м. Дніпропетровська. За нашими даними, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), виявлено у 60,8% дівчаток з ПН. Домінувала хламідійна інфекція, яка реєструвалась у 81,6% хворих. Клінічна картина ПН, що асоціювалася з урогенітальною хламідійною інфекцією, не мала специфічної симптоматики, найчастішим синдромом був дизуричний при помірному сечовому синдромі, відмічалось рецидивування вульвіту і вагініту, ПН мав рецидивуючий перебіг з частим рецидивами або безперервно рецидивуючий перебіг. Порівняно з хламідійною, достовірно рідше зустрічались: мікоплазмена інфекція – у 22,4% пацієнтів, трихомоніаз – у 11,8%, кандидоз – у 19,7% хворих. Поєднання кількох інфекцій мало місце у 39,5% дівчаток. Поєднання супутніх інфекцій у дівчаток ускладнювало процес саногенезу, перебіг ПН в цілому, сприяло розвитку і збереженню уродинамічних порушень, частим рецидивам і хронізації ПН. Ймовірним шляхом інфікування хламідійно-мікоплазменої інфекції у дівчаток дошкільного віку був контактнопобутовий (через постільну білизну, предмети туалету), у сексуально-активних підлітків – статевий.

Таким чином, близько двох третин дівчаток з ПН мають інфекції, що передаються статевим шляхом. Асоціація звичайної мікрофлори та ІПСШ ускладнюють перебіг ПН у дівчаток, сприяють розвитку і збереженню уродинамічних порушень, частим рецидивам і хронізації запального процесу. Важливо пам'ятати, що хламідіоз відноситься до кофакторів прогресування СНІДу. Обстеження дівчаток з ПН на предмет хламідійно-мікоплазменої флори повинне бути обов'язковим.

Визначення сучасних вікових особливостей етіологічної структури, чутливості і резистентності уропатогенів у дівчаток з ПН дозволяє проводити цілеспрямовану стартову антибактеріальну терапію за відсутності результатів бактеріологічного дослідження, особливо в амбула-

торних умовах лікування. Призначення антибактеріальної і уросептичної терапії повинне проводитися з урахуванням препаратів, активних щодо хламідій та інших позаклітинних збудників.

ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ, РЕГІОНАРНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ТА ГУМОРАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З РОЗЛАДАМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Т.С. ВВЕДЕНСЬКА

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

Репродуктивне здоров'я жінки зумовлене його станом на етапі пубертату. Встановлено, що формування репродуктивної системи у дівчат відбувається в умовах недостатності лютеїнової фази, що може призвести до виникнення нейроендокринних порушень і дефіциту естрогену, негативного впливу і розвитку порушень системи органів кровообігу та судинних порушень. В зв'язку з цим поширення знань етіопатогенетичних механізмів зумовлює актуальність проведення комплексного дослідження серцево-судинної системи у дівчат-підлітків з розладами менструальної функції.

Метою роботи було виявлення особливостей внутрішньосерцевої гемодинаміки, регіонарно забезпечення органів малого таза і гуморальної активації у дівчат-підлітків з розладами менструальної функції (РМФ).

Обстежено 55 дівчат віком 15–18 років з порушеннями менструальної функції – 30 дівчат з опсоменореєю різного ступеня та вторинною аменореєю (І група) і 25 дівчат з пубертатними матковими кровотечами (ІІ група). До групи контролю увійшли 25 дівчат без серцево-судинних і статевих порушень. Усім пацієнткам проводили доплерехокардіографію, радіоімунологічне дослідження вмісту реніну, ангіотензину ІІ та альдостерону. У більшості пацієток обох груп виявлено ознаки диспластичної кардіоміопатії. Порівняльний аналіз доплерЕхоКГ-параметрів показав, що ідіопатичні пролапси клапанів, розширення порожнин шлуночків, кореня аорти та наявність регургітації в передсердях частіше реєстрували у дівчат І групи. Зниження фракції викиду лівого шлуночка нижче 55% виявляли тільки у пацієток І групи. У 20% обстежених дівчат І групи виявлено зниження піка Е, підвищення піка А трансмітрального кровоплину, а у 32% пацієток ІІ групи – підвищення обох піків. Порівняльний аналіз показників регіонарного кровообігу виявив, що у дівчат І групи частіше реєстрували зниження пульсового кровонаповнення матки ($66 \pm 7,9\%$ проти $12,0 \pm 6,6\%$, $p < 0,05$). Підвищення індексу

резистентності судин матки також частіше виявляли у дівчат І групи ($36,7 \pm 8,8\%$ проти $4,0 \pm 4,0\%$, $p < 0,05$). Уповільнення венозного кровоплину матки та яєчників, а також зниження індексу резистентності реєстрували у 30% пацієток І групи, а в ІІ групі – в поодиноких випадках. Було встановлено, що активність реніну плазми і концентрація альдостерону сироватки крові дівчат обох груп не відрізнялися від показників здорових пацієток. Разом з тим, спостерігалось підвищення ангіотензину ІІ плазми у дівчат І групи ($55,3 \pm 5,1$ проти $22,3 \pm 6,6$ нмоль/л у здорових однолітків, $p < 0,05$). Виявлено, що практично у всіх дівчат з підвищеним рівнем ангіотензину ІІ реєструвалося зниження фракції викиду лівого шлуночка нижче 50% та уповільнення передсердної систоли ($> 0,07$ с). У більшій половині дівчат з підвищеним рівнем ангіотензину ІІ встановлено зниження пульсового кровонаповнення матки й уповільнення її венозного відтікання.

Таким чином, морфофункціональні особливості серця дівчат-підлітків з РМФ свідчать про частоту дисплазії сполучної тканини і зумовлюють формування диспластичної кардіоміопатії. Поеднання порушень внутрішньосерцевої та регіонарної геодинаміки з підвищенням ангіотензину ІІ створюють умови для судинних порушень та напруження компенсаторно-адаптивних механізмів, що виникають внаслідок тривалої відсутності менструації.

ФІТОКОРЕКЦІЯ ВИСОКОГО РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИХ БУДИНКІВ З АСТЕНІЧНИМ СИНДРОМОМ

І.Л. ВИСОЧИНА

Дніпропетровська державна медична академія

Тривожність є дуже поширеним психологічним феноменом нашого часу і виступає суб'єктивним проявом неблагополуччя особистості, її дизадаптації. Вона є частим симптомом неврозів, входить до синдромології інших захворювань та може виступати пусковим механізмом розладів емоційної сфери особистості. Практично всіма дослідниками даної проблеми порушення взаємовідношень «мати-дитина» визначають в даний час як центральну, «базову» причину тривожності.

Метою даного дослідження було вивчення рівня тривожності (тест Спілберга-Ханіна) у дітей, які мають дефіцит батьківського піклування, з оцінкою рівня їх психологічної адаптації (тест Айзенка, Шмішека, дитячий опитник неврозів (ДОН), тест САН, кольоровий тест Люшера) та аналізом суб'єктивних скарг.

Під нашим спостереженням знаходилося 60 дітей віком від 10 до 18 років, які за місцем про-

живання опікувались у трьох дитячих будинках. За нашими даними емоційні розлади за рахунок високого рівня ситуативної тривожності зареєстровано у 40% випадків, високу особистісну тривожність – в 62%, а низький рівень тривожності – у 12%, що корелювало з наявністю невротичних розладів за результатами ДОН за рахунок синдромокомплексів порушень сну, тривожності, вегетативних розладів та порушень поведінки (47%), результатами тесту Шмішека (акцентуації виявлено у 35% спостережень) та тесту Айзенка (рівень нейротизму понад 12 балів зареєстровано у 60% спостережень). Серед суб'єктивних скарг домінували астеничні прояви за рахунок скарг на підвищену стомлюваність (73,3%), загальну слабкість (46,6%), дратівливість (20%), швидке виснаження (30%), труднощі зосередження й концентрації уваги (25%), зниження працездатності (28,3%), поганий сон (60%), головний біль (50%), що корелювало з результатами САН – низький та дуже низький рівень активності зареєстровано у 80% спостережень. За анамnestичними даними всі обстежені діти мали 4 та більше епізодів ГРВІ в анамнезі, хронічні вогнища інфекції верхніх дихальних шляхів (хронічний тонзиліт, аденоїдні вегетації); у 40% спостережень зареєстровано ВСД. З урахуванням вираженості тривожності у обстежених дітей, що поєднувалось з проявами астеничного синдрому, було запропоновано проведення терапії комплексним фітопрепаратом Трипсидан виробництва «Американ Нортон Корпорейшн» (США) за схемою – по 2,5 мл тричі на день протягом 6 тижнів. Випадковим методом всіх обстежених дітей було розподілено на дві групи по 30 дітей, які були порівнювані за віком та статтю.

За нашими даними у всіх дітей першої групи, які отримували терапію Трипсиданом, зареєстровано позитивні зміни за рахунок суб'єктивних відчуттів – нормалізувався сон, підвищилась фізична та розумова активність, практично у всіх дітей не було зареєстровано головного болю, відмічалось поліпшення процесу навчання у школі. За результатами психологічного тестування у динаміці зареєстровано нормалізацію показників САН за шкалами самопочуття та настрою, достовірно зросла активність у частки дітей, зменшився рівень особистісної тривожності, практично у всіх дітей першої групи зареєстровано середній рівень ситуативної тривожності. Переносимість Трипсидану була доброю, побічних ефектів не зареєстровано. У дітей другої групи, які не отримували терапії Трипсиданом, в динаміці спостереження за результатами психологічного тестування не було зареєстровано суттєвих змін, суб'єктивні відчуття у половині випадків – з позитивною динамікою.

Таким чином, показано ефективність застосування Трипсидану у дітей шкільного віку з дитячих будинків, які мали високий рівень тривожності та прояви астеничного синдрому.

БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ

Міністерство охорони здоров'я України

Основним принципом підготовки лікарів на сьогоdnішньому етапі є безперервність та ступеневість медичної освіти залежно від кваліфікації, що набувається. Згідно зі стандартами Всесвітньої федерації медичної освіти система медичної освіти має три послідовних етапи, які нерозривно поєднані між собою: базова медична освіта, післядипломна медична освіта, безперервний професійний розвиток (БПР).

Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів – це період їх постійного навчання, підготовки, підвищення кваліфікації і самодосконалення, що починається після отримання вищої медичної освіти та підготовки в інтернатурі (резидентурі) і триває впродовж всього професійного життя спеціаліста. Ефективна післядипломна підготовка є базовим фундаментом БПР лікаря-педіатра, що нині загальноприйнятий у світі (lifelong learning – навчання через все життя) і до якого йде й наша вища медична та фармацевтична освіта.

Міністерство охорони здоров'я України наказом від 07.07.2009 № 484 «Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27.07.2009 за № 693/16709, законодавчо вже запровадило у галузі Систему безперервного професійного розвитку лікарів.

У рамках введення системи безперервного професійного розвитку лікарів та провізорів та з метою удосконалення системи їх атестації запроваджено Шкалу набору лікарями балів з усіх видів професійної діяльності у міжтестастаційному періоді з метою допуску до складання іспиту за передатестаційний цикл для присвоєння або підтвердження певної кваліфікаційної категорії.

Основа запровадженої системи – це набір кожним лікарем протягом міжтестастаційного періоду певної кількості балів (вища категорія – 80 балів, перша категорія – 70 балів, друга категорія – 60 балів), що є підставою для допуску лікаря до іспиту на складання певної лікарської категорії після проходження передатестаційного циклу.

До форм безперервного професійного розвитку лікарів відносяться: проходження лікарем курсів тематичного удосконалення та передатестаційних циклів; навчання в клінічній ординатурі, магістратурі, аспірантурі, докторантурі; читання лекцій для медичного персоналу та населення, санітарно-просвітницька робота; стажування в провідних клініках як в межах України, так й інших країнах; розробка нових методів діагностики та лікування; розробка ви-

находів та раціоналізаторських пропозицій; керівництво групами лікарів-інтернів; написання статей, монографій, підручників; участь та виступи на з'їздах, конгресах, семінарах, конференціях; педагогічна та науково-педагогічна робота лікарів; робота головним позаштатним спеціалістом управління охорони здоров'я, МОЗ України тощо.

Контроль за безперервним професійним розвитком фахівців та їх атестація проводитиметься управліннями охорони здоров'я спільно з вищими медичними навчальними закладами та закладами післядипломної освіти МОЗ України й професійними лікарськими асоціаціями.

Для забезпечення безперервного професійного розвитку лікарів-педіатрів з урахуванням потреб кожного з учасників навчального процесу можливе використання різних організаційних форм із застосуванням сучасних інформаційних та комунікаційних технологій, над чим зараз працює вища медична школа та педіатрична спільнота.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, С.П. КРИВОПУСТОВ, О.Л. ДЗЮБА,
М.М. СРЄБНИЙ, І.О. ЛОГІНОВА, О.Ф. ЧЕРНИЙ

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

Законом України «Про освіту» визначено головну мету післядипломної освіти – поглиблення професійних знань, умінь за спеціальністю, раніше здобутих у вищому навчальному закладі, збагачення досвіду практичної роботи за фахом тощо.

Забезпечення якості професійної підготовки педіатрів на рівні міжнародних вимог, нові економічні умови, швидке впровадження в медицину та фармацію новітніх наукових та інформаційних технологій, демократичних принципів організації освітнього процесу вимагають постійного вдосконалення системи первинної спеціалізації. На суттєвих змінах у післядипломній освіті лікарів та провізорів наголошує Концепція розвитку вищої медичної освіти, затверджена спільним наказом МОЗ та АМН України.

Практична спрямованість сучасної післядипломної освіти забезпечує орієнтацію її на реальне, практичне щоденне застосування здобутих знань та вмінь. Ефективність підготовки лікаря-інтерна багато в чому залежить від кваліфікації викладацького складу, від сумлінності та кваліфікації відповідального керівника, від наявності навчально-методичного матеріалу, кадрового й технічного забезпечення навчального процесу як на кафедральному етапі навчання, так і на базах стажування. Значення

керівника інтернів як особистості для успішності післядипломної освіти неможливо переоцінити, Аристотелю належить вислів: «Лікарями стають не за посібниками...»

Існує потреба гармонізації вітчизняної післядипломної освіти з освітніми системами світу. Слід підкреслити важливість проблемно-орієнтованого навчання, воно має бути орієнтованим на досягнення кінцевого результату. Акцент має робитися на питання Доказової медицини в діагностиці та терапії дітей, залучені сучасних стандартів надання медичної допомоги дітям.

В Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця накопичено позитивний досвід організації науково-практичних міжкафедральних конференцій та читання міжкафедральних лекцій для лікарів-інтернів за спеціальністю «педіатрія». У майбутньому доцільно розвивати також дистанційні лекції провідних фахівців на базі високих комп'ютерних технологій. Важко переоцінити значення самостійної роботи лікаря з елементами комп'ютерного дистанційного навчання у мережі Інтернет, при цьому підвищується значення наявності якісних web-сторінок кафедр.

Не можна забувати про питання етики та деонтології, біоетики. Лікар має вчитися спілкуванню з хворою дитиною, її батьками, із середнім медичним персоналом, з лікарями-колегами. Без набуття таких суто моральних якостей, як чуйність, доброта, милосердя, чесність, комунікабельність не може відбуватися становлення медика.

Отже, основними завданнями післядипломної освіти є підвищення рівня професійної готовності до самостійної роботи. Проте слід пам'ятати, що інтернатура, як первинна спеціалізація, – це лише перший крок лікарів-педіатрів у їх становленні як фахівців. Ефективна післядипломна підготовка є базовим фундаментом безперервного професійного розвитку лікаря-педіатра, що нині загальноприйнятий (lifelong learning – навчання через все життя).

ВИКЛАДАННЯ НЕОНАТОЛОГІЇ НА ДОДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, С.П. КРИВОПУСТОВ, І.О. ЛОГІНОВА,
О.Ф. ЧЕРНИЙ, Т.І. ШЕВЦОВА

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

Кредитно-модульна система підготовки фахівців передбачає підвищення якості вищої освіти шляхом оптимізації навчального процесу, запровадження програм, що відповідають сучасному рівню розвитку науки та удоскона-

лення контролю успішності навчання відповідно до основних критеріїв професійної компетентності. Система передбачає збільшення самостійної роботи студентів та можливість їх активної участі у навчальному процесі, введення прозорої багатобальної рейтингової шкали оцінювання успішності.

Переорієнтація системи охорони здоров'я на первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини вимагає від вищих медичних навчальних закладів суттєвого поліпшення підготовки сімейного лікаря з неонатології. Вважаємо, що під час вивчення модуля «Неонатологія» вкрай важливо надавати переваги найбільш патологічним станам, які мають найбільшу медико-соціальну значущість з огляду на їх поширеність та частоту інвалідизації.

Так, під час навчання на 5 курсі студенти зі спеціальності «Лікувальна справа» докладно вивчають асфіксію новонародженого, пологові травми, хвороби органів дихання, гемолітичну та геморагічну хворобу, TORCH та бактеріальні інфекції. На 6 курсі головна увага приділяється диференціальній діагностиці жовтяниць та диспансерному спостереженню за дітьми з перинатальною патологією центральної нервової системи в умовах поліклініки.

Курс за вибором «Актуальні питання неонатології» для студентів 6 курсу за спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа» ґрунтується на матеріалі, що стосується диференціальної діагностики найбільш поширених в неонатологічній практиці патологічних синдромів у новонароджених (синдром дихальних розладів, блювання та зригування, анемічного, геморагічного, судомного), природжених пороків серця. Велика увага приділяється основним методам інтенсивної терапії та сучасних аспектів виходжування, лікування й реабілітації недоношених дітей з екстремально малою масою тіла при народженні.

Однією з клінічних баз кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця є міський пологовий будинок № 6 м. Києва, в якому протягом року проходить до 3,5–4 тисяч пологів, з яких до 10% пологів є передчасними. На даній клінічній базі функціонує фізіологічне відділення новонароджених із забезпеченням спільного перебування матері і дитини (65 ліжок) та відділення інтенсивної терапії новонароджених дітей, яке розраховане на 10 ліжко-місце, обладнаних сучасною реанімаційною апаратурою. Під час занять студенти знайомляться з сучасними стандартами ведення новонароджених дітей, відповідними наказами МОЗ України, які регламентують надання спеціалізованої неонатальної допомоги.

В цілому, додипломна підготовка майбутніх сімейних лікарів з неонатології має бути проблемно та практично зорієнтованою з акцентом на оволодіння професійними вміннями ранньої діагностики вищевказаної патології, надання

невідкладної допомоги та реабілітації цих дітей у подальшому. Ця підготовка служитиме базою для вдосконалення вмінь на післядипломному етапі та під час безперервного професійного розвитку лікаря.

ШТУЧНА ВЕНТИЛЯЦІЯ ЛЕГЕНЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З СИНДРОМОМ АСПІРАЦІЇ МЕКОНІЮ

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

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

Традиційна штучна вентиляція легень – це метод респіраторної терапії, заснований на активному нагнітанні повітряно-кисневої суміші у легені під тиском та створенні умов для пасивного видиху, що і визначає достатній газообмін при створенні достатнього тиску на вдиху та видиху, концентрації кисню та його потоку.

Розпочинаючи респіраторну підтримку у відділенні реанімації та інтенсивної терапії новонароджених, слід намагатися встановити такі параметри апаратних вдихів, які б забезпечували розправлення колабованих альвеол, стабілізували їх на вдиху та видиху та запобігали їх кінцево-інспіраторному перерозтягненню. Поряд з цим адекватна оксигенація повинна була досягатись ще і мінімальною парціальною часткою кисню у дихальній суміші для зменшення токсичного впливу останнього на організм немовляти.

Розглядаючи адаптацію новонароджених з синдромом аспірації меконію, потрібно враховувати патогенетичні механізми, що відбуваються в легенях та в організмі в цілому. Механічна обструкція дистальних відділів дихальних шляхів, хімічний пневмоніт та інактивація сурфактанту – це комплекс патофізіологічних реакцій, що зумовлює неможливість забезпечення адекватного газообміну в умовах позауторного існування.

У таблиці наведено розподіл дітей залежно від стартового режиму вентиляції легень, де основна група – новонароджені з синдромом аспірації меконію, а контрольна – новонароджені з асфіксією помірного та тяжкого ступенів.

Розподіл дітей залежно від стартового режиму ШВЛ, абс. (%)

Групи дітей	A/C	SIMV	SIMV/PSV	PSV
Основна група (n=62)	21 (33,9)	10 (16,0)	31 (50,0)	-
Контрольна група (n=23)	7 (30,4)	6 (26,0)	10 (43,5)	-
Всього (n=85)	28 (32,9)	16 (18,8)	41 (48,2)	-

Отже, превалювало використання на початку респіраторної терапії у дітей обох груп комбінованого режиму «synchronized intermittent mandatory ventilation / pressure support ventilation» (SIMV/PSV).

На нашу думку, ідеальним режимом початку вентиляції є саме цей комбінований режим SIMV/PSV, де апаратна частота дихання синхронізована з самостійними вдихами та має примусовий характер, а самостійні дихання, що не підтримуються контрольованими фіксованими параметрами, відбуваються в ізольованому режимі PSV. Доведено, що дана комбінація адекватна як для терапії дихальної недостатності, так і для відлучення від респіратора з мінімальними коливаннями гемодинаміки та роботи дихання.

ЗМІНИ РІВНЯ ОКСИДУ АЗОТУ (II) У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ

А.Б. ВОЛОСЯНКО, О.В. ТИМОЩУК, І.С. ЛЕМБРИК,
О.О. ЦИЦЮРА

Івано-Франківський національний медичний університет

Хронічний гастродуоденіт (ХГД) належить до найпоширеніших захворювань в дитячому віці, в етіології якого відіграє роль ряд чинників, зокрема порушення нитрергічної системи.

Метою нашого дослідження було вивчення рівня оксиду азоту (NO) у дітей з хронічним гастродуоденітом з врахуванням вікових критеріїв. Обстежено 40 дітей з ХГД віком 10–17 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОДКЛ м. Івано-Франківська. 30 практично здорових дітей цього ж віку склали групу порівняння. Відповідно до мети дослідження дітей було розподілено на дві вікові групи. Серед обстежених переважали діти віком 13–17 років (67,5%) проти 32,5% підлітків віком 10–12 років. Верифікацію діагнозу проводили на підставі комплексного обстеження відповідно до сучасних протоколів обстеження та лікування. Рівень оксиду азоту (II) визначали за величиною його активного метаболіту – загального нітриту за допомогою реакції Грісса.

В результаті проведеного дослідження нами встановлено помірне зниження рівня загального нітриту до 33,73 мкмоль/л в крові у 80,0% дітей шкільного віку, хворих на ХГД, проте більш значуще зниження даного показника до 30,93 мкмоль/л констатовано у віковій групі з 13 до 17 років (у 57,5% хворих). Нормальні показники загального нітриту зареєстровано у 17,5% дітей, хворих на ХГД. Підвищення концентрації загального нітриту виявлено лише у одного хворого (2,5%) віком 11 років.

Таким чином, встановлено зниження концентрації загального нітриту у більшості дітей з ХГД. Так, у віковій групі 13–17 років цей показник знижувався у 2,5 разу порівняно з нормою, в той час як серед дітей віком 10–12 років рівень метаболіту оксиду азоту був нижчим у 1,5 разу порівняно з нормальними величинами.

Отже, виявлені зміни рівня оксиду азоту (II) диктують потребу в удосконаленні комплексної терапії хронічного гастродуоденіту у дітей із застосуванням донаторів оксиду азоту (II).

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ КРОВОПЛИНУ В БАСЕЙНІ ПЕЧІНКОВОЇ АРТЕРІЇ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ІЗ ПОКАЗНИКАМИ ПРОТЕЇНОВОГО ОБМІНУ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ

А.Б. ВОЛОСЯНКО, В.В. ХОДАН, О.Я. ЦАРУК

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

В Україні та за її межами спостерігається тенденція до зростання поширеності хронічної патології органів травлення, зокрема гепатобіліарної системи серед дітей та підлітків. Проблемним завданням сучасної педіатрії є пошук новітніх неінвазивних підходів щодо діагностики ранніх порушень функцій печінки при хронічних запальних захворюваннях шлунково-кишкового тракту.

Метою дослідження було вивчення стану кровоплину в басейні печінкової артерії, показників білкового метаболізму печінки та встановлення взаємозв'язку між ними у дівчаток та хлопчиків шкільного віку, хворих на хронічний холецистит.

Для реалізації мети було обстежено 60 дітей, хворих на хронічний холецистит, віком від 9 до 17 років. 40 практично здорових дітей склали групу порівняння. Функціональний стан печінки досліджували ензиматичним колориметричним методом. Кровоплин оцінювали в басейні печінкової артерії за показниками систолічної, діастолічної та середньої швидкості методом ультразвукової доплерографії (апаратом фірми «PHILIPS EnVisor C HD» (Японія). Для статистичної обробки даних застосовували комп'ютерну програму «Statistica for Microsoft».

В результаті дослідження виявлено зниження показників кровоплину в печінковій артерії як у дівчаток, так і у хлопчиків у 2 і більше разів. Встановлено зниження систолічної швидкості до $13,05 \pm 1,38$ см/с ($27,21 \pm 1,73$ см/с, $p < 0,05$), діастолічної швидкості до $13,19 \pm 0,65$ см/с ($19,62 \pm 1,43$ см/с, $p < 0,05$). Слід звернути увагу на різке підвищення систоло-діастолічного індексу – $2,09 \pm 0,15$ ($7,65 \pm 1,41$, $p < 0,05$) – що вказує на високий рівень систолічного тиску та різке зниження судинного тону у дівчаток. У хлопчиків спостерігається подібна картина доплерометричних змін – систолічна швидкість кровоплину в печінковій артерії складала $17,31 \pm 1,60$ см/с ($33,61 \pm 1,77$ см/с, $p > 0,05$), діастолічна швидкість – $5,22 \pm 1,21$ см/с ($14,03 \pm 0,52$ см/с, $p > 0,05$),

зростання систоло-діастолічного індексу – $17,83 \pm 4,20$ см/с ($2,41 \pm 0,11$ см/с, $p < 0,05$).

Результати дослідження протеїнового обміну вказують на зниження показників загального білка сироватки крові до $66,87 \pm 1,41$ г/л порівняно із групою контролю ($72,20 \pm 1,85$ г/л, $p < 0,05$), альбумінів – до $39,13 \pm 0,93$ г/л ($43,29 \pm 1,08$ г/л, $p < 0,05$) і глобулінів – до $27,31 \pm 1,39$ г/л ($29,03 \pm 1,03$ г/л, $p > 0,05$) у дівчаток відповідно. Аналогічна картина спостерігалась у хлопчиків – загальний білок становив $64,13 \pm 3,17$ г/л ($74,96 \pm 1,74$ г/л, $p < 0,05$), альбумінів – $39,94 \pm 1,15$ г/л ($44,41 \pm 1,25$ г/л, $p < 0,05$) та глобулінів – $25,92 \pm 1,73$ г/л ($29,85 \pm 1,01$ г/л, $p < 0,05$) відповідно.

Аналіз кореляційних зв'язків вказує на обернену щільну пропорційну залежність між середньою швидкістю кровоплину в басейні печінкової артерії та рівнем загального білка (дівчатка – $r = -0,34$, хлопчики – $r = -0,19$), середньою швидкістю кровоплину і глобуліновою фракцією білка (дівчатка – $r = -0,17$, хлопчики – $r = -0,22$) у дітей обох статей. Слід відмітити пряму залежність між систолічною швидкістю плину крові та альбуміном сироватки крові у дівчаток ($r = +0,22$), чого не констатовано у хлопчиків.

Таким чином, зниження плину крові можна вважати предиктором раннього порушення функціонального стану печінки. Можливість залучення білковосинтетичної функції із розвитком гіпоальбумінемії при хронічній патології біліарної системи можна вважати асоційованим з гіпоциркуляцією в печінковій артерії і застоєм крові.

ІНФЕКЦІЙНА (БАКТЕРІАЛЬНА І ГРИБКОВА) СЕНСИБІЛІЗАЦІЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З РЕЦИДИВАМИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ

Г.А. ГАЙДУЧИК

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

Обструктивний бронхіт (ОБ) у дитинстві, особливо ранньому, є дуже частим. Від 30 до 50% дітей перших 3 років життя хоча б один раз хворіли на ОБ, а у 54% з них спостерігались його повторні епізоди. З кожним рецидивом ОБ роль бронхоспазму в розвитку бронхообструкції збільшується, і нерідко перший у житті дитини раннього віку епізод ОБ є першим проявом бронхіальної астми. Тому важливе значення має раннє виявлення сенсibilізації до можливих етіологічних чинників ОБ.

Метою роботи було визначення особливостей сенсibilізації до грибкових та бактеріальних алергенів у дітей раннього віку з рецидивами ОБ.

Під спостереженням знаходилося 57 дітей з рецидивами ОБ віком від 3 місяців до 5 років. За

допомогою власної розширеної анкети проведено збір загального та алергологічного анамнезу. Ступінь інфекційної сенсibilізації оцінювали за рівнем сироваткових IgE-специфічних антитіл до грибкових і бактеріальних антигенів методом імуноферментного аналізу з використанням стандартних наборів фірми «Аллерген» (Росія).

В результаті дослідження встановлено, що 75,4% дітей мали обтяжену за алергією спадковість, з них у 42,1% відмічались алергічні захворювання по материнській лінії, а у 33,3% – по лінії батька. Супутню алергічну патологію мали 61,4% малят (36,8% – atopічний дерматит, 24,5% – алергічний риніт). Контакт з пліснявими грибами мали 44,7% дітей.

На підставі результатів алергологічного дослідження у дітей з рецидивами ОБ найвищий рівень IgE-антитіл встановлено до *Alternaria tenius* (59,6%), *Streptococcus faecalis* (57,8%), *Candida albicans* (56,0%), *Aspergillus flavus* (54,2%), *Penicillium tardum* (50,7%). Помірні й низькі рівні IgE-антитіл виявлено до антигенів *Staphylococcus aureus* (35,0%), *Streptococcus pneumoniae* (31,5%), *Staphylococcus epidermidis* (29,7%), *Aspergillus niger* (28,0%), *Staphylococcus epidermidis* (26,8%), *Branchamella catarrhalis* (26,2%).

Низький рівень сенсibilізації констатовано до алергенів *Cladosporium herbarum* (17,5%) і *Streptococcus pyogenes* (17,4%). У 34% дітей наявності сенсibilізації до досліджуваних антигенів не встановлено. Можливо, це пов'язано з дією неуточнених інфекційних чинників або з впливом неінфекційних антигенів – інгаляційних, харчових, побутових тощо.

Отже, у дітей перших 5 років життя встановлено достатньо широкий спектр і високий рівень сенсibilізації до грибкових і бактеріальних алергенів, особливо до грибів *Alternaria tenius*, *Candida albicans*, *Aspergillus flavus*, *Penicillium tardum*, а також до антигенів *Streptococcus faecalis*, менший – до бактерій *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* і *epidermidis*, тобто більш значною є грибкова сенсibilізація.

Ранній розвиток сенсibilізації до інфекційних антигенів у дітей з ОБ є фактором ризику розвитку бронхіальної астми, для запобігання розвитку якої потрібно проводити заходи первинної профілактики у дітей з обтяженим за atopією сімейним анамнезом.

АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНУ ПНЕВМОНІЮ

Л.І. ГАРІДЖУК

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Пневмонії у дітей раннього віку є однією з актуальних проблем пульмонології, що пов'язано з високим рівнем поширеності та смертності.

В цілому світі захворюваність на пневмонію складає від 2 до 12 випадків на 1000 дитячого населення щорічно. Дана патологія погіршує якість життя і призводить до великих фінансових затрат держави на її лікування.

В останні роки спостерігається збільшення числа хворих на пневмонію серед дітей раннього віку на тлі анемії. Серед причин виникнення анемічного синдрому при пневмонії можна виділити: перерозподіл заліза в зону запалення, токсичний вплив продуктів запалення (ендотоксинів) на систему кровотворення, скорочення тривалості життя еритроцитів під впливом імунних комплексів, цитокінів, гаптенів, в тому числі ліків, ендотоксинів, вільних радикалів, штучне вигодовування дітей першого року життя, зниження імунологічної реактивності організму та первинної і швидким формуванням вторинної резистентності до протимікробних препаратів.

Метою нашого дослідження було виявлення змін периферичної крові у дітей раннього віку, хворих на ускладнену пневмонію на тлі анемії. Проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих за останні п'ять років. За цей період у педіатрично-діагностичному відділенні Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні проліковано 2682 дитини з пневмонією. Частота пневмонії на тлі анемії серед дітей раннього віку за останні п'ять років становить в середньому 48,83%. З них: пневмонії без анемії (I група) – 1372 (51,17%), пневмонії з анемічним синдромом (II група) – 1309 (48,83%) дітей.

В результаті комплексного дослідження генез анемії зумовлений дефіцитом заліза. У більшості дітей I групи – 1045 (76,17%) спостерігались ускладнення: обструктивний синдром – у 798 (76,36%), середня тривалість лікування складала 12,58±0,13 дня, токсичний – у 209 (20,0%), без суттєвої різниці в терміні лікування (11,98±0,25 дня), поєднання токсичного і обструктивного синдромів – у 38 (3,64%) з найбільшою тривалістю лікування (14,67±0,73 дня). Серед дітей II групи дефіцитну анемію легкого ступеня виявлено у 911 (69,60%), середнього ступеня – у 310 (23,68%) і тяжкого ступеня – у 88 (6,72%). У дітей з дефіцитною анемією легкого ступеня обструктивний синдром виявлено у 464 (64,27%) випадках, середній ліжко-день складав 13,75±0,07, токсичний – у 162 (22,44%) випадках, середній ліжко-день – 13,14±0,11 і поєднання токсичного й обструктивного – у 96 (13,29%) випадках, середній ліжко-день складав 15,04±0,13. При дефіцитній анемії середнього ступеня тяжкості частота ускладнень суттєво не відрізнялась (67,86, 26,07 і 6,07% відповідно). Однак наростала тривалість лікування – до 15,85±0,08, 15,26±0,09 та 18,12±0,27 дня відповідно. При тяжкому ступені анемії частота обструктивного синдрому зустрічалась в 1,4 разу рідше – у 33 (47,83%), а токсичний та поєднання токсичного і обструктивного синдромів зростали до 24 (34,78%) і 12 (17,39%) випадків відповідно. При цьому спостерігалась найбільша тривалість

лікування при всіх варіантах ускладнень: 19,09±0,13, 23,04±0,23 та 25,27±0,19 дня.

Отже, з наростанням ступеня дефіциту заліза зростає частота токсичного синдрому. Останній підтверджує складні метаболічні порушення при гемічній гіпоксії, які наростають при ендогенній інтоксикації.

ГІПЕРТРОФІЧНА КАРДІОМІОПАТІЯ – ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ ПАРАЛЕЛІ

Л.П. ГЛЄБОВА

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

Метою даної роботи було вивчення ехоморфології серця, контрактильної та релаксаційної функцій міокарда у хворих з різними формами гіпертрофічної кардіоміопатії (ГКМП) для виявлення прогностично несприятливих ознак.

Під нашим спостереженням знаходилось 23 дитини віком від 5 до 15 років. Діагноз було встановлено на підставі загальноклінічних та функціональних методів обстеження та підтверджено результатами ЕхоКГ.

Відповідно до наших даних, у хворих з ГКМП в першу чергу страждала релаксаційна функція лівого шлуночка (ЛШ), що проявлялося появою патологічних типів трансмітрального кровоплину. Зниження релаксаційної функції міокарда більшою мірою залежало від морфологічного типу ГКМП. Прогностично несприятливим за нашими даними є поява феномена рестрикції наповнення ЛШ. Контрактильна функція знижувалась значно пізніше порівняно з релаксаційною. При оцінці контрактильної функції міокарда доцільно використовувати стандартні показники контрактильності в поєднанні з індексами внутрішньоміокардіального напруження та показниками, що характеризують ступінь систолічного потовщення міокарда. Прогностично несприятливим є значне зниження індексу внутрішньоміокардіального напруження в спокої при задовільній релаксаційній функції міокарда. Можна припустити, що визначені діагностичні показники свідчать про неадекватність адаптаційних механізмів в умовах патологічної перебудови матриксу міокарда.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТУ У ДІТЕЙ

О.З. ГНАТЕЙКО, О.Л. ЛИЧКОВСЬКА, І.Ю. КУЛАЧКОВСЬКА,
Х.Б. НАКОНЕЧНА

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

За даними публікацій останніх років патологія гастроудоденальної зони (ГДЗ) все частіше

супроводжується рефлюксами – гастроєзофагеальним (ГЕР) та дуоденогастральним (ДГР) або дуоденогастроєзофагеальним. Аналіз результатів ендоскопічного обстеження, проведеного у Львівській обласній дитячій клінічній лікарні «Охматдит», показав, що частота рефлюксів при патології ГДЗ зросла з 32,2% у 2002 році до 61,5% у 2009. І якщо патологічний ГЕР на сьогоднішній день виділено в окрему нозологічну одиницю – гастроєзофагеальну рефлексну хворобу, – ДГР часто залишається «непоміченим» клініцистами як такий, що не вимагає додаткового лікування. З іншого боку, жовчний рефлюкс є важливим компонентом патології ГДЗ та є незаперечним фактором канцерогенезу в дорослому віці. У дітей ДГР є найчастішою причиною виникнення гастриту С (хімічного або рефлюкс-гастриту). Рефлюкс-гастрит (РГ) розглядають як специфічну форму захворювання, яке виникає внаслідок пошкодження слизової оболонки шлунка власне компонентами рефлюксату, що містить жовчні кислоти, панкреатичні ферменти, лізолецитин. Клініка РГ мало специфічна та мало вивчена, особливо у дітей, що утруднює діагностику.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей клінічного перебігу РГ у дітей та можливостей підвищення ефективності його лікування.

Нами проаналізовано історії хвороб дітей з патологією ГДЗ, які лікувалися стаціонарно у відділі старшого дитинства Львівської обласної дитячої клінічної лікарні «Охматдит» у 2009 році (всього 506 дітей). ДГР та РГ діагностовано у 160 (31,5%) дітей. Серед цих пацієнтів достовірно частіше спостерігали деструктивні форми патології ГДЗ (у 51 дитини – 31,9%, порівняно без ДГР у 76 дітей – 22,0%; $p < 0,05$). Нами виявлено також деякі особливості клінічних проявів захворювань ГДЗ у дітей за наявності ДГР та без нього. У дітей без ДГР частіше зустрічався ранній біль, тоді як при ДГР переважав пізній та «голодний». У достовірно більшій частині дітей з РГ больовий синдром був відсутнім взагалі. Серед скарг диспептичного характеру у дітей з ДГР домінували нудота і знижений апетит. Частіше у групі дітей з ДГР спостерігалася відрижка повітрям, яка, зі слів пацієнтів, часто приносила полегшення – зменшення нудоти. Дисфункція жовчовивідних шляхів спостерігалася також достовірно частіше за наявності ДГР. Відмінності клінічних проявів та тяжкості перебігу патології ГДЗ у дітей за наявності ДГР і без нього можна пов'язати з альтернуючим впливом рефлюксату, зокрема жовчних кислот (ЖК). За рахунок детергентних властивостей ЖК взаємодіють з ліпідами клітинних мембран, спричинюючи їх пошкодження. У цьому плані перспективним є впровадження у схеми лікування РГ препаратів урсодезоксихолевої кислоти (УДХК). Дія УДХК пов'язана зі здатністю витіснити з пулу первинні та вторинні

ні ЖК, не змінюючи загального вмісту ЖК у жовчі. УДХК більш гідрофільна, а, отже, менш токсична для клітин і тканин. Зростання її частки у жовчі та відповідно в рефлюксаті, може знизити пошкоджуючу дію останнього на слизову оболонку шлунка.

Призначення препаратів УДХК дітям при РГ сприяло більш швидкому та стійкому усуненню симптомів захворювання, ніж при застосуванні лише базисної терапії (прокінетики, антисекреторні середники і/або антациди). Ефективність УДХК була однаково високою у дітей з Нр(+) та Нр(-) патологією ГДЗ. Це підтверджує дані літератури про те, що УДХК знижує запальні зміни слизової оболонки шлунка (пряма протекторна дія УДХК за рахунок антиоксидантних властивостей), не впливаючи на колонізацію Нр.

НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ДІТЕЙ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА НІЧНИЙ ЕНУРЕЗ, ЗА ДАНИМИ ДОСЛІДЖЕНЬ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ

Т.Л. ГОДЛЕВСЬКА, О.В. ЗУБАРЕНКО, Т.В. СТОЄВА,
І.А. КОЛКЕР

Одеський державний медичний університет

Проведено обстеження дітей віком 7–8 років, у яких було діагностовано моносимптоматичний нічний енурез. Всього в дослідженні взяли участь 15 дітей з енурезом (7 хлопчиків та 8 дівчаток) та 12 практично здорових дітей (6 хлопчиків та 6 дівчаток) аналогічного віку (група контролю).

Запис ЕЕГ проводили монополярно за системою 10–20 від середніх відведень: фронтального (Fz), центрального (Cz) і парієтального (Pz). Індиферентний електрод розміщували на мочці вуха. З метою дослідження когнітивних викликаних потенціалів (ВП) здійснювали звукові стукання різної інтенсивності: гучні (80 дБ) та тихі (50 дБ) у співвідношенні 80:20 та інтервалом між звуковими феноменами в 2,5 с. Відповіді на значущі звукові (тихі звукові постукування) усереднювали та підраховували латентний період та амплітуду компонентів ВП. Латентний період Р300 відраховували від початку звукового подразнення до пікової амплітуди цього компонента. Відносно фонові (нульові) лінії проводили вимірювання пікової амплітуди Р300. Причому амплітуду та латентність компонента Р300 визначали в інтервалі від 250 до 600 мс.

Було встановлено, що в основній групі латентність Р300 була суттєво більшою, ніж в групі контролю, коли її визначали в серединних відведеннях парієтальної кори (Pz), тім'яної (Cz) та фронтальної відділів кори (Fz). Визначено, що в групі дітей з нічним енурезом латентний період Р300 мав виражену тенденцію

до подовження і в тім'яних відділах кори мозку різниця досягала ступеня достовірних відмінностей (390 та 360 мс відповідно; $p < 0,05$). Латентний період N200 і N300, а також амплітуда цих хвиль, які було зареєстровано в усіх зазначених відведеннях, не відрізнялась від відповідних показників групи контролю. В той же час амплітуда P300 у дітей з енурезом у фронтальних відведеннях була достовірно меншою порівняно до амплітуди P300 у тім'яних відведеннях (Cz). Не було відмінностей амплітуди P300, які було зареєстровано у фронтальних та парієтальних відділах кори головного мозку.

Дослідження міжпикових інтервалів слухових стовбурових ВП (ССВП) засвідчило, що інтервали I–III та I–V були збільшеними у дітей з енурезом. Також спостерігалось скорочення латентного періоду виникнення N75 та P100. Вказані зміни з боку функціонального стану стовбурових нейрональних центрів можуть свідчити про затримку дозрівання стовбурових структур головного мозку у дітей, які страждають на енурез, що лежить в основі зниження вираженості реакції пробудження.

Було також проаналізовано відповідні показники в підгрупах дітей з енурезом, у яких були відмінності за ознакою рівня реактивної тривожності. Встановлено, що в групі пацієнтів з енурезом висока тривожність присутня у 11 із 15 дітей, в той час як в групі контролю висока тривожність мала місце у 2 із 12 дітей ($p < 0,05$). У дітей з енурезом та високим рівнем тривожності інтервали I–III та I–V ССВП були більшими, ніж у дітей з енурезом і низьким рівнем тривожності на 17,2%. Крім того, амплітуда P300, яку було зареєстровано в тім'яних відведеннях кори мозку, була відповідно меншою на 14,9%.

Таким чином, отримані результати свідчать про те, що за умов моносимптоматичного нічного енурезу у дітей спостерігаються зміни з боку когнітивних ВП та стовбурових слухових ВП, які можливо кваліфікувати як такі, що свідчать про недостатній функціональний розвиток структур нервової системи. Вказані показники можуть слугувати в якості індикативно-прогностичних для оцінки ефективності лікування енурезу.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ФЕБРИЛЬНИХ НАПАДІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Р.І. ГОНЧАРУК, О.К. КОЛОСКОВА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

За результатами комплексного обстеження 54 дітей раннього і дошкільного віку, які виділяють пурулентне мокротиння у період фебрильних нападів бронхіальної астми (БА), встановлено, що різний ступінь вираженості хронічного алергічного запалення в дихальних шляхах (ДШ) асоціює з клінічно-імунологічними відмінностями та різ-

ним прогнозом захворювання. Нами показано, що ризик гірших результатів комплексної дезобструктивної терапії асоціює зі зниженням вмісту в сироватці крові IgA менше 1,6 г/л (СШ = 5,3) та IgG менше 6,5 г/л (СШ = 3,8).

Отже, виправданим було провести дослідження, присвячені вивченню ефективності бактеріального імуномодулятора Респіброну, що представляє полівалентний лізат з 13 патогенних мікроорганізмів, з метою оптимізації перебігу фебрильних нападів БА. Враховуючи те, що даний препарат поліпшує специфічний антибактеріальний захист проти основних збудників інфекцій ДШ, а також неспецифічний противірусний захист, вважали, що його використання дозволить досягти позитивного клінічного ефекту в лікуванні нападів астми, які провокуються інфекційними агентами.

Обстежено в динаміці 30 пацієнтів дошкільного віку, 15 з яких в комплексі дезобструктивного лікування використовували Респіброн віковими дозами (I група), а решта сформували групу порівняння (II група). Проведене комплексне клініко-імунологічне дослідження перед стартом імуномодулюючої терапії та через 2 тижні після її завершення. За основними характеристиками (статью, віком, місцем проживання, тривалістю і тяжкістю захворювання) групи були порівнюваними.

Отримані дані дозволили дійти висновку, що у I групі статистично достовірних змін зазнали показники вмісту CD₃-лімфоцитів у крові, які свідчили про зменшення вираженості імунологічного дисбалансу в крові. Разом із тим, достовірно зменшився вміст каталази в конденсаті видихуваного повітря у пацієнтів під впливом імуномодулюючої терапії Респіброном (з $35,4 \pm 5,0$ до $22,8 \pm 2,5$ мкг білка/год), що також свідчило про зменшення вираженості місцевого запального процесу в бронхах. Розглядаючи як показник ефективного лікування рівень активності каталази у конденсаті видихуваного повітря $< 22,7 \pm 2,5$ мкг білка/год, можна стверджувати, що використання препарату Респіброн дозволило достовірно знизити ризик збереження активного запалення ДШ: СШ – 13,0 (95% ДІ 2,1–81,5), абсолютний ризик – 55%.

У II групі відбулися позитивні зрушення у вмісті імунокомпетентних лімфоцитів крові, проте з боку показників конденсату видихуваного повітря достовірних позитивних змін не відмічено. Середній вміст IgA у сироватці крові дітей I групи становив $2,9 \pm 0,6$ г/л, а II групи – $0,9 \pm 0,2$ г/л ($p < 0,05$). Проте зміни вмісту IgG та IgM у сироватці крові не набули достовірних змін, мабуть, внаслідок короткого терміну обстеження хворих після використання препарату. Позитивним слід відмітити і той факт, що у I групі у комплексному лікуванні рідше використовувалися глюкокортикостероїди для купірування бронхіальної обструкції, еуфілін та вдавалися до антибактеріальної терапії.

Таким чином, використання у комплексній дезобструктивній терапії імуномодулятора Респіброн дозволяє досягти позитивних зрушень з боку показників клітинної та гуморальної ланок імунного захисту організму, зменшити медикаментозне навантаження на дітей, а також достовірно зменшити вираженість місцевого алергічного запалення бронхів.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАКРЕПІВ У ДІТЕЙ

Н.О. ГРЕГУЛЬ, Л.К. АНДРЕЄЩЕВА, В.В. ГРЕГУЛЬ,
С.В. ДЮКАРЕВА

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

Закреп проявляється затримкою випорожнення, систематичним неповним випорожненням та напруженням. В практичній роботі закрепом вважають затримку стула більш ніж на 48 годин. Для закрепу характерно ще й порушення консистенції калу (дуже твердий, скудний). У дітей раннього віку 95% і більше розладів носять функціональний характер.

Причинами закрепів можуть бути:

- порушення власне самого акту дефекації;
- зміни в більш проксимальних відділах товстої кишки чи тонкої кишки, або загальні порушення моторики кишки;
- наявність аномального стула при нормальній рухливості кишки і відсутності змін акту дефекації;

Згідно з традиціями, що склалися, до функціональних закрепів відносять свідоме чи не свідоме подавлення дитиною позову до дефекацій. Зрештою у дитини втрачається його відчуття. До етіологічних факторів також відносять нераціональне харчування, малорухомий спосіб життя. Неабияке значення має обтяжений акушерський анамнез, хвороби матері, патологія вагітності, травмування новонародженого в пологах та ін.

Довготривала затримка калу може призвести до хронічної калової інтоксикації, відставання у психофізичному розвитку, зниження захисної функції організму, захворювань внутрішніх органів, шкіри та багатьох інших патологічних станів.

В нашій роботі наведено результати лікування 87 дітей з хронічними закрепками. Значної уваги надавали результатам огляду хворого, ректальному пальцевому обстеженню, даним копрологічного й бактеріологічного обстеження калу, ректороманоскопії, колоноскопії (за наявності показань), іригографії (особливе значення), пасажу контрасту по шлунково-кишковому тракту, аноманометрії, іншим обстеженням за необхідності.

Важливе значення надавалося оцінці неврологічного статусу дитини.

Лікування дітей з закрепками проводилося з урахуванням етіології патологічного процесу, порушень скоротливої функції замикаючого апарата прямої кишки й акту випорожнення, наявності супутніх вад розвитку, захворювань та станів.

Для уточнення обсягу лікування залучалися до консультацій спеціалісти: хірург, невролог, психолог, лікар-фізіотерапевт, за необхідності інші спеціалісти.

В клініках призначалася базова терапія (дієта, ферменти, гепатопротектори, пробіотики). Обов'язково проводилася робота з батьками з метою корекції їх поведінки та ставлення до дітей, особливо раннього віку.

У дітей, які знаходилися під нашим спостереженням, до комплексу терапії включено:

- фізіотерапію – ендотон ректальний № 10 + ЛФК; фітотерапію; голкорексфлексотерапію.

Лікування закрепів у дітей повинно проводитися з урахуванням психоемоційного стану дитини та сімейного клімату. В комплексі терапії закрепів фітотерапія, голкорексфлексотерапія, фізіотерапія є достатньо ефективними та мають довготривалий позитивний ефект. Лікування супутніх захворювань збільшує ефективність вирішення основної проблеми.

НАУКОВІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ СУЧАСНОЇ АНТИТЮТЮНОВОЇ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ

О.В. ГРУЗЄВА

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

Значна поширеність тютюнопаління серед населення, у тому числі молоді, студентів, медичних працівників, ставить питання боротьби з тютюном в ранг найбільш пріоритетних. Його значущість зумовлена значними негативними медико-соціальними наслідками паління та пов'язаними з ними економічними збитками.

Як засвідчив аналіз міжнародного, європейського та національного законодавства, просвітницький та навчальний напрям є стратегічним напрямом боротьби з тютюном.

Світовий досвід доводить високу ефективність профілактичних просвітницьких та навчальних програм як на популяційному рівні, так і для цільових груп.

Обґрунтування і розробка освітнього курсу «Контроль над тютюном» є нагальною необхідністю для вищих медичних закладів України з огляду на поширеність паління серед студентів, відсутність цілісних системних навчально-освітніх матеріалів з вказаних питань та велику потребу в них.

Науковою основою для розробки даного курсу стали виявлені особливості та закономірності

поширеності паління серед різних прошарків населення, дані, засновані на доказах про ефективні стратегії боротьби з палінням, досвід провідних наукових, освітніх закладів та закладів практичної охорони здоров'я, установ і закладів інших відомств щодо боротьби з тютюном, рекомендації впливових міжнародних та регіональних організацій, нормативні вимоги до здійснення освітньої діяльності у вищих навчальних закладах тощо.

В результаті проведеної роботи визначено дизайн освітнього курсу та його основну тематику, обґрунтовано методологію створення, встановлено вимоги до його побудови, окреслено мету, сформовано змістову структуру лекційного матеріалу, його ілюстративний супровід тощо. Обґрунтовано та визначено об'єкт навчання, вимоги до засвоєння теоретичних знань та оволодіння практичними навичками, методи моніторингу та оцінки ефективності навчання.

Впровадження освітнього курсу «Контроль над тютюном» у вищих медичних навчальних закладах України сприятиме озброєнню студентів та працівників охорони здоров'я сучасними знаннями з проблем паління і боротьби з тютюном, оволодінню ними практичними навичками проведення профілактичної роботи серед своїх пацієнтів, підвищенню мотивації до неї, формуванню стійких переконань про неприпустимість паління, необхідність боротьби з ним, дозволить досягти реальних зрушень у скороченні поширеності шкідливих звичок серед населення і підвищенні рівня його здоров'я.

ПОШИРЕНІСТЬ ПАЛІННЯ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПРОФІЛАКТИКИ

О.В. ГРУЗЄВА

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

Паління підлітків є однією з найважливіших соціальних проблем. У підлітковому віці закладаються передумови для формування в майбутньому залежності від паління тютюну, що в подальшому негативно впливатиме на здоров'я. Заходи, які використовуються сьогодні для запобігання палінню, часто є недостатніми і мають невисоку ефективність. Вказані явища та їх причини потребують моніторингу, серйозного вивчення та глибокого аналізу для обґрунтування і розробки дієвих програм профілактики паління.

З огляду на це, дослідження поширеності тютюнопаління серед учнівської молоді та визначення ефективних способів і методів його профілактики мають виняткову актуальність. Проведене в Україні в 2009–2010 рр. дослідження з вивчення поширеності паління виявило його значний рівень серед учнівської молоді, як се-

ред хлопців, так і серед дівчат, що збігається з тенденціями в країнах СНД та країнах Східної Європи.

Виявлено досить ранній початок залучення курців до цієї шкідливої звички, що є несприятливим в прогностичному плані явищем з точки зору впливу на здоров'я, успішність, працездатність та можливість припинення паління. Очевидно, що профілактичні програми, спрямовані на формування стійких стереотипів здорового способу життя, повинні впроваджуватися в більш ранніх вікових періодах життя.

У ході дослідження встановлено зв'язок між палінням батьків та формуванням цієї звички у дітей.

Кількісні зміни в поширеності паління серед підлітків закономірно переходять у негативні якісні, а саме: в збільшення частки підлітків зі сформованою схильністю до паління. Це зумовлює необхідність реалізації профілактичних програм формування стійких стереотипів здорового способу життя у всіх вікових групах. У підлітків старшої групи, поряд з потребою в сучасних інформаційно-освітніх технологіях, часто існує необхідність в наданні конкретної допомоги у відмові від паління за участі психологів та медичних працівників.

Встановлено низький рівень знань підлітків про шкідливість паління, їх поверховість, хибність багатьох переконань, що свідчить про недостатню ефективність існуючих методів профілактики паління серед підлітків і необхідність пошуку шляхів її удосконалення.

За результатами проведеного дослідження запропоновано інформаційно-освітню програму з профілактики паління у підлітковому середовищі, яку розроблено з урахуванням сучасних тенденцій поширеності паління серед школярів, його особливостей, фактичних знань підлітків з проблем паління, їхніх інформаційно-освітніх потреб та побажань щодо форм, методів реалізації освітніх технологій, джерел інформації тощо.

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ХАРАКТЕР ХАРЧУВАННЯ ТА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

Т.С. ГРУЗЄВА

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

Широкомасштабне вивчення здоров'я в різних групах населення у взаємозв'язку з особливостями харчування, яке включало викопіювання з медичної документації, медичні огляди та анкетування в різних регіонах України, дозволило виявити закономірності та особливості формування здоров'я під впливом аліментарного фактора. Обсяг вибіркової сукупності стано-

вив 40 тис. осіб, що дало змогу отримати репрезентативні дані, а також встановити кореляційну залежність між показниками здоров'я і соціально-гігієнічними чинниками, у т. ч. характером та якістю харчування.

У ході дослідження було виявлено значні відмінності у якісних та кількісних характеристиках харчування населення, у т.ч. дитячого з різним рівнем достатку. Серед осіб, які оцінили харчування своєї сім'ї як добре, лише 2,9% склали особи з мінімальними доходами, 16,4% – ті, хто мав дохід нижче за середній, тоді як серед сімей з середніми доходами їх частка складала 30,3%, вище середніх – 57,7%.

Було встановлено, що через складне фінансове становище значна частина респондентів не мала можливості забезпечити повноцінним харчуванням усіх членів сім'ї. На брак коштів, як причину поганої якості харчування сім'ї, вказали 77,8±0,50–89,0±0,54% респондентів із сімей з низькими доходами; 40,7±0,79% сімей із середніми доходами і 5,2±0,38% – з вищими за середні.

У результаті вивчення думки батьків щодо харчування дітей було виявлено істотні відмінності у споживанні м'яса та фруктів дітьми з малозабезпечених сімей і таких, що мають середні та високі доходи. Батьки з сімей з мінімальними і малими доходами низько оцінювали харчування дітей, а серед основних причин вказували на брак коштів.

Негативно позначалась на організації харчування дітей недосконалисть його в дитячих навчально-виховних закладах.

Низька якість харчування негативно позначається на показниках здоров'я дитячого населення. Так, відмінності у загальній захворюваності дітей, які споживали м'ясо щоденно (877,6‰) та 1 раз на місяць (1348,2‰), становили 1,5 разу. Особливо виражено на формування показника захворюваності впливала частота споживання фруктів. Серед дітей, харчовий раціон яких включав щоденно вживання фруктів, захворюваність на анемію була у 2,2 разу нижчою, ніж серед тих, хто споживав їх епізодично. Хронічна патологія мигдаликів та аденоїдів виявлялась у дітей із сімей з низьким життєвим рівнем у 3,8 разу частіше, хронічні фарингіти і ларингіти – у 2,5 разу частіше, ніж у дітей із забезпечених сімей. Серед чинників, які негативно позначалися на здоров'ї дітей, 63,5% батьків з малозабезпечених сімей вказували на незадовільне харчування.

Таким чином, значна частина сімей із низькими доходами не забезпечує належного за якістю і кількістю харчового раціону дітей, що негативно впливає на стан їхнього здоров'я та потребує вжиття комплексу заходів з підвищення економічного становища таких сімей і поліпшення харчування підростаючого покоління з метою запобігання розладам здоров'я.

ІСТОРІЯ КАФЕДРИ ПЕДІАТРІЇ ЛЬВІВСЬКОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Л.П. ДЕДИШИН

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

Викладання педіатрії, як самостійної науки, у Львівському національному медичному університеті розпочалося у 1904 році, коли була відкрита перша і найстаріша на теренах Галичини кафедра педіатрії. Першим керівником кафедри (1909–1918 рр.) був професор Ян Рачинський. Під його керівництвом проводились дослідження щодо впливу сонячного світла на обмін Р і Са в організмі дитини. Після обговорення результатів цих досліджень на Міжнародному конгресі лікарів у Парижі було обґрунтовано застосування ультрафіолетового опромінення у профілактиці та лікуванні рахіту.

Із 1918 по 1946 роки кафедру очолював учень відомого вченого Пірке – професор Франц Гроєр. Напрямок його наукових праць: дитячі інфекційні хвороби, опрацювання методу алергометрії в діагностиці туберкульозу, ендокринна патологія. Проф. Ф. Гроєра було призначено першим головним педіатром обласного відділу охорони здоров'я Львівщини. Після репатріації проф. Ф. Гроєра до Польщі в 1946 році завідувачем кафедри призначено доцента, а згодом проф. С.І. Коржинського – прекрасного клініциста, відомого своїми працями з легеневої патології, токсикозів у дітей раннього віку. Його монографія «Невідкладна педіатрія» (1970 р.) була настільною книгою педіатрів багатьох років.

Починаючи з 1950 року, кафедрою педіатрії впродовж наступних 20 років керував професор С.І. Ігнатів. Йому належить особлива роль у поліпшенні педіатричної служби в Західному регіоні України. В 1951 році з його ініціативи було відкрито педіатричний факультет, першим деканом якого він і був обраний. Від початку керівництва кафедрою проф. С.І. Ігнатів сприяв розширенню клінічної бази з 80 до 120 ліжок, розпочав активну підготовку науково-педагогічних кадрів із педіатрії через аспірантуру та клінічну ординатуру. Під його керівництвом захищено близько 30 кандидатських та 3 докторських дисертації, надруковано понад 200 наукових праць.

Наступні 7 років (1970–1977) кафедрою керувала професор С.М. Юсько. Вона відома своїми науковими працями з патології новонароджених, ліпідного обміну при захворюваннях дітей, перебігу стафілококових пневмоній у дітей. Нею започаткована реконструкція дитячої клініки, створення відділення виходжування недоношених дітей.

Із 1970 впродовж наступних 30 років, найдовше за всю історію кафедри, її очолювала професор С.К. Ткаченко, відомий в Україні та за її межами вчений, педагог, педіатр. Основні науко-

ві напрямки: вивчення становлення імунної системи у дітей раннього віку, визначення факторів ризику розвитку гіпоімунних станів, а також ролі перинатальної патології у формуванні соматичної та неврологічної патологій. Результати наукових досліджень опубліковані у численних статтях, монографіях. Під її керівництвом виконано та захищено понад 20 кандидатських та 5 докторських дисертацій. Працюючи сьогодні на посаді професора кафедри, Світлана Кузьмівна продовжує активно готувати до друку монографії та підручники. За її редакцією у 2009 р. вийшов підручник «Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики».

Сьогодні кафедру очолює професор С.Л. Няньковський. Основними науковими напрямками кафедри є гастроентерологія, алергологія, неонатологія. Викладачами кафедри щорічно випускаються сотні лікарів. Більше ніж за сто років існування кафедра не лише продовжує славні традиції своїх засновників, а й сповнена бажанням йти до нових звершень у науці, лікувальній та педагогічній роботі.

РОЛЬ МІКРОСОЦІАЛЬНОГО ОТОЧЕННЯ У ФОРМУВАННІ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

О.А. ДЕМЧЕНКО

Харківська школа-інтернат для дітей, хворих на цукровий діабет

Цукровий діабет (ЦД) у дітей є нагальною гострою медико-соціальною проблемою у контексті парадигми соціальної адаптації. Невпинне зростання захворюваності на цукровий діабет у дітей в Україні зумовлює пошук нових рішень у терапевтичному втручанні і стратегій медико-психологічного супроводження. Якість психологічного і соціального функціонування дітей з хронічними захворюваннями є одним із актуальних напрямів соціальної педіатрії.

Метою дослідження є вивчення впливу факторів сімейного оточення та соціальної адаптації на характер перебігу ЦД у дітей. Було здійснено клінічні та психологічні дослідження у 100 дітей віком від 6 до 17 років, проведено інтерв'ю та психологічне обстеження 100 матерів дітей, хворих на ЦД.

Дизайн дослідження включає вивчення стану компенсації ЦД (коливання рівня цукру крові протягом доби, добової глюкозурії та рівня глікозильованого гемоглобіну); психологічні тести – шкала сімейного оточення (ШСО); шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3); методика Варга та Століна, орієнтована на вивчення особливостей батьківської позиції матері по відношенню до дитини.

Встановлено, що показники глікозильованого гемоглобіну, які не перевищують межу у

7,5%, мають лише 11% дітей. Перебіг діабету у більшості дітей характеризується частими декомпенсаціями.

Гармонійний тип сімейної соціограми мали лише 37% дітей, 41% виховувались в неповній сім'ї, 10% – у повній, але дисгармонійній, 8% – у деструктивних родинах, 4% – становлять соціальні сироти.

У 21% дітей (за даними ШСО) виявлено низькі показники за шкалою «згуртованості», 40% мають високі показники (особливо сильна згуртованість), що вказує на обмеження вільного вибору хворою дитиною.

У 70% дітей реєструються середньовисокі показники конфліктності в родині. Фрустрованість та слабкий контроль з боку батьків виявляли 49% дітей, а у 12% – перебільшене контролювання дорослими.

Згідно з шкалою «прийняття – відторгнення» 44% матерів відторгали своїх дітей. Від проблем дитини відгороджувалися 6% батьків. Авторитарний тип відносин демонстрували 17% батьків, а 23% – практично не здійснювали контролю за дитиною в системі «життя з діабетом».

Роз'єднаний тип сімейних відносин мали 23,3% дітей та 26% батьків, розділений тип – 52,9% дітей та 40% батьків. Аналіз рівня сімейної адаптації показав домінування хаотичного типу (52,9% дітей та 59% батьків).

Виходячи з цього, фактори сімейного оточення мають велике значення у виникненні декомпенсації ЦД та формуванні соціальної дизадаптації дитини. Це вимагає включення до системи реабілітації програм медико-психологічного та психотерапевтичного втручання.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ І ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ В ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ

М.Ф. ДЕНИСОВА, Н.В. ЧЕРНЕГА, Н.М. МУЗИКА, Ю.В. КУДРЕЙ

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

Мета дослідження: вивчити функціональний стан серцево-судинної системи (ССС) і вегетативного гомеостазу (ВГ) в дітей із хронічними вірусними гепатитами В (ХГВ) і С (ХГС).

Обстежено 74 дитини із ХГВ і ХГС 6–18 років методами ехокардіографії, електрокардіографії, кардіоінтервалографії з клінортостатичною пробою.

Порушення серцево-судинної системи частіше реєструвалися у дітей з високим ступенем активності запального процесу у вигляді підвищення (31%) або зниження (22%) артеріального тиску, порушення функції автоматизму (18%), функції збудливості міокарда (15%), порушення метабо-

лічних процесів у міокарді (45%). У 60% хворих з активним запальним процесом встановлено гіперкінетичний тип центральної гемодинаміки; еукінетичний тип – у 22% хворих; гіпокінетичний тип – у 18% хворих. 85% хворих із ХГВ і ХГС мали ознаки вегетативної дисфункції. Вегетативний дисбаланс у дітей із ХГС характеризувався симпатикотонією, особливо при високій і помірній активності (76%). У хворих із ХГВ не виявлено переваг будь-якого типу вихідного вегетативного тону. Зрив компенсаторних механізмів регуляції серцевої діяльності мали 30% дітей з високою і помірною активністю запального процесу.

Отже, виявлені у хворих із ХГВ і ХГС зміни функціонального стану ССС і ВГ свідчать про напружену роботу цих систем, що вимагає індивідуального підходу до фізичних навантажень, доповнення схем обстеження методиками дослідження серцево-судинної системи і вегетативно-нервової системи, розробки медикаментозної корекції виявлених порушень.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ФАКТОРІВ ХВОРОГО І ФАКТОРІВ ВІРУСА

М.Ф. ДЕНИСОВА, Н.В. ЧЕРНЕГА, Н.М. МУЗИКА,
Ю.В. КУДРЕЙ

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

Мета дослідження: вивчити особливості клінічного перебігу хронічного вірусного гепатиту В (ХВГ В) у дітей залежно від факторів хворого і факторів вірусу.

Обстежено 60 дітей із ХГВ. Використовувались клінічні, біохімічні, серологічні, ультразвукові методи.

Встановлено, що у 10 дітей, інфікованих перинатально, тільки у 2 хворих на ХВГ інфекцію було діагностовано у віці до 2-х років; у 8 дітей – у віці 10–12 років при плановому обстеженні в школі, що свідчить про тривалу імунотолерантну фазу за даного шляху інфікування.

Перебіг HBV-інфекції у дітей, інфікованих в пре- та пубертатному віці, як правило, характеризується помірним і високим ступенями активності з вираженою клінічною симптоматикою.

На ступінь активності ХВГ В впливають такі фактори вірусу, як наявність або відсутність мутацій, рівень вірусного навантаження. Посилюють перебіг захворювання надлишкова маса тіла і супутня патологія органів травлення.

Особливої уваги заслуговують діти з «печінково гломерулопатією» (30% від загального числа обстежених), клініко-параклінічні особливості якої необхідно враховувати при призначенні патогенетичної терапії HBV-інфекції.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ КОЛОСТАЗОМ

О.П. ДЖАМ

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

Хронічний колостаз (ХК) становить 10–25% у структурі загальної соматичної дитячої захворюваності органів травлення. У формуванні ХК основну роль відводять анатомічним вадам розвитку кишечника, що проявляються у вигляді доліхоколон і аномалій будови стінки та фіксації товстої кишки. Діагностика ХК утруднюється тим, що симптоми цієї патології не є специфічними. Наявність ускладнень, комбінація кількох вад розвитку та супутніх захворювань ускладнюють процес своєчасного встановлення вірного діагнозу. Несвоєчасна діагностика і відсутність раннього цілеспрямованого лікування призводять до появи незворотних дистрофічних змін в стінці товстої кишки та до патологічних порушень в інших органах і системах, що нерідко вимагає складних хірургічних втручань.

Комплексне обстеження та лікування проведено у 488 пацієнтів віком від 2 до 15 років, які знаходились з 1995 до 2009 року у відділенні хірургічної корекції природжених вад розвитку у дітей ДУ «Інститут ПАГ АМН України».

Діагностику захворювань, що супроводжуються закрепамі у дітей, проводили в два етапи. В першу чергу виключали органічну патологію товстої кишки і аноректальної зони (хворобу Гіршпрунга, хворобу Крона, пухлини, дивертикули та інші вади розвитку кишечника), які виявляються при рентгенологічному, ендоскопічному дослідженні товстої та прямої кишки і вимагають відповідного лікування. Наступним етапом в діагностиці використовували функціональні методи дослідження (аноманометрію, пасаж рентгенконтрастних міток по ШКТ), з метою визначення рівня дисфункціонального відділу, типу та ступеня моторно-евакуаторних порушень товстої кишки. Це дозволило сформулювати клінічний діагноз, визначити лікувальну тактику а також показання до хірургічної корекції.

Лікування усіх хворих починали з консервативної терапії. У 156 (32,0%) пацієнтів вона сприяла нормалізації моторно-евакуаторної функції кишечника після першого курсу лікування. Зазначена терапія у 249 (51,0%) пацієнтів значно поліпшила їх стан, проте цим пацієнтам було необхідне проведення диспансерного спостереження та 2–3 курсів лікування протягом першого року і 1–2 курсів на рік протягом наступних 2–4 років.

Хірургічне лікування виконано у 83 (17,0%) пацієнтів. Показання до його виконання було визначено як абсолютні та відносні. Абсолютні: анатомічні зміни товстої кишки з чіткими озна-

ками мегаколон; стійкий больовий синдром; не-ефективність цілеспрямованої консервативної терапії при визначеному типі колостазу та наявності порушення моторно-евакуаторної функції товстої кишки III і IV ступенів. Відносні: прогресування симптомів загальної інтоксикації; супутні захворювання, що виникли і пов'язані з прогресуванням ХК; погіршення загального стану дитини та наявність негативних соціальних факторів, що впливають на якість життя дитини.

Очікувальна тактика у таких випадках вважається неправильною, оскільки тривалий перебіг захворювання та прогресування хронічної калової інтоксикації негативно впливають на функціональний стан органів і систем дитячого організму і можуть призвести до їх інвалідизації.

Незадовільних результатів хірургічного лікування у віддаленому періоді не було. В цілому у 71 (85,6%) оперованої дитини отримано добрі результати і у 12 (14,4%) – задовільні. Клінічний ефект при використанні індивідуальної програми лікування досягнуто у 100% пацієнтів.

ІМУНОЛОГІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ СПЕЦИФІЧНОЇ АЛЕРГОВАКЦИНАЦІЇ МЕТОДОМ ПІДШКІРНИХ ІН'ЄКЦІЙ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПОЛІНОЗ, ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ

В.О. ДИТЯТКОВСЬКИЙ

Дніпропетровська державна медична академія

На теперішній час єдиним етіотропним лікуванням полінозу (алергії на пилок рослин) у дітей є специфічна алерговакцинація (САВ) препаратами алергенів, найбільш поширеним з яких є підшкірний метод введення у формі ін'єкцій. Але вплив САВ на імунологічні механізми полінозів на даний момент недостатньо вивчений.

Нами було обстежено 46 дітей, хворих на поліноз, віком від 6 до 18 років (30 хлопчиків і 16 дівчаток), які отримували підшкірні САВ у формі ін'єкцій. Дітей було розподілено на 3 групи: 6–10, 11–14 і 15–18 років. Всім дітям курс САВ проводився у період ремісії, поза сезоном полінації причиннозначущих рослин (амброзії, полину, лободи та соняшника). До початку лікування та після закінчення курсу у всіх дітей було проведено забір плазми крові об'ємом 7–10 мл, яка підлягала імуноферментному аналізу на вміст інтерлейкінів 4, 5, 10 (IL-4, IL-5, IL-10) – основних цитокінів алергологічного запалення, опосередкованого Т-хелперами 2 типу та їх антагоністів – інтерлейкіну-12 та інтерферону-гамма та (IL-12, IFN- γ) – маркерів імунної відповіді Т-хелпер-1-типу. Статистичну достовірність отриманих результатів оцінювали за критеріями Ст'юдента та Вілкоксона.

Показники динаміки імунної відповіді дітей 6–10 років: IL-4 = -41,37%, IL-5 = -34,58%, IL-10 = -40,45%, IL-12 = 357,26%, IFN- γ = -4,48%. Достовірними є показники IL-4, IL-5 і IL-12 за критеріями Ст'юдента та Вілкоксона ($p \leq 0,05$). Показники динаміки імунної відповіді дітей 11–14 років: IL-4 = -30,62%, IL-5 = -4,61%, IL-10 = -25,05%, IL-12 = 252,68%, IFN- γ = 26,40%. Статистично достовірними є показники IL-4 і IL-12 за обома статистичними критеріями ($p \leq 0,05$); щодо IL-5 спостерігалася тенденція до достовірності ($p = 0,078$ за критерієм Ст'юдента). Показники динаміки імунної відповіді дітей 15–18 років: IL-4 = -16,33%, IL-5 = -22,79%, IL-10 = -14,38%, IL-12 = 298,29%, IFN- γ = -13,56%. Достовірними є показники IL-4, IL-5 і IL-12 ($p \leq 0,05$ за критерієм Вілкоксона), показник IL-12 ($p \leq 0,05$ за критерієм Ст'юдента); IL-4 має тенденцію до достовірності ($p = 0,082$ за критерієм Ст'юдента).

При проведенні специфічної алерговакцинації методом підшкірних ін'єкцій у дітей, хворих на поліноз, спостерігається виражений загальний позитивний ефект – після курсу лікування знижується рівень цитокінів алергічного запалення – IL-4, IL-5, IL-10 та підвищується рівень антагоністів алергії IL-12, IFN- γ . Серед 3 вікових груп найбільший ефект спостерігається у дітей 6–10 років: найбільш виражена від'ємна динаміка IL-4, IL-5, IL-10 та позитивна динаміка IL-12, IFN- γ . Також, різниця показників цитокінового статусу у дітей 6–10 років до та після лікування САВ є найбільш статистично достовірною. Підшкірна САВ може залишатися основним методом лікування полінозу у дітей 6–10 та 11–14 років.

КОРЕЛЯЦІЙНІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІКРОБІОТИ КИШЕЧНИКА І ПОКАЗНИКІВ ІМУНОГРАМИ У ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ ЛІМФОБЛАСТНОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ У РАННІ ТЕРМІНИ ДОВГОТРИВАЛОЇ РЕМІСІЇ

Л.Я. ДУБЕЙ^{1,2}, Р.С. ПОЛІЩУК³, О.О. СЕМЕНЮК², Н.В. ДУБЕЙ¹,
О.І. ДОРОШ^{2,3}, І.П. ЦИМБАЛЮК^{2,3}, Л.С. ХІМ'ЯК³

¹ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини
НАМН України», м. Львів.

²Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького.

³Західноукраїнський спеціалізований дитячий
медичний центр, м. Львів

Зміни загального та місцевого імунітету, які зумовлені як гострою лімфобластною лейкемією (ГЛЛ), так і специфічним лікуванням, що застосовується для подолання хвороби, спричиняють розвиток інфекційних ускладнень та летальності у дітей з ГЛЛ. Під час проведення програмної хіміотерапії травний канал уражається майже у 100% випадків зі стійкими змінами мікрофлори

кишечника. На етапі довготривалої ремісії відбуваються регенераторні процеси, які визначають адаптаційні можливості дитячого організму до «нових» умов життя.

Вивчено взаємозв'язок основних показників імунної системи та стану мікрофлори кишечника у дітей з ГЛЛ, які перебувають у ранніх термінах довготривалої ремісії до 5 років.

Під спостереженням перебувало 57 дітей, хворих на ГЛЛ, які отримували інтенсивну терапію за існуючими протоколами. З метою виявлення можливих кореляційних взаємозв'язків між показниками кількості мікрофлори та клітинного і гуморального імунітету та цитокінової системі проводилось кількісне визначення CD3⁺, CD3⁺CD4⁺, CD3⁺CD8⁺, CD16⁺CD56⁺ та CD19⁺-лімфоцитів, вмісту імуноглобулінів А, IgM, IgG у сироватці крові, а також ІЛ-2, ІЛ-6, ІЛ-8 і ІЛ-10. Було вивчено кореляційні зв'язки показників імунної системи і мікрофлори кишечника.

Мікробіологічним дослідженням вмісту порожнини товстої кишки визначали видовий та кількісний склад мікрофлори фекалій. Розраховували частоту виявлення і кількість колоніютворюючих клітин у випорожненнях, частоту виявлення (С) певних груп і видів мікроорганізмів та коефіцієнт домінування (КД) певного роду чи виду в мікробному угрупованні.

Виявлені кількісні і якісні зміни у клітинній, гуморальній і цитокінової системах по-різному корелювали зі змінами кількісного і видового складу мікрофлори кишечника, а їх кореляційні зв'язки свідчать про достатньо складний характер біологічних процесів. Формування дисбіозу різного ступеня тяжкості визначає імунну відповідь на патологічні процеси.

Показники імунної системи дітей з ГЛЛ на даному етапі дослідження по-різному співвідносяться з показниками кількості мікроорганізмів у кишечнику. Це проявляється її активацією і при тривалому дисбалансі мікрофлори кишечника сприяє напруженню окремих її ланок. У першу чергу, це стосується бар'єрного імунітету та цитокінової мережі, що супроводжується елімінацією або дефіцитом біфідобактерій, лактобактерій, еубактерій та грампозитивних спороутворюючих стрептобацил.

ДО 90-РІЧЧЯ ПОЧАТКУ ДІЯЛЬНОСТІ ПРОФЕСОРА ІВАНА ВІССАРІОНОВИЧА ТРОЇЦЬКОГО В ДНІПРОПЕТРОВСЬКУ

К.Д. ДУКА, Н.В. МИШИНА

Дніпропетровська державна медична академія

Восени 1919 року І.В. Троїцький одержав за прошення очолити започатковану кафедру дитячих хвороб на медичному факультеті Єкатеринославського університету, з якого пізніше виділився Медичний інститут.

І.В. Троїцький розумів, наскільки необхідні знаючі кадри для виховання молодого покоління лікарів, бачив труднощі, які переживала молода країна, й, незважаючи на похилий вік, хворобу серця, не вагаючись прийняв цю пропозицію. Приїхавши до Єкатеринослава, він з головою занурився в педагогічну, наукову, організаційну й громадську роботу.

Перед І.В. Троїцьким постало основне завдання – створити клініку для занять зі студентами. У його розпорядження було відведено приміщення лікарні ім. Алексеєнко, що мало всього 38 ліжок. На базі цієї лікарні було створено першу клініку дитячих хвороб при Єкатеринославському університеті. Крім занять у стаціонарі, співробітники кафедри проводили зі студентами поліклінічний прийом.

Дитяча лікарня по проспекту Пушкіна, 26 є найстарішою (першою в області та п'ятою в Україні). Запроваджена була в 1913 році на приватні кошти. У місті на той час були одиничні дитячі установи: притулок для покинутих дітей при губернській земській управі, «Крапля молока» благодійного товариства ЄМСО.

Багато праці й енергії віддавав І.В. Троїцький організаційній роботі в клініці, практичним заняттям й амбулаторному прийому в поліклініці.

І.В. Троїцький багато зробив для підвищення кваліфікації не тільки лікарів клініки, де він працював, але й лікарів усього міста. Для них він влаштовував обходи хворих, кафедральні конференції з обговоренням історій хвороб, прийом в поліклініці тощо. Він широко пропагував необхідність організації при лікарнях, поліклініках так званих «Крапель молока». За спогадами учнів І.В. Троїцького, професора завжди супроводжували практичні лікарі. Він був ввічливий, чуйний, багато уваги приділяв матерям, розповідав їм про правила вигодовування й догляду за дітьми, показував, як слід сповивати дитину. І.В. Троїцький залучив до своєї клініки багатьох лікарів міста і тим самим підвищував їхні знання, любов до спеціальності та інтерес до педіатричної науки. Його учні, випускники Єкатеринославського медичного інституту 1921/22 р., активно працювали в галузі охорони материнства й дитинства. Число лікарів-педіатрів у Єкатеринославі та у всій губернії значно зросло. На листопад 1922 р. у губернії налічувалося вже 70 педіатрів, у той час як до революції їх майже не було.

Отримані знання та свій особистий досвід він узагальнив у двох томах, які вийшли двома виданнями (1887–1889) «Курс лекцій о болезнях детского возраста». У цій роботі, крім величезної кількості наукових даних, почерпнутих з інших керівництв, І.В. Троїцький наполягає на таких положеннях, що майже всі матері можуть та зобов'язані годувати свою дитину груддю; що жіноче молоко є в цьому сенсі неперевершеним поживним продуктом.

Іван Віссаріонович Троїцький опублікував понад 150 наукових праць, у тому числі кілька керівництв з педіатрії, гігієни дитячого віку, монографії з історії педіатрії. Значну частину досліджень він присвятив питанням антенатальної профілактики, з'ясуванню етіології і сутності ряду дитячих захворювань.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З СИНДРОМОМ ВЕГЕТО-ВІСЦЕРАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ

К.Д. ДУКА, І.В. МАКЕДОНСЬКА, Н.В. МИШИНА,
А.О. ЄФАНОВА, Н.М. ДЕМІДОВА

Дніпропетровська державна медична академія

Перинатальне ураження нервової системи займає найважливіше місце серед патологій дітей першого року життя. Вегето-вісцеральні порушення, як прояви цього ураження, а також незрілості окремих мозкових структур, широко розповсюджені в клінічній неврології дітей раннього віку. Доведено, що вегето-вісцеральні дисфункції найчастіше проявляються у вигляді порушень функції шлунково-кишкового тракту: пілороспазму, кишкових кольок, порушень перистальтики, функціональних закрепів. Останні мають перебіг на фоні високопоширених дисбіотичних порушень кишечника. Іншими видами вегето-вісцеральних дисфункцій у дітей раннього віку є порушення ритму дихання, недостатня прибавка маси тіла, зміни кольору шкірних покривів (звичайно у вигляді посиленого судинного рисунку чи блідості), порушення терморегуляції.

Найбільш поширеним клінічним синдромом у дітей грудного віку є зригування, чи гастрозофагеальний рефлекс (GER), який найчастіше зникає у віці від 6 міс до 1 року. Найбільша ж частота GER (у 40–65% дітей) спостерігається у віці від 1 міс до 4 міс. За даними багатьох авторів GER повинен розцінюватись як патологічне явище, якщо він супроводжується такими симптомами, як недостатня прибавка маси тіла, порушення ритму дихання, підвищена нервова збудженість, порушення сну та затримка психомоторного розвитку. Тоді цей термін (GER) трансформується у GERD (Gastroesophageal disease) і зустрічається не так часто, як просте зригування: у 1 із 300 немовлят за даними F. Savataio, A. Carroccio (2000).

Метою нашого дослідження, яке проводилось у відділенні неврології раннього віку ДМКЛ № 5 м. Дніпропетровська протягом 2009 року, була оптимізація комплексного лікування GERD у 25 дітей раннього віку з перинатальним гіпоксично-ішемічним ураженням нервової системи. Провідним синдромом був GERD різного ступеня, який призводив до дефіциту маси тіла і розвитку гіпотрофії різних ступенів тяжкості

(гіпотрофія I – у 18 дітей, гіпотрофія II – у 7). Інші вегетативні порушення у цих дітей: кишкові кольки – у всіх дітей, порушення сну – у 21 дитини, диспное – у 9, шкірні прояви – у 60%, порушення терморегуляції – у 2 дітей.

В комплексній терапії ми використовували раціональне вигодовування з дотриманням правил техніки, а також корекцію харчування (збільшення частоти прийомів, зменшення об'єму, збільшення щільності їжі). Ефективним було призначення антирефлюксних молочних сумішей (Детолакт-антирефлюкс, Фрисовом-1, Фрисовом-2, Хумана AR, Нутрилон-антирефлюкс). З методів медикаментозної корекції GERD ми використовували Цераксон; як протикінетичний агент – метоклопрамід (реглан); препарати для лікування метеоризму, кишкових кольок: Еспумізан L та кармінативум бебінос до досягнення ефекту. Після дослідження калу на дисбактеріоз призначали корекцію мікрофлори з використанням комплексних та моно-бактеріофагів. Для корекції рівнів облігатної мікрофлори та другим курсом в лікуванні дисбіозу кишечника включали до терапії вітчизняний мультипробіотик Симбітер.

Поліпшення стану ми спостерігали у всіх дітей з різними строками появи позитивного ефекту залежно від ступеня тяжкості GERD.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ БРОНХОМУНАЛ П У ДІТЕЙ З РЕЦИДИВУЮЧИМ ТА ХРОНІЧНИМ БРОНХІТОМ

К.Д. ДУКА, Н.В. МИШИНА, А.О. ЄФАНОВА, Е.Є. МАРЧЕНКО,
Т.А. БОЙКО

Дніпропетровська державна медична академія

Хвороби органів дихання залишаються однією з найважливіших проблем педіатрії у зв'язку з широким розповсюдженням та суттєвим впливом на стан здоров'я дитячого населення.

За останні роки відмічається значний ріст хронічних та рецидивуючих захворювань органів дихання у дітей. Перебіг цих захворювань, їх прогноз залежить від факторів навколишнього середовища та від стану захисно-адаптаційних механізмів організму.

Одне із перших місць серед заходів, спрямованих на зниження частоти захворювання на хронічний та рецидивуючий бронхіт, запобігання тяжкому ускладненню їх перебігу займає рання діагностика та раціональна профілактика.

Метою дослідження була оцінка ефективності застосування препарату Бронхомунал П у дітей для профілактики загострення рецидивуючого та хронічного бронхіту. Препарат містить ліофілізовані екстракти 8 збудників: *Hemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella*

la pneumoniae, Klebsiella ozaenae, Staphylococcus aureus, Neisseria Branhamella catarrhalis.

Бронхомунал П володіє здатностями стимулювати імунну відповідь і, тим самим, запобігати загостренню хронічного та рецидивуючого бронхіту.

Під спостереженням було 30 дітей з рецидивуючим бронхітом та 7 дітей з хронічним бронхітом. Діти з рецидивуючим бронхітом одержували Бронхомунал зранку натщесерце по 1 капсулі (3,5 мкг) 10 днів кожного місяця протягом 3-х місяців, у 7 дітей з хронічним бронхітом курс продовжувався до 6 місяців.

Застосування препарату Бронхомунал П дозволило суттєво (з 8 до 4 разів на рік) знизити частоту загострення захворювань, скоротити період загострення та зменшити ускладнення.

Слід зазначити, що у мазках із носоглотки у 55,0% дітей до профілактики Бронхомуналом було виділено патогенну флору: пневмокок – у 19,5%, стрептокок – у 15,5%, стафілокок – у 19%. Після трьох курсів Бронхомуналу в мазках із носоглотки патогенна мікрофлора виділялась у 31% випадків, причому пневмокок – у 9,5%, стрептокок – у 5,5%, стафілокок – у 9,5%.

Після профілактичного вживання Бронхомуналу П у дітей з рецидивуючим та хронічним бронхітом відмічалось підвищення рівня IgA та IgM, залишався без суттєвих змін вміст IgG, збільшувалась кількість двох головних субпопуляцій Т-лімфоцитів: теофілінрезистентних РУК та теофілінчутливих Т-клітин.

Таким чином, стабілізація імунологічних показників, скорочення перебігу загострення захворювань та їх частоти, зменшення ускладнень дозволяють рекомендувати препарат Бронхомунал П для профілактики у дітей рецидивуючого та хронічного бронхіту.

ВИКОРИСТАННЯ ЦИФРОВОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ АКУСТИКИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

К.Д. ДУКА, С.І. ІЛЬЧЕНКО, Ю.В. БИЦЬКА

Дніпропетровська державна медична академія. Дитяча міська клінічна лікарня № 2, м. Дніпропетровськ

Метою роботи було вивчення респіроакустичних показників у дітей з рецидивуючими бронхообструктивними синдромами віком 2–6 років, в т. ч. з бронхолегеневою дисплазією. Оцінювались клініко-анамнестичні дані. Реєстрація звуків дихання здійснювалась за допомогою нового вітчизняного комп'ютерного фоноспірографа КоРА-ОЗМІ (розробник – Інститут гідромеханіки НАН України). Аналіз включав: оцінку і візуалізацію спектральної щільності та потужності сигналів, оцінку і візуалізацію двомірних респіросонограм, аудіо-аналіз сигналів,

визначення відношення тривалості видиху до повного циклу дихання (T_w/T_{tot}).

Частотний спектр було розподілено на 3 зони: 0–300 Гц (низькочастотний діапазон), >300–700 Гц (середньочастотний діапазон), >700 Гц (високочастотний діапазон). Кореляційний аналіз проводили між спектром частоти, інтенсивністю дихальних шумів до та після інгаляцій бронхолітиками (вентолін, беродуал).

Респіросонографія дала можливість зафіксувати часову криву акустичного шуму, що виникає при диханні дітей (без вікових обмежень), а також об'єктивно оцінювати характеристики дихальних шумів, які не виявляються при аускультатії. Спектри звуків легень здорових дітей характеризувались низькими та середніми частотами. Достовірних відмінностей залежно від статі й віку не спостерігалось. Основними особливостями респіросонограм дітей з БЛД було зміщення спектральної активності в зону високих частот та деформації спектральної кривої в зоні середніх частот. Це відрізнялось від визначених раніше особливостей спектрограм у дітей з бронхообструктивним синдромом без БЛД, коли реєструвались комплекси в зоні низьких та середніх частот. За даними коефіцієнта T_w/T_{tot} тільки у 3 дітей тест з бронхолітиком був позитивним, причому реакція на беродуал була більш значною порівняно з вентоліном. Під час візуального аналізу спектрограм відмічались ознаки часткової зворотності порушень прохідності бронхів (зникнення її на рівні середніх бронхів, незворотні зміни на рівні дрібних).

Таким чином, реєстрація високоамплітудних коливань та зміни серединної частоти акустичних проявів, використання коефіцієнта T_w/T_{tot} може мати додаткове діагностичне значення в процесі ранньої діагностики захворювань бронхолегеневої системи у дітей, прогнозуванні бронхообструкції і визначенні її зворотності, що особливо значуще для дітей перших років життя, коли спірометрія є неможливою.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ

К.Д. ДУКА, С.Г. ІВАНУСЬ, Н.М. КРАМАРЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія. Кардіопульмонологічний центр міської дитячої лікарні № 2, м. Дніпропетровськ

Захворювання респіраторного тракту займають провідне місце в структурі дитячої патології та характеризуються змінами в бік збільшення обструктивних і рецидивуючих форм. Відомо, що не останню роль в цьому відіграють стан мікробіоценозу верхніх дихальних шляхів та імунний статус дитини. Підвищення загальної та місцевої реактивності організму може розглядатись як один з основних компонентів па-

тогенетичної терапії рецидивуючих захворювань органів дихання.

Метою нашого дослідження було вивчення клініко-імунологічної ефективності комплексної терапії, яка включала застосування лікопиду та деринату.

На базі кардіопульмонологічного центру ДКМЛ № 2 м. Дніпропетровська було проведено клініко-лабораторне обстеження 61 пацієнта (37 хлопчиків і 24 дівчинки) віком від 6 до 12 років з діагнозом «рецидивуючий бронхіт». I групу (основну) складало 32 дитини, які одержували препарат лікопід (по 1 мг двічі на добу протягом першого місяця, а потім по 1 мг 1 раз на добу по 10 днів кожного місяця протягом наступних 5 місяців) і деринат (0,25% розчин по 2 краплі інтраназально тричі на день протягом 1 місяця двічі на рік); II групу (порівняльну) – 29 дітей, які не одержували вищезазначених медикаментів.

Виявлено, що через рік після проведеної імунотерапії кількість загострень рецидивуючого бронхіту у дітей I групи зменшилась в 2,1 разу порівняно із II групою. У 6% дітей не зареєстровано жодного випадку загострення захворювання.

Щодо загострень, то їх тривалість в I групі складала в середньому на 3 доби менше, ніж в групі порівняння, інтоксикаційний синдром зберігався 4 і 6 днів, задуха зникала на 2 і 4 доби в I і II групах відповідно. Поліпшення фізикальної картини в легенях у дітей I групи відмічалось на 3 добу, а в групі порівняння – на 5 день терапії. У дітей основної групи швидко зникав кашель, відбувалась нормалізація рівнів CD₃ і CD₄ Т-лімфоцитів (19%), які були знижені до початку лікування, а у 13% дітей ці показники значно зросли; підвищився рівень IgA, IgM, а бактеріальне заселення носоглотки зменшилось вдвічі (21% проти 43%).

В групі порівняння показники імунного статусу та мікробіологічного дзеркала верхніх дихальних шляхів залишились майже без змін.

Таким чином, комплексне застосування лікопиду і деринату у дітей з рецидивуючими бронхітами позитивно впливає на клітинний та гуморальний імунітет, мікробіоценоз слизових оболонок верхніх дихальних шляхів, зменшує частоту загострень, збільшує тривалість ремісії в 3,5 разу.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

К.Д. ДУКА, С.Г. ІВАНУСЬ, С.В. ДЯЧЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія,
Дніпропетровський міський кардіопульмонологічний центр,
ДМКЛ № 2

Ефективність реабілітації дітей з бронхолегеневою патологією залежить від раціональної

організації лікувально-профілактичних заходів, які полягають в комплексному та індивідуальному підході до здійснення програми оздоровлення дитини.

Нами розроблений і застосовується реабілітаційний комплекс для дітей з бронхолегеневою патологією (рецидивуючі та хронічні бронхіти, пневмонії, бронхіальна астма), який включає, крім медикаментозної терапії, ЛФК, фіто-, фізіо- та кінезітерапії, різноманітні методи масажу, загартовування. Останнім часом більше уваги приділяється дихальним методам, зокрема доповненим і уніфікованим методики Б.С. Толкачова.

На стаціонарному етапі діти одержують процедуру дихальної гімнастики, яка включає динамічні дихальні вправи з посиленням видихом, статичні дихальні вправи, спрямовані на зміну типу дихання (діафрагмальне дихання, повне дихання, грудне дихання), елементи звукової гімнастики, дренажний та постуральний дренаж). На амбулаторному етапі відбувається навчання родичів масажу обличчя та придаточних пазух носа, масажу грудної клітини за методикою Б.С. Толкачова, заходів загартовування. Для підсилення дихальної гімнастики використовуються процедури для зміцнення плечового пояса, корекції порушення постави, заняття на кардіотренажерах і лікувальне плавання. Наші пацієнти отримували 3–4 оздоровчі курси (10–15 процедур) протягом року.

Спостереження за хворими показало, що у всіх дітей проведення гіпоксичного тренування протягом року супроводжувалось позитивною динамікою. У хворих з бронхіальною астмою зменшилась кількість загострень до 1–2 на рік, зникла необхідність систематичного використання бронходилататорів, нормалізувались показники функції зовнішнього дихання.

У дітей з рецидивуючим бронхітом респіраторна терапія сприяла швидкій позитивній динаміці характеру кашлю та зменшувала його тривалість. Застосування оздоровчих процедур протягом року забезпечувало відсутність будь-яких випадків рецидивів захворювання.

Бажано застосовувати для хворих віком від 5 до 10 років, враховуючи, що гіпоксичне тренування вимагає вольових зусиль дитини.

МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ ПРИ ЛІКУВАННІ ВТОРИННОГО СИНДРОМУ РЕЙНА

К.Д. ДУКА, С.Г. ІВАНУСЬ, С.В. ДЯЧЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія,
Дніпропетровський міський кардіопульмонологічний центр,
ДМКЛ № 2

Вегетативні порушення – одна з найактуальніших проблем сучасної медицини, яка зумовлена високим поширенням даної патології. Лі-

кування цих порушень становить велику складність у зв'язку з різноманітністю варіантів перебігу захворювань. Одним з важливих завдань сучасної вегетології є профілактика і лікування синдрому Рейна у дітей і підлітків.

Проведено обстеження і лікування 57 дітей віком 12–17 років (30 хлопчиків і 27 дівчаток), які страждають на артеріальну гіпотензію і мають вторинний синдром Рейна неревматичного генезу. Крім медикаментозної терапії, яка включає застосування венотонізуючих препаратів, нейрометаболічних (піроцетам, ноотропіл), судинних (трентал), рослинних адаптогенів (настойки аралії гірської, елеутерокока, лимонника та ін.), всім дітям було запропоновано немедикаментозні методи лікування: нормалізацію режиму дня, ранкову гімнастику з подальшими водними процедурами, масаж шиєкомірної зони з використанням мазі ТраумельС, співдію масажних валиків Ляпка на кисті рук, литкових м'язів і лікувальну фізкультуру. Розроблена програма фізичної реабілітації була спрямована на поліпшення кровообігу у верхніх і нижніх кінцівках, активізацію працездатності і зниження емоційного напруження.

Реабілітаційні заходи для дітей з синдромом Рейна включали вправи з китайської системи До-ін, гімнастичні вправи та вправи для розслаблення м'язів плечового поясу, а для розслаблення трапецієподібних та дельтовидних м'язів використовували комплекс «йога в динаміці для хребта», а також заняття на кардіотренажерах.

Проведення курсу комплексної терапії стабілізувало клінічний стан дітей уже протягом 5–7 днів (гарне самопочуття, зникнення болювого синдрому, поліпшення кольору шкіри кистей і стоп, тактильної чутливості).

Проведені дослідження дозволяють рекомендувати дану програму фізичної реабілітації як ефективний метод лікування в комплексній терапії дітей із синдромом Рейна з метою запобігання прогресуванню даного ускладнення.

ОСОБЛИВОСТІ АЛЕРГОСЕНСІБІЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

А.М. ДУТЧАК, О.Б. СИНОВЕРСЬКА, О.В. УРБАСЬ,
О.В. КУЗЕНКО, О.В. ПАСТУХ*

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

Поширеність захворювання на atopічний дерматит (АД) за останні десятиліття зростає і складає в розвинутих країнах від 10 до 15% серед дітей віком до 5-ти років і 15–20% – серед школярів. В Росії і країнах СНГ поширеність АД у дітей складає 5,2–15,5%. Провідне місце у розвитку цього захворювання належить при-

родженим особливостям імунної відповіді на контакт з алергенами та гіперпродукції реактивних загальних і специфічних ІgЕ-антитіл.

Метою дослідження було вивчення спектру причиннозначущих алергенів у дітей, хворих на АД, рівнів алергічної сенсibilізації та з'ясування їхнього взаємозв'язку з тяжкістю й тривалістю захворювання.

Обстежено 120 дітей з АД віком від 1 до 15 років. Середній вік хворих становив $4,8 \pm 0,7$ року. Для оцінки інтенсивності шкірних змін у дітей з АД застосовували шкалу SCORAD. Згідно з цією шкалою обстежених із АД розподілялися наступним чином: легкий перебіг (SCORAD менше 20) спостерігався в 19 (15,2%), середньотяжкий (SCORAD від 20 до 40) – в 75 (64,0%), тяжкий (SCORAD більше 40) – в 26 (20,8%) випадках. У всіх дітей визначали рівні загального ІgЕ (МО/мл) та алергенспецифічних ІgЕ (LU) до 36 алергенів (пилкових, епідермальних, грибкових, харчових, кліщових) методом хемілюмінесценції (за допомогою MAST панелей) на апараті HITACHI CLA – 1 ChD (США).

Підвищений рівень загального ІgЕ виявлено в 71,2% обстежених із АД. Причому, у 16,8% цей рівень перевищував 1000 МО/мл. Високі концентрації загального ІgЕ в сироватці крові (>500 МО/мл) найчастіше виявлялися у дітей із тривалістю захворювання понад 2 роки та з тяжким чи середньотяжким перебігом. Проведене дослідження виявило, що у більшості дітей (83,2%) відмічалася полівалентна сенсibilізація до різних груп алергенів. Підвищена чутливість до 1–2 алергенів спостерігалася досить рідко (8,8%), тоді як в 69,6% випадків реєструвалася різного рівня сенсibilізація одночасно до більш ніж 10-ти алергенів. Серед дітей до 3-х років в 75,4% випадків виявлялася алергія до харчових продуктів, тоді як у дітей шкільного віку вона складала лише 13,4%. Серед харчових алергенів найчастіше виявлялася сенсibilізація до білка яйця – 26,4%, до молока – 22,4%, картоплі – 16%, гарбуза – 14%, тріски – 11,2%, пшениці – 15,2%, кукурудзи – 12%, помідорів – 12% та жита – 12%. Рівні специфічних ІgЕ при цьому в більшості випадків були високими (143–242 LU) або дуже високими (більше 242 LU). Серед епідермальних алергенів до шерсті kota реєструвалася гіперсенсibilізація у 56%, а до шерсті собак – у 49,6% дітей з АД. До кліщів *Dermatophagoides farinae*, *Dermatophagoides pteronissinus* виявлено atopічну сенсibilізацію в 75,2% випадків, в основному, за рахунок середніх, високих і дуже високих рівнів ІgЕ. Вагомою також була частота алергії до домашнього пилу (68%) та до плісневих грибів (20,8%).

Отже, харчова алергія становить вагому частку в етіологічній структурі АД, особливо у дітей раннього віку. Поряд з харчовою алергією у розвитку недуги немалу роль відіграють епідермальні, кліщові, грибкові, пилкові алергени, і

їхня значущість збільшується із віком дитини. Використання методики MAST-панелей дає змогу визначити причиннозначущий алерген та на цій підставі рекомендувати гіпоалергенну дієту, гіпоалергенний побут чи проводити специфічну імунотерапію.

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З НЕГОСПІТАЛЬНИМИ ПНЕВМОНІЯМИ

О.В. ЄГОРЕНКО

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Дніпропетровськ

Виконано аналіз процесу відновлення функції зовнішнього дихання (ФЗД) у 54 хворих дітей віком від 2 до 14 років з негоспітальними пневмоніями. Під спостереженням перебували 20 хворих з вогнищевою, 18 – з сегментарною формою, 16 – з пневмоніями, що були ускладнені плевритом. В гострому періоді пневмонії вентиляційні порушення за змішаним типом клінічно характеризувалися явищами дихальної недостатності (ДН), тяжкість і частота якої залежали від форми пневмонії: при вогнищевих формах ДН реєструвалася у 75% випадків, при цьому переважала ДН I ступ. (60,0%); при сегментарних пневмоніях ДН виникала у всіх хворих, також з переважанням ДН I ступ. (66,7%), а хворих з плевропневмоніями ДН, за наявності у всіх хворих, мала переважно більш тяжкий ступінь – ДН II ступ. виникав у 56,3% випадків.

Оцінку ФЗД в періоді реконвалесценції за допомогою добового моніторингу реопневмограми (ДМ РПГ) було здійснено на 3–4-му тижні від початку пневмонії, коли на рентгенограмі органів грудної клітки інфільтрації легеневої тканини вже не визначалося.

При вогнищевій формі пневмонії збільшення середньої частоти дихання (ЧД) протягом доби спостерігалось у 40,0% хворих, в пасивному періоді (нічний час) – у 75% з них. Індекс вентиляції (ІВ), що відповідав добутку частоти дихання та амплітуди дихання, був зменшеним протягом доби у 25%, в активному періоді доби – у 25%, в пасивному періоді – у 40% хворих на вогнищеву форму пневмонії. Добову РПГ у цих випадках вважали гіповентиляційною за рахунок зменшення амплітуди дихання. Збільшення показника часу вдиху (Твд.) відносно вікової норми за весь період доби було відмічено у 35,0% хворих, при цьому у 100% з них – як в активному, так і пасивному періоді, що розцінювалося як наявність рестриктивних змін вентиляції легень.

При сегментарній формі пневмонії збільшення ЧД протягом доби спостерігалось у 61,1% хворих, при цьому в пасивному періоді – у 63,6% з них. ІВ був зменшеним протягом

доби у 16,7%, в активному періоді доби – у 16,7%, в пасивному періоді – у 27,8% хворих на сегментарну форму пневмонії. Добову РПГ у цих випадках вважали гіповентиляційною. Зменшення Твд. при одночасному зменшенні часу видиху (Твид.) свідчило про наявність рестриктивних вентиляційних змін у легенях і було відмічено за весь період доби у 66,7% хворих, в пасивному періоді – у 83,3% з них.

При пневмонії, що була ускладнена плевритом, було визначено аналогічні порушення ФЗД: збільшення ЧД протягом доби спостерігалось у 62,5% хворих, у 50,0% з них – в пасивному періоді. ІВ був зменшеним протягом доби у 31,3%, в активному періоді доби – у 31,0%, в пасивному періоді – у 18,8% хворих на плевропневмонію за рахунок гіповентиляції. Зменшення Твд. при одночасному зменшенні Твид., як і у хворих на сегментарну форму пневмонії, було відмічено за весь період доби у 68,8% хворих, в пасивному періоді – у 81,8% з них.

Таким чином, незважаючи на нормалізацію рентгенологічної картини в легенях, у 40,7–62,5% дітей-реконвалесцентів негоспітальної пневмонії за даними ДМ РПГ зберігалися порушення ФЗД у вигляді збільшення середньої частоти дихання, переважно у пасивному періоді, під час сну і переважно у дітей з вогнищевою формою пневмонії; вентиляційних порушень за рестриктивним типом у більшості дітей (66,7–68,8%) з сегментарною формою та плевропневмонією. Наявність таких остаточних змін вимагає диференційованого підходу до реабілітаційних заходів з відновлення ФЗД у дітей з негоспітальними пневмоніями в періоді реконвалесценції.

ФІЗИЧНИЙ ТА РОЗУМОВИЙ РОЗВИТОК МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ВИДУ ВИГОДОВУВАННЯ

І.Б. ЄРШОВА, Л.М. ОСИЧНЮК, Г.О. МОЧАЛОВА

Луганський державний медичний університет

Фізичний розвиток дитини є одним з показників здоров'я, яке залежить від багатьох факторів, у тому числі від виду вигодовування на першому році життя. З розвитком промисловості дитячого харчування, наявністю великої кількості адаптованих молочних сумішей збільшується кількість матерів, які необґрунтовано відмовляються від грудного вигодовування.

Метою нашої роботи була оцінка фізичного та розумового розвитку дітей при народженні та наприкінці першого класу.

Всього обстежено 138 дітей 7–8 років, з них дівчаток 79 (57,2%), хлопчиків 59 (42,8%). Всі діти народилися в м. Луганську, доноше-

ними, на момент спостереження навчалися у першому класі середніх шкіл, що знаходяться неподалік одна від одної. Оцінювали фізичний розвиток при народженні за допомогою масо-зростового коефіцієнта (МЗК), вигодовування на першому році життя, фізичний розвиток на теперішній час оцінювали з використанням індексу маси тіла (ІМТ) з урахуванням віку дитини.

Маса тіла дітей при народженні коливалася від 2500 до 4400 г, зріст – від 48 до 59 см, МЗК був у межах норми (60–80) у 120 (86,9%) дітей, при цьому у 9 з них він був на нижній межі, гіпотрофія I ступ. відмічалася у 11 (7,9%) новонароджених, II ступ. – у 7 (5,2%). До 6 місяців і більше отримували грудне вигодовування всього 36 (26,1%) дітей (I група), серед тих, котрі були переведені на штучне або змішане вигодовування до 5 місяців (II група), було 6 (4,3%) немовлят, які від народження отримували молочну суміш. Звертає увагу те, що майже всі діти I групи (91,7%) своєчасно отримали прикорми і коригуючі добавки, в той час як серед дітей II групи таких було менше половини (37,5%).

У подальшому фізичний розвиток дітей був таким. Лише 63 (45,6%) дитини віком 7–8 років мали ІМТ у межах вікової норми – 32 дітей I групи та 31 II групи. Але, зважаючи на загальну кількість дітей в групах, перевага за школярами I групи (у групах 88,8 і 30,4% відповідно). Легке зменшення або збільшення маси тіла мали 19 (13,8%) і 18 (12,9%) дітей відповідно, помірне – 6 (4,3%) і 12 (8,6%) та виражене – 14 (10,5%) і 6 (4,3%) дітей. Серед 11 дітей, які мали при народженні гіпотрофію I ступ., у 3 пацієнтів I групи до 7–8 років маса тіла відповідала віковій, у 3 з II групи було значне збільшення маси тіла та ще у 5 з II групи – помірне та легке зменшення маси тіла. Серед 7 дітей з гіпотрофією II ступ. при народженні двоє (по одному з кожної групи) до 7–8 років мали масу тіла, що відповідає віковій, 3 (1 і 2 відповідно) – легке збільшення маси тіла, 2 з II групи – значне зменшення маси тіла.

Різниця у психомоторному розвитку дітей на першому році життя залежно від виду вигодовування не спостерігалася. Але в подальшому діти I групи раніше вивчали букви та цифри, починали читати і рахувати. У першому класі вони ж мали кращу успішність, серед улюблених предметів частіше називали математику, письмо, читання, спілкування з однолітками у них більш легке.

Таким чином, тривале грудне вигодовування (більше 6 місяців) сприяє гармонійному фізичному розвитку як дітей, утрі народилися з нормальною масою тіла, так і з гіпотрофією I–II ступ. Діти, які довго знаходяться на грудному вигодовуванні, також мають кращі показники навчання в школі.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

О.В. ЖИЛЯК, А.Б. ВОЛОСЯНКО, О.О. ЦИЦЮРА,
Н.С. АЛЕКСЄЄВА*

Івано-Франківський національний медичний університет.
*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

Асоціація синдрому подразненого кишечника (СПК) і порушення функціонального стану підшлункової залози (ПЗ) є прикладом захворювань не лише взаємопов'язаних між собою, а і здатних обтяжувати перебіг одна одної. Ці захворювання мають деякі спільні етіопатогенетичні риси, їх поєднання є поширеним та, водночас, мало вивченим.

Метою роботи було вивчення клініко-параклінічних особливостей функціонування ПЗ у дітей з СПК. Обстежено 40 дітей віком від 5 до 17 років з діагнозом СПК. Контрольну групу складала 30 практично здорових дітей. Середній вік, в якому верифіковано СПК, становив 11–17 років. З метою визначення можливого втягнення до патологічного процесу підшлункової залози проводили визначення болючості специфічних точок та наявності клінічних симптомів.

Встановлено, що з найбільшою частотою визначались позитивні симптоми Кача – у 40,0% та Мейо-Робсона – у 22,5% дітей, що відповідає ураженню хвоста ПЗ. Проекція болю на голову – точка Дежардена – у 12,5% дітей чи тіло підшлункової залози – точка Шоффара – у 7,5% дітей спостерігалась значно рідше. При вивченні показників білкового обміну у дітей з СПК має місце тенденція до зниження концентрації загального білка – $62,65 \pm 0,97$ г/л (проти $75,43 \pm 0,89$ г/л у здорових дітей) та альбуміну – $33,0 \pm 0,67$ г/л ($45,72 \pm 0,69$ г/л у здорових дітей). Водночас виявлено тенденцію до підвищення концентрації продукту гниття білків – гіпурової кислоти в сечі – $5,59 \pm 0,27$ г/л проти $1,6 \pm 0,08$ г/л у здорових дітей ($p < 0,001$), що вказує на порушення процесів розщеплення білків ферментами ПЗ. Аналізуючи вміст амілази крові та сечі, встановлено тенденцію до підвищення її активності як в крові, так і в сечі у дітей з СПК порівняно з контрольною групою (у крові в 2,44, в сечі – у 2,2 разу, $p < 0,001$).

Нами проводилось визначення ліпідного спектру крові. Аналіз даних вказує на те, що у дітей з СПК є ознаки дисліпопротеїнемії за рахунок підвищення рівня загального холестерину (в 1,7 разу), триацилгліцеролів (в 2,7 разу), ЛПНЩ і ЛПДНЩ (відповідно в 1,5 і 3,1 разу перевищували цифри здорових дітей, $p < 0,001$) та зниження рівня ЛПВЩ (в 2,2 разу нижче цифр контрольної групи). Виявлені зміни вказують на наявність у дітей з СПК ліпідного дистрес-синдрому, який в подальшому може при-

звести до розвитку хронічного панкреатиту. Наведені дані свідчать про втягнення ПЗ до патологічного процесу у дітей з СПК.

ОСОБЛИВОСТІ МАНІФЕСТАЦІЇ МУКОВІСЦИДОЗУ У ДІТЕЙ

М.П. ЗАГОРОДНИЙ, Н.В. ЛЮЛЬКО*

Медичний інститут Сумського державного університету.
*Сумська обласна дитяча клінічна лікарня

Муковісцидоз (МВ) – одне з поширених моногенних спадкових захворювань з аутосомно-рецесивним типом успадкування, яке проявляється хронічним обструктивним процесом в дихальних шляхах, їх бактеріальним ураженням, порушенням системи травлення з недостатністю екзокринної функції підшлункової залози. Частота МВ серед новонароджених складає 1:1000–3500. Частота гетерозиготного носійства 5% і більше. Ген МВ розташований в 7-й хромосомі (7q31). Цей ген контролює синтез трансмембранного регуляторного білка муковісцидозу. Причиною характерних патологічних змін в організмі хворого на МВ є наявність мутацій в обох алелях гена. В результаті цього змінюється транспорт іонів хлору, що порушує електролітний склад та зневоднює секрет екзокринних залоз. Мукостаз та хронічна бронхіальна інфекція стають фоном для повторних респіраторних захворювань. У хворих з МВ порушена гуморальна система місцевого імунітету.

Незважаючи на значні досягнення генетики, МВ залишається актуальною проблемою педіатричної служби.

Завданням нашого дослідження було вивчення особливостей маніфестації МВ у хворих. Проведено аналіз медичної документації дітей, яким встановлено діагноз МВ і які проходили амбулаторне чи стаціонарне лікування у спеціалістів Сумської обласної дитячої клінічної лікарні (СОДКЛ). При встановленні діагнозу МВ керувалися стандартами, затвердженими МОЗ України. Ступінь тяжкості стану визначали за шкалою Швах мана-Кульчицького на момент обстеження хворого.

Проведений аналіз медичної документації 12 дітей різного віку свідчить, що легенева форма була у 3 осіб, кишкова – в одному випадку, змішана – в 8.

Клінічні прояви МВ в 9 дітей були з 3 місяців до 1 року, в 2 дітей після року. Захворювання проявлялися бронхітами з обструктивним синдромом, вони мали затяжний характер та не піддавалися стандартному лікуванню. В однієї дитини маніфестація захворювання настала з перших годин життя (подібні випадки в літературі не описані). Всі діти в умовах СОДКЛ були дообстежені, консультовані генетиком.

У разі прояви захворювання в перший день після народження була наявна дихальна недостатність, яка швидко перейшла в поліорганну недостатність. Відмічено схильність до метаболічного алкалозу. Незважаючи на комплексну терапію, включаючи штучну вентиляцію легень, креон – стан хворого стабілізувати не вдалося і через 1 добу 10 годин після народження дитина померла. Діагноз МВ підтверджено патологоанатомічним дослідженням.

Таким чином, МВ у дітей найчастіше маніфестує у віці з трьох місяців до року і в основному симптомами респіраторних захворювань з обструкцією. З перших днів життя захворювання проявляється вкрай рідко.

КОРЕКЦІЯ НУТРИТИВНОГО СТАНУ ТА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ

С.Г. ІВАНУСЬ, Н.М. КРАМАРЕНКО, С.І. ІЛЬЧЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія.
Кардіопульмонологічний центр міської дитячої лікарні № 2,
м. Дніпропетровськ

Оцінка фізичного статусу хворих на муковісцидоз (МВ) має важливе клінічне і прогностичне значення, оскільки зниження темпів росту або втрата маси є індикатором неблагополуччя при цьому захворюванні. Нутритивний статус сам по собі може визначити тяжкість перебігу захворювання і його прогноз. Головними серед факторів, які визначають відставання фізичного розвитку при МВ, є хронічна панкреатична недостатність, яка призводить до постійних енергетичних втрат із стулом, а також підвищені енергетичні вимоги, які зростають ще більше з погіршенням легеневої функції. Масозростове співвідношення і показники функції зовнішнього дихання взаємозв'язані та вважаються найчутливішими показниками клінічного стану.

На базі кардіопульмонологічного центру ДКМЛ № 2 м. Дніпропетровська було проведено клініко-лабораторне обстеження 23 дітей (14 хлопчиків і 9 дівчаток) віком від 6 до 10 років, хворих на МВ, котрі мають відставання в зрості (37%), ознаки гіпотрофії (у 70%) та дисгармонійність фізичного розвитку (47,8%).

Першу групу складало 13 дітей, у яких 9 (69,2%) мали гіпотрофію I та II ступенів, 5 (38,5%) дітей – низькі показники зросту. Другу групу (контрольну) склали 10 дітей, які мали в 60% випадків гіпотрофію I–II ступ., а в 23% – відставання в рості.

Крім базисної терапії, яка включала застосування креону, гепатопротекторів, антибактеріальної, муко- та бронхолітичної терапії, вітамінів, ЛФК, кінезолікування, діти першої групи одержували енерготропний препарат Елькар,

який містить 20% водний розчин L-карнітину, по 7,5 мг двічі на добу протягом місяця, 3 курси на рік з інтервалом в 3 місяці та суміш Кліну-трен-юніор по 200–400 мл на добу протягом року. Діти другої групи одержували виключно базисну терапію МВ.

При повторному обстеженні виявлено значну позитивну динаміку в стані здоров'я (мінімізація скарг, значне поліпшення сну та апетиту, зменшення вираженості клінічних проявів хвороби, нормалізація лабораторних показників, збільшення витривалості до фізичного навантаження). Аналіз антропометричних даних показав, що 30,7% дітей першої групи вийшло із стану гіпотрофії, у 15,4% дітей маса тіла значно збільшилась, нормалізувались показники зросту. У другій групі ці показники залишились майже без динаміки. На 23% збільшилась кількість гармонійно розвинутих дітей у першій групі порівняно з контрольною групою.

Таким чином, застосування комбінації метаболічного препарату Елькар та суміші Кліну-трен-юніор з метою нутритивної підтримки хворих на муковісцидоз дозволяє значно поліпшити стан здоров'я, фізичний розвиток дітей, перебіг та прогноз захворювання.

ДО ПРОЕКТУ КЛІНІЧНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ КИШКОВИХ УСКЛАДНЕНЬ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ

О.Г. ІВАНЬКО, М.В. ПАЦЕРА, О.А. РАДУТНА, О.С. КРУТЬ,
А.А. ШУЛЬГА, В.Я. ПІДКОВА, Н.В. КІЗИМА, І.В. ПАЩЕНКО,
С.Н. ВРУБЛЕВСЬКА, Є.В. НЕДЄЛЬСКА

Запорізький державний медичний університет

Ми вважаємо, що в Україні створені умови для впровадження сучасної концепції щодо кишкових ускладнень антибактеріальної терапії у дітей. Етіологічні і патогенетичні механізми розвитку кишкових розладів у хворих, які отримують антибіотики, мають деякі регіональні особливості, зумовлені традиціями національної медичної практики і, можливо, етнічними особливостями суспільства. Водночас, накопиченим міжнародним досвідом щодо розуміння ролі *Clostridium difficile* інфекції у виникненні антибіотико-асоційованого ентероколіту (A04.7 МКХ-10) і псевдомембранозного коліту змінив уявлення про причини діареї, що виникає як наслідок прийому антибіотиків.

Наш власний досвід, який ґрунтується на дослідженнях, що були розпочаті у 2005 р. і на даний час, охоплюють спостереженням близько 300 осіб, які перебували в умовах медичного стаціонару, поліклініки і протитуберкульозного диспансеру й отримували різноманітну антибактеріальну терапію, свідчить, що ускладнення антибактеріальної терапії в сучасних умовах є досить розповсюдженим явищем. Так, серед

пацієнтів палат інтенсивної терапії майже кожний четвертий має розлади стільця як наслідок антибіотикотерапії. Серед пацієнтів поліклінік, які спостерігаються у групі хворих на так званий «кишковий дисбактеріоз», значну частину становлять діти з ознаками активної інфекції *Clostridium difficile*. При цьому інші збудники інфекційної діареї у них не виявляються, або не можуть бути визначені як доказові. Особливі труднощі виникають у випадках, коли кишкові розлади виникають під час антибіотикотерапії, яка не може бути припиненою за життєвими показаннями, наприклад, при хіміотерапії туберкульозу.

У більшості випадків кишкові розлади мають характер водянистої осмотичної за патогенезом діареї, що супроводжується накопиченням вуглеводів у стільці, зміною рН у кислий бік і метеоризмом. Водночас, у хворих виникає стеаторея. У значної частини хворих є ознаки і інвазивної діареї. Їх непокоїть біль в животі, а в стільці з'являється кров. Переважна більшість усіх хворих (близько 70%) мають ентеропатогенні токсини *Clostridium difficile*.

У частини хворих, які отримували антибіотики, характер стільця формально не був змінений. Проте діти часто скаржилися на біль в животі, метеоризм. Інколи ці жалоби набували характеру загального гастроінтестинального дискомфорту, особливо часто під час хіміотерапії туберкульозу. Виявлялися нудота, анорексія, глосит тощо. Є підстави зв'язати ці розлади також з інфекцією *Clostridium difficile*, але в її маломаніфестній формі.

Таким чином, ми пропонуємо клінічну класифікацію антибіотико-асоційованого кишкового синдрому у дітей, яка містить характер перебігу (гострий, рецидивуючий і хронічний), результату тестів на токсини *Clostridium difficile* в стільці (позитивні або негативні), клінічну форму – діарейну (антибіотико-асоційована діарея, ентероколіт, псевдомембранозний коліт) і бездіарейну (маломаніфестний кишковий клострідіоз, загальний кишковий дискомфорт, токсичний мегаколон) з важливим додатком про неможливість в окремих випадках відміни антибіотикотерапії.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З НЕКОНТРОЛЬОВАНОЮ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

О.К. КАБЛУКОВА, О.В. ГЕРАСИМОВА, О.В. ЧИРКА,
Т.В. ПОТЄЄВА, Н.М. СМІРНОВА

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Бронхіальна астма (БА) – одне з частих захворювань серед дитячого населення. Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать

про те, що від 5 до 10% дітей страждають на це захворювання, і з кожним роком цей показник збільшується. Незважаючи на значні досягнення в розробці ефективних методів лікування і профілактики БА, у дітей продовжує спостерігатися висока частота порушень з боку серцево-судинної системи (ССС). Ці зміни значно впливають на перебіг та прогноз захворювання, а отже, і на якість життя дитини в процесі її зростання.

Мета дослідження – дослідити морфо-функціональний стан ССС у дітей з неконтрольованою бронхіальною астмою.

Дослідження проводилось на кафедрі педіатрії № 1 ВНМУ ім. М.І. Пирогова, на базі хірургічно-торакального відділення ВОДКЛ. Клініко-інструментальне обстеження і вивчення морфо-функціональних особливостей ССС було проведено у 120 дітей віком 6–18 років, хворих на БА різного рівня контролю та у 35 дітей контрольної групи. До першої групи було включено 35 хворих з контрольованою бронхіальною астмою, до другої – 50 хворих з частково контрольованою, до третьої – 35 хворих з неконтрольованою БА. Оцінку стану ССС у дітей проводили із застосуванням ЕКГ, ЕхоКГ та ДЕхоКГ. Для визначення порушень морфологічної структури міокарда у дітей з БА проводили визначення кардіоспецифічних ферментів – креатинінфосфокінази (КФК) та креатинінфосфокінази МВ фракції (КФК – МВ).

При аналізі ЕКГ даних дітей з БА виявлено, що існують певні особливості залежно від рівня контролю. Тільки у 40,00% дітей з частково контрольованою БА спостерігалися ЕКГ зміни, які характеризувалися в 23,47% синусовою тахікардією та блокадою ніжок пучка Гіса – 9,72%. В той же час ЕКГ зміни в роботі серця у дітей з неконтрольованою БА мали свої особливості. Найбільш типовими змінами були: синусова брадикардія – у 17,14%, екстрасистолії – у 14,28%, ознаки порушення процесів реполяризації та депполяризації – у 22,85% та ЕКГ ознаки легеневого серця – у 11,42%, які достовірно більше зустрічалися у даної групи дітей ($p < 0,05$). При частково контрольованій БА збільшення товщини стінки ПШ спостерігалось у 48,62% дітей, потовщення МПП – у 13,52%, збільшення діаметра ПШ в систолу – у 23,45% ($p < 0,05$), збільшення діаметра ЛШ в систолу – у 5,84% ($p < 0,05$). Отримані дані свідчать про компенсаторну гіпертрофію міокарда та дилатацію ПШ. При неконтрольованій БА спостерігалася, окрім гіпертрофії ПШ ($p < 0,05$), дилатація ($p < 0,05$) та гіпертрофія ЛШ ($p < 0,05$), що свідчить про декомпенсацію роботи серцево-судинної системи. В цілому в усіх обстежених групах частіше виявлявся стан гіперкінезії міокарда – у 51 (42,50%) та гіпокінезії – у 42 (35,0%) дітей. Близько третини (22,5%) дітей з усіх обстежених мали еукінетичні показники гемодинаміки. В групі дітей з частково контр-

ольованою БА виявлено статистично достовірне підвищення рівня кардіоспецифічних ферментів – КФК-МВ в період загострення процесу та склало $28,8 \pm 1,1$ МО/мл ($p < 0,05$) порівняно з дітьми з контрольованою БА. Також виявлено, що підвищення рівня КФК-МВ у дітей з неконтрольованою БА було статистично достовірним як в період загострення – $70,2 \pm 0,8$ МО/мл ($p < 0,05$), так і під час ремісії бронхолегеневого процесу – $40,6 \pm 0,4$ МО/мл ($p < 0,05$). Збереження високих рівнів кардіоспецифічних ферментів у дітей з БА в період стихання запального процесу в бронхолегеневому дереві свідчить про збереження гіпоксії та гіпоксемії тканин організму та особливо міокарда, що призводить до формування стійких морфологічних змін з боку серцево-судинної системи.

ІМУНОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ І ЗМІНИ В СИСТЕМІ АПОПТОЗУ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

М.М. КАЛАДЗЕ, М.Л. БАБАК, А.В. ЮР'ЄВА, Г.І. СКУБЕНКО

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

Нами було обстежено 70 дітей віком від 7 до 15 років, з бронхіальною астмою (БА) легкого і середнього ступенів тяжкості персистуючого перебігу. Контроль складала 20 практично здорових дітей того ж віку. Окрім загальноклінічного, функціонального й імунологічного обстеження, в усіх дітей досліджували рівень FAS-рецептора (CD95), трансформуючого чинника зростання $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$), загального імуноглобуліну E (IgE). За схемами терапії обстежених дітей було розподілено на дві групи. Діти I групи одержували стандартну терапію загострення БА згідно з протоколом, пацієнтам II групи до стандартного лікування було додано антигомотоксичні препарати за традиційними схемами (лімфоміозот, бронхалісхеель, мукоза компози-тум).

Аналіз основних показників клітинного імунітету дозволив виявити, що у дітей в період загострення БА має місце достовірне зниження абсолютної й відносної кількості супресорних лімфоцитів (CD8) і натуральних кілерів (CD16), при абсолютному і процентному підвищенні вмісту В-лімфоцитів (CD22), активованих лімфоцитів (CD25) і лімфоцитів, що несуть на своїй мембрані CD95 рецептор. Крім того, при загостренні БА зареєстровано достовірне зниження TGF- $\beta 1$, який впливає на супресію імунокомпетентних клітин.

Після курсу проведеної терапії в обох групах мала місце позитивна динаміка у вигляді: зниження Т-хелперної ланки лімфоцитів (на 0,89% в I і 3,57% в II групі) при зростанні кількості CD8 клітин (на 4,27 та 4,7% відповідно). Під

впливом комбінованої терапії зареєстровано більш виражене ($p < 0,05$) зниження рівня СД22 (5,81% проти 2,92%) і підвищення кількості НК-клітин (1,61% проти 1,08%). Рівень активованих лімфоцитів достовірно однаково знижувався в обох групах (3,66 і 3,94% відповідно). Кількість СД95 позитивних лімфоцитів під впливом терапії достовірно зменшилася в обох групах. Проте більш виражену динаміку відмічено в групі дітей, які одержували комбіновану терапію (9,77% проти 6,21%). У цій групі обстежених мала місце також більш виражена динаміка зниження рівня загального IgE (4,17 і 2,6 разу відповідно). Після курсу терапії зафіксовано підвищення рівня в сироватці крові TGF- β 1 (у 2,47 разу в II групі і в 1,56 разу в I).

Таким чином, препарати антигомотоксичного ряду шляхом стимуляції вироблення TGF- β 1 сприяють нормалізації неадекватної імунної відповіді, спостережуваної при БА. Отже, комбінована терапія з включенням антигомотоксичних препаратів підвищує ефективність стандартного традиційного лікування.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ

Н.Н. КАЛАДЗЕ, О.К. НОВОСЕЛЬЦЕВА

Крымский государственный университет
им. С.И. Георгиевского

Идея о наличии взаимосвязи сахарного диабета, артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца возникла в начале XX века.

Критерии метаболического синдрома у детей впервые предложены в проекте Консенсуса по детскому ожирению в 2004 г. и разработаны на основе критериев метаболического синдрома у взрослых по рекомендациям NCEP ATR III. В 2007 году IDF модифицировала критерии метаболического синдрома у детей и подростков.

Актуальность проблемы обусловлена как ростом распространенности, так и ее социальной значимостью, поскольку нарушения, объединенные в метаболическом синдроме, существенно влияют на продолжительность жизни и смертность молодого населения во всем мире. Практически все составляющие метаболического синдрома являются установленными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Целью нашей работы явилось изучение группы детей с диагнозом вегето-сосудистой дистонии и поиск у них изменений, характерных для инсулинорезистентности. А также факторов, свидетельствующих о возможности развития метаболического синдрома в дальнейшем.

Для решения поставленных задач нами было обследовано 50 детей с диагнозом вегето-сосу-

дистой дистонии на базе КРУДКБ г. Симферополя. Всем детям было проведено суточное мониторирование ЭКГ и АД по Холтеру, антропометрические измерения с расчетом ИМТ, ОТ/ОБ, определение уровня глюкозы, триглицеридов, ЛПВП, ЛПНП, β -липопротеидов, инсулина и С-пептида. Рассчитан индекс инсулинорезистентности НОМА. Средний возраст обследуемых больных составлял $13,52 \pm 0,43$ года. Контрольную группу составили 20 здоровых детей, средний возраст которых составил $12,85 \pm 0,47$ года.

Опытная и контрольная группы были разделены по половому признаку – мальчики: 28 и 10, девочки: 22 и 10, соответственно.

В ходе проведения работы и анализа результатов получены следующие данные: в исследовании показателей жирового обмена достоверно отличался уровень триглицеридов и ЛПВП у девочек опытной группы по сравнению с контролем ($1,464 \pm 0,18$ и $0,845 \pm 0,127$; $1,13 \pm 0,1$ и $0,975 \pm 0,086$ соответственно).

В анализе данных суточного мониторирования АД достоверно отличалась степень ночного снижения САД у девочек опытной группы и группы контроля ($11,87 \pm 1,054$ и $15,34 \pm 0,869$ соответственно).

Анализ данных углеводного обмена выявил достоверные отличия как у мальчиков, так и у девочек в уровне инсулина ($21,33 \pm 1,204$ и $12,88 \pm 1,015$; $21,59 \pm 1,157$ и $9,635 \pm 1,179$ соответственно); индексе инсулинорезистентности НОМА ($4,081 \pm 0,387$ и $2,318 \pm 0,199$; $4,114 \pm 0,273$ и $1,646 \pm 0,196$ соответственно).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что предрасположенность к развитию метаболического синдрома может быть выявлена, в результате более углубленного обследования, задолго до появления первых клинических признаков заболевания.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНАЛЬНОГО ДИСБАЛАНСУ У ДІВЧАТОК З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

М.М. КАЛАДЗЕ, Л. І. МУРАДОСІЛОВА, А.В. ЮР'ЄВА

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

Бронхіальна астма (БА) є однією з найбільш поширених хронічних патологій дитячого віку, що відносяться до розряду психосоматичних захворювань. Хронічний психоемоційний стрес, що має місце при БА, значно впливає на функціональний стан гіпофізарно-гонадної системи у дітей в періоді репродуктивного дозрівання. З іншого боку, активація гормональних регуляторів при алергічному запаленні незмінно включається в механізми адаптаційних реакцій організму.

Метою дослідження роботи було вивчення функціонального стану гіпофізарно-наднирко-

вої та гіпофізарно-гонадної систем у дівчаток з даною патологією.

Обстежено 46 дівчаток віком від 7 до 16 років у фазі загострення і ремісії БА. Дітей було розподілено за віком на дві групи: перша – 20 дітей від 7 до 11 років, друга – 26 дітей від 12 до 16 років. Клінічно перша група відповідала фазі препубертату, друга – фазі пубертату. Контрольну групу склали 12 практично здорових дівчаток від 7 до 16 років.

Методи дослідження включали: клінічне обстеження, оцінку стадії статевого розвитку (за Tanner), оцінку функціонального стану гіпофізарно-надниркової та гіпофізарно-гонадної систем шляхом визначення рівнів АКТГ, ФСГ, ЛГ, пролактину, кортизолу, тестостерону і естрадіолу в сироватці крові.

Аналіз функціонального стану гіпофізарно-надниркової системи у дітей з БА виявив різноспрямовані зміни в різні періоди захворювання. У фазі загострення відмічалось підвищення рівня АКТГ, що свідчило про підвищену функціональну активність гіпофізу внаслідок стресового навантаження, на тлі зниження рівня кортизолу. У фазі ремісії БА рівень кортизолу, що перевищував удвічі аналогічний показник у здорових дітей ($p < 0,001$), поєднувався зі зниженим рівнем АКТГ ($p < 0,05$).

Гормональний дисбаланс в гіпофізарно-гональному комплексі проявлявся відсутністю закономірного підвищення з віком статевоспецифічних стероїдів.

В періоді загострення БА нейроендокринні зміни у дівчаток характеризувалися збільшенням рівня гіпофізарних гормонів і зниженням рівня статевоспецифічних стероїдів та пролактину ($p < 0,05$, $p < 0,01$). У періоді ремісії нейроендокринні зміни відображали зворотну динаміку у вигляді зниження рівня гіпофізарних гормонів і підвищення рівня пролактину. Показники рівня естрадіолу в періоді ремісії не досягали значень здорових дівчаток. Дані факти свідчать про нейроендокринну дезинтеграцію і зниження адаптаційного потенціалу у дітей з БА, що може посилювати перебіг основного захворювання. Зниження рівня статевоспецифічних стероїдів та нейроендокринний дисбаланс, у свою чергу, можуть бути зумовлені хронічною гіпокісією органів і тканин. На підставі оцінки вторинних статевих ознак виявлено порушення статевого розвитку у вигляді затримки темпів статевого розвитку у 9,7% дівчаток, що не перевищувало середньопопуляційний рівень даної девіації. Зміна рівня статевих гормонів у дітей з БА в більшості випадків не супроводжувалася відповідною реакцією органів-мішеней і свідчила про включення даних гормонів у процеси нейроендокринової регуляції організму.

Прямі кореляційні зв'язки АКТГ і ЛГ ($p < 0,05$), пролактину і кортизолу ($p < 0,01$), а зворотні – АКТГ і естрадіолу ($p < 0,05$), підтверджували дані висновки.

СТАН ГОРМОНАЛЬНОГО ТА ІМУННОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ НА ЕТАПІ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

М.М. КАЛАДЗЕ, О.М. СОБОЛЕВА, Н.М. СКОРОМНА

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

Ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) за поширеністю займає перше місце серед запальних захворювань суглобів, має тенденцію до розвитку ранньої інвалідизації, характеризується втягненням до процесу в частини дітей життєво важливих органів (серце, очі, нирки, печінка). Це ставить ЮРА в розряд винятково актуальних захворювань дитячої ревматології.

Метою дослідження було вивчення принципів відмінностей в стані гормонального й імунного статусу, а також можливих механізмів гормональної регуляції імунної відповіді при ЮРА.

На етапі санаторно-курортної реабілітації нами було обстежено 62 дитини з ЮРА. Контрольну групу склали 38 здорових дітей. Досліджувані групи були репрезентативними як за віком (середній вік в обох групах складав $12,1 \pm 0,42$ року), так і за гендерним розподілом (дівчатка – 52%, хлопчики – 48%).

Досліджувалися показники клітинного та гуморального імунітету, а також показники гормонального статусу, що відображають стан гіпофізарного та периферичних компонентів гормональної регуляції.

Методом твердофазного імуноферментного аналізу визначали кількісну концентрацію гормонів: кортизолу, АКТГ, ТТГ, T_3 , T_4 прогестерону, тестостерону, естрадіолу, ФСГ, а також показників гуморальної ланки імунітету (IgA, IgM, IgG) в сироватці крові. Імунологічне дослідження клітинної ланки імунітету (визначення відносної кількості субпопуляцій лімфоцитів, що несуть на своїй поверхні наступні рецептори: CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, а також обчислення індексу імунорегуляції (CD4/CD 8) проводилося методом непрямой реакції поверхневої імунофлюоресценції з моноклональними антитілами.

Проведене нами дослідження виявило, що у даної групи пацієнтів мають місце достовірні відмінності практично всіх показників клітинного імунітету, що є наслідком порушення імунорегуляції, пов'язаних не стільки із зниженням потенціалу супресії (CD8), скільки з активацією функції Т-хелперів (CD4). Показником ключової ролі В-клітин в підтримці запального процесу було 2-кратне збільшення CD20 В-клітин у хворих, які хворіють на ЮРА. При цьому спостерігалися прояви дисімуноглобулінемії. Ступінь зацікавленості специфічної гуморальної ланки імунної системи корелював з клінічною активністю процесу і проявлявся гіперпро-

дукцією IgG та зниженням концентрації IgA. У гормональному статусі відмічалися зміни, що відображають підвищену активацію гіпофізарного компонента регуляції функції гонад. У системі гіпофіз-надниркові залози, гіпофіз-щитовидна залоза спостерігалася велика зацікавленість периферичного компонента, що свідчило про децентралізацію ендокринних механізмів регуляції гомеостазу. Розглядаючи систему імунітету, слід враховувати, що це не закрита, а відкрита система, що легко модулює свої функції, головним чином, через взаємодію з нейроендокринним апаратом. При ЮРА зміни гормонального статусу (ТТГ, АКТГ, пролактин, естрадіол) характеризувалися різноспрямованими векторами продукції імуноглобулінів всіх класів і проявами дисімуноглобулінемії, в той час як у здорових дітей було виявлено єдиний достовірний кореляційний зв'язок рівня кортизолу і CD 20 ($r = +0,51$; $p = 0,03$).

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ТИМУСА У ДІТЕЙ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЮРА, НА ЕТАПІ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

М.М. КАЛАДЗЕ, Е.Я. МЕМЕТОВА, Л.Я. БЕЛАЛОВА

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

Ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) займає одне із провідних місць серед ревматичних хвороб, а за тяжкістю клінічної картини і патологічними змінами в суглобах не має собі рівних серед інших видів артриту. Патогенез ЮРА складний, провідну роль відіграють імунні порушення, в основі яких лежить активація як клітинної, так і гуморальної ланок імунітету. Одним із центральних органів імунної системи є тимус, що продукує ряд пептидних гормонів – α_1 -тимозин, тимулін тощо, які забезпечують диференціювання Т-лімфоцитів і відіграють важливу роль у клітинних імунних реакціях. Зміни гормонального статусу тимуса у дітей з ЮРА не відображені в літературі. Вивчення рівня гормонів тимуса дозволить визначити їх роль в патогенезі імунологічних патологічних процесів і провести корекцію вивлених порушень. В зв'язку з цим метою даного дослідження було вивчення функціональних змін тимуса, на підставі визначення рівня гормону тимуса – α_1 -тимозину у хворих на ЮРА залежно від форми захворювання. Нами було обстежено 34 пацієнти віком від 7 до 16 років, які страждають на ЮРА і перебувають на санаторно-курортному етапі реабілітації в санаторії «Здравниця» м. Євпаторія.

Обстеження дітей включало клініко-анамнестичні, лабораторно-інструментальні і статистичні методи дослідження. Всіх дітей було розподілено на групи залежно від форми. Суглобову форму ЮРА діагностовано у 28 (82,6%), су-

глобово-вісцеральну – у 6 (17,7%) дітей. Всім дітям було проведено визначення рівня α_1 -тимозину в сироватці крові методом імуноферментного аналізу. Контролем були показники α_1 -тимозину у 16 здорових дітей, які порівнювалися за статтю і віком.

У всіх дітей з ЮРА відмічалось достовірне зниження рівня α_1 -тимозину, який складав у середньому 74,28 нг/мл порівняно з контрольною групою. Достовірної різниці між показниками α_1 -тимозину у дітей із суглобовою і суглобово-вісцеральною формами ЮРА не спостерігалось. Після проведеного лікування на санаторно-курортному етапі реабілітації відмічено достовірне підвищення рівня α_1 -тимозину в обох групах дітей з ЮРА.

Таким чином, у дітей як із суглобовою, так і суглобово-вісцеральною формами ЮРА відмічається значне зниження рівня α_1 -тимозину, що свідчить про зміни функціонального стану тимуса. Після курсу лікування в санаторії рівень α_1 -тимозину підвищується в обох групах дітей і свідчить про ефективність санаторно-курортної реабілітації дітей з ЮРА.

СТАН ВУГЛЕВОДНОГО І ЖИРОВОГО ОБМІНІВ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

М.М. КАЛАДЗЕ, О.К. АЛЬОШИНА

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

Останнім часом в літературі все більше доводиться стикатися з таким поняттям, як метаболічний синдром (МС). Він становить комплекс взаємозв'язаних порушень вуглеводного і жирового обміну, а також механізмів регуляції артеріального тиску (АТ) і функцій ендотелію, в основі розвитку яких лежить зниження чутливості тканин до інсуліну – інсулінорезистентність (ІР). Хворі з бронхіальною астмою (БА) залежно від ступеня тяжкості за протоколом «GINA» знаходяться на інгаляційній глюкокортикоїдній терапії, у зв'язку з чим у них підвищується ризик розвитку МС.

Метою нашої роботи було вивчення стану вуглеводного і жирового обміну у дітей з бронхіальною астмою I–IV ступенів.

Нами обстежено 56 дітей з інтермітуючою і персистуючою формами БА віком 8–16 років. Групу порівняння склали 20 здорових дітей в ідентичній віковій категорії. Вивчено показники жирового обміну – рівні загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) β -ліпопротеїдів (β -ЛП), ХС-ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС-ЛПДНЩ) і вуглеводного обміну – базальні рівні С-пептиду, інсуліну, глюкози сироватки крові та індекс НОМА, що характеризує ІР.

Виявлено, що у дітей з інтермітуючою і легким перебігом персистуючої БА показники жириного і вуглеводного обміну достовірно не відрізнялися від аналогічних показників здорових дітей. Проте у дітей з легким перебігом персистуючої БА вже є тенденція до підвищення рівнів ЛПНЩ і індексу НОМА. У дітей з персистуючою формою середнього і тяжкого перебігу БА має місце достовірне підвищення рівнів ТГ, ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ і тенденція до зниження ЛПВЩ порівняно із дітьми з інтермітуючою формою БА і групою здорових дітей. А також спостерігаються зміни у вуглеводному обміні: достовірне підвищення базального рівня С-пептиду та індексу НОМА.

Таким чином, у дітей із БА III і IV ступенів має місце дисліпідемія з достовірно підвищеними рівнями ТГ, ЛПНЩ і ХС ЛПДНЩ, головними маркерами атерогенності, а також тенденція до появи ІР (підвищення значення С-пептиду й індексу НОМА), що, на думку багатьох авторів, є ключовою патогенетичною ланкою МС.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯКИХ СОЦІАЛЬНО-ПОБУТОВИХ ЧИННИКІВ У ПІДЛІТКІВ ІЗ СИНДРОМОМ НЕДОСЛІДЖЕНОЇ ДИСПЕПСІЇ

Л.В. КАМАРЧУК, А.І. БУТЕНКО, Є.Г. КУЩ

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

Одним із найбільш поширених гастроентерологічних розладів є синдром диспепсії. Основними нозологіями, що супроводжуються диспептичними розладами як у дорослого населення, так і серед дітей та підлітків, є функціональні та хронічні захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, що зумовлює актуальність вивчення чинників ризику їх розвитку.

Метою дослідження було вивчення деяких соціально-побутових чинників у підлітків із диспептичними скаргами як можливих факторів ризику формування патології верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Проаналізовано результати анкетування 60 пацієнтів віком 12–18 років із диспептичними скаргами, що вступили на стаціонарне обстеження та лікування до відділення педіатрії та реабілітації клініки Інституту. Всі хворі заповнювали розроблену нами анкету «Фактори ризику розвитку гастродуоденальної патології», яка включала декілька блоків запитань, в т.ч. щодо складу родини, житлово-комунальних умов проживання сім'ї, професійної належності батьків, наявності у них постійної або тимчасової роботи.

Встановлено, що переважна більшість сімей підлітків із диспептичними скаргами мешкають в 2–4-кімнатних квартирах (83,9±4,9%), у яких проживають від двох до чотирьох осіб (80-

,4±5,3%). Тільки 61,1±6,6% пацієнтів мають окрему кімнату. В повних родинях виховується більша половини дітей (67,3±6,3%), майже кожний п'ятий підліток (27,2±5,7%) зростає у неповній сім'ї, переважно з матір'ю (23,6±5,7%). Постійне працевлаштування мають 76,4±5,7% батьків, тимчасове – 12,7±4,5%, зовсім не працюють – 9,1±3,9% батьків. Найпоширенішими серед батьків підлітків із диспептичними скаргами є робочі спеціальності як серед жінок (40,0±7,8), так і серед чоловіків (53,1±8,8%). Службовцями в різних установах працюють 17,5±6,0% матерів і 12,5±5,9% батьків. Частка приватних підприємств становить 10,0±4,7 і 15,6±6,4% відповідно. У кожній четвертій родині (25,0±6,9%) жінка визначена як домогосподарка. Характерно, що жінки, які виховують дітей без батька, здебільшого займаються некваліфікованою працею (84,2±7,9%).

Таким чином, проведений нами аналіз поширеності окремих соціально-побутових чинників у пацієнтів із синдромом недослідженої диспепсії свідчить про те, що особливості умов проживання родин, в яких вони виховуються, соціальний статус їх батьків, наявність у них роботи можуть впливати на розвиток сучасних підлітків та формування у них функціональних чи хронічних хвороб шлунково-кишкового тракту. Роль цих чинників в розвитку окремих нозологічних форм захворювань органів травної системи вимагає подальшого вивчення.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ДИСФУНКЦІЇ ГОЛОСОВИХ ЗВ'ЯЗОК ТА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

О.В. КАТІЛОВ, В.А. АНТОНЕЦЬ, О.В. МАЗУЛОВ, Д.В. ДМИТРИЄВ

Вінницький Національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Вінниця

Дисфункція голосових зв'язок є одним із маловідомих патологічних станів, що вимагає проведення диференціальної діагностики з бронхіальною астмою у дітей, особливо старшого віку.

Під нашим спостереженням знаходилось 84 пацієнта віком від 12 до 16 років (середній вік 14,2±1,8 року), 44 хлопчики та 40 дівчат, які хворіли на бронхіальну астму неконтрольовану, різного ступеня тяжкості. При обстеженні виявлено невідповідність між ступенем тяжкості бронхіальної астми та скаргами пацієнтів, а також недостатній ефект від базисної та бронхолітичної терапії. Встановлено, що у 26 (30,9%) пацієнтів, з них 10 (38,5%) хлопчиків та 16 (61,5%) дівчат, була дисфункція голосових зв'язок, виявлена за допомогою динамічного клінічного спостереження та неодноразових спірографічних досліджень.

Золотим стандартом діагностики дисфункції голосових зв'язок є пряма фібрларингоскопія, за допомогою якої чітко візуалізується дискордантне скорочення голосових зв'язок в процесі дихальних рухів. Враховуючи інвазивність методики, певні технічні труднощі її використання та наявність у більшості пацієнтів проявів соматоформних вегетативних розладів, запропоновано метод, оснований на багаторазовому спірографічному обстеженні з наступним аналізом отриманих результатів, що і було використано в нашому дослідженні. Малюнок петлі «потік-об'єм» в даному випадку має специфічний вигляд, що дозволяє діагностувати наявність дисфункції.

Отримані нами дані дозволяють констатувати наявність значного відсотка випадків дисфункції голосових зв'язок в структурі неконтрольованої бронхіальної астми серед дітей старшого віку.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ В РАНЬОМУ ДИТИНСТВІ НАЩАДКІВ БАТЬКІВ, ОПРОМІНЕНИХ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ, ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ ЇХ ПЕРЕБУВАННЯ В ЗОНІ АВАРІЇ

В.Л. КАШИНА, Г.О. БОРИСКО, А.І. БУТЕНКО, О.Б. ТАРАНЕНКО

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

Серед контингенту, який постраждав внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, на цей час сформувалася когорта дитячого населення, котра народилася від батьків, які зазнали впливу іонізуючої радіації в дитячому та підлітковому віці.

Метою нашого дослідження було визначення особливостей перинатального анамнезу та розвитку на першому році життя дітей із сімей опромінених батьків залежно від терміну їх перебування в зоні аварії.

Обстежено 70 дітей 10–15 років із сімей, де батьки були опромінені внаслідок Чорнобильської катастрофи в дитячому та підлітковому віці. Першу групу склали діти, батьки яких проживали на контрольованих територіях (Ровенська, Київська, Гомельська, Житомирська області), другу групу – діти із сімей, евакуйованих із м. Прип'ять. В обох групах опромінених батьків вагітності в більшості матерів були першими (55,2 та 66,7% відповідно). Перебіг вагітності лише в третини матерів був фізіологічним (31,2 та 37,5%). Серед варіантів патологічного перебігу вагітності звертала на себе увагу висока розповсюдженість в обох групах досліджуваних гестозів, анемії, загрози переривання. Достовірна різниця відмічалася лише в частоті імунологічних конфліктів, що супроводжувалися розвитком фетоплацентарної недостатності (12,5 випадку на 100 обстежених в групі нащадків, евакуйованих із м. Прип'ять, в першій

групі випадків імуноконфліктів не зареєстровано, $p_{\phi} = -2,36$).

Перебіг пологів був фізіологічним у 61,3% в першій групі та 42,9% в другій ($p_{\phi} = 1,15$). У структурі патологічних пологів з однаковою частотою в матерів обох груп було зареєстровано слабкість пологової діяльності. Лише в дітей першої групи (виключно у хлопчиків) відмічалися пологові травми у вигляді кефалогематом (9,4 випадку на 100 обстежених, $p_{\phi} = 2,0$) та народження в асфіксії (7,7 випадку, $p_{\phi} = 1,66$). В сім'ях, евакуйованих із м. Прип'ять, частіше реєструвалися стрімкі пологи (14,3 випадку на 100 обстежених порівняно з 6,3 в першій групі, $p_{\phi} = -0,88$), застосовувалося оперативне втручання (21,4 проти 6,3 випадку, $p_{\phi} = -1,48$), також лише в цій групі зустрічалися передчасні пологи (7,1 випадку на 100 обстежених, $p_{\phi} = -1,76$).

При аналізі фізичного розвитку немовлят за показниками маси тіла при народженні достовірних розбіжностей не відмічалось. Майже в половині дітей обох груп (55,6% в першій та 46,7% в другій) маса тіла відрізнялася від нормоадаптивної з деякою перевагою народження дітей з масою більше 3500 г. Щомісячне збільшення маси тіла і зросту дітей до року, формування зубної формули були в межах вікових показників. Характер вигодовування на першому році життя мав деякі відмінності за рахунок більшого відсотка дітей першої групи, які знаходилися на штучному вигодовуванні (28,6% порівняно з 7,1% в другій групі, $p_{\phi} = 1,71$) у зв'язку з розвитком гіпогалактії у матерів. Психомоторний розвиток на першому році життя у більшості дітей обох груп відповідав нормативним строкам, лише в поодиноких випадках відмічалася його затримка, що було зумовлено наявністю резидуальної патології центральної нервової системи. Частота гострої захворюваності в цьому віці в середньому не відрізнялася у дітей досліджуваних груп.

Таким чином, отримані попередні результати свідчать про наявність деяких відмінностей раннього постнатального періоду в нащадків опромінених батьків залежно від терміну їх перебування в зоні аварії, що стосуються в основному перебігу пологів і характеру вигодовування.

ПРОЯВИ ЕКОЛОГІЧНО ЗУМОВЛЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ КІСТКОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ

Н.Р. КЕЧ, О.З. ГНАТЕЙКО, Н.С. ЛУК'ЯНЕНКО, Г.С. ЧАЙКОВСЬКА, С.О. ПЕЧЕНИК, О.Я. ЗАВЕРУХА*

ДУ «Інститут спадкової патології» АМН України, м. Львів.

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Щороку збільшується кількість дітей, які мають хронічні захворювання та відхилення функ-

ціонального стану організму. Тенденція щодо погіршення здоров'я дитячого населення характерна як для України в цілому, так і для великих промислових, екологічно-забруднених регіонів країни. Це зумовлено різними причинами, що негативно впливають на метаболізм кісткової тканини в дитячому організмі і призводять до зменшення кісткової маси, порушення мікроархітекτονіки кісток з наступним підвищенням їх крихкості та розвитком остеопенії, в подальшому остеопорозу.

Все більшого значення в етіології остеопенії та остеопорозу набувають екопатологічні зміни з боку кісткової системи у дітей, котрі проживають у регіонах з різними шляхами надходження ксенобіотиків, що позначається на стані кісткової системи дітей.

Протягом 4-х років нами було обстежено 197 дітей віком від 1 до 17 років, які від народження проживають в екологічно несприятливих регіонах Івано-Франківської області, хімічно та радіаційно забруднених. Встановлено частоту скарг, дані об'єктивного огляду та лабораторні показники кальцієвого обміну у обстежуваних дітей із екологічно несприятливих та екологічно чистого регіону та призначено схему їх оптимальної терапії. До стандартного медикаментозного комплексу включено: аевіт, вітамін В₆, ентеросорбенти, препарати кальцію (кальціум вітрум, кальцій Д₃ нікомед, кальцемін у вікових дозах). Частота всіх аналізованих скарг у дітей зменшилась в 5–10 разів, а деякі скарги, такі, як алергічні висипання на тілі, біль у м'язах та кістках нижніх кінцівок, носові кровотечі взагалі зникли порівняно з даними первинного дослідження. Після проведеного лікування частота карієсу достовірно знизилась в 2 рази у дітей з ХЗР та в 6 разів – у дітей з РЗР. Частота гіпоплазії емалі зубів зменшилась у 1,5–2 рази.

Щодо показників кальцієвого обміну у дітей із ЕНР, то до лікування у них спостерігалась явна гіпокальціємія та виражена гіперкальціурія. Після лікування показники Са в крові та сечі нормалізувались в ЕНРс та спостерігалась незначна гіперкальціурія в ЕНРб, що вказує на негативні наслідки постійного інгаляційного надходження ксенобіотиків в організм в регіоні, забрудненої викидами Бурштинської ТЕС. Знижена МЩКТ – остеопороз (МЩКТ до 67%) та остеопенія (МЩКТ від 67 до 81%) спостерігалась у 50% дітей із м. Бурштин у 2006 р (до лікування), у них же зменшилась до 5% після лікування, в той час як нормальна МЩКТ зростає з 50% у 2006 р. до 85% у 2009 р. Зниження МЩКТ спостерігалось у 56% дітей із м. Снятин до лікування у 2006 р. МЩКТ та становило 9% цих же дітей після лікування у 2009 році. Нормальна МЩКТ у дітей м. Снятин зростає після лікування з 41 до 85%.

Отже, дані змін мінеральної щільності кісткової тканини свідчать про високу ефективність ультразвукової денситометрії при визначенні

кальцієвого обміну у обстежених дітей та очевидну позитивну динаміку цих показників після правильно призначеної терапії (антиоксиданти, мембранопротектори та препарати Са), а аналізована частота динаміки скарг, об'єктивного стану та лабораторних показників Са обміну говорять про позитивну динаміку змін кісткової системи після адекватно проведеної терапії.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛЫМ ПРЕ-ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Л.Г. КИРИЛЛОВА, Л.И. ТКАЧУК, А.А. ШЕВЧЕНКО,
В.В. ЛИСИЦА, Л.Ю. СИЛАЕВА, Е.И. ЦЫМБАЛ

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», г. Киев

До настоящего времени нет единой методологии относительно лечения детей с пре-перинатальным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС. Более 35 лет в Украине в клиниках Института педиатрии, акушерства и гинекологии рожают женщины с тяжелой экстрагенитальной патологией. Проводимые нами исследования относительно эффективности патогенетического лечения новорожденных с патологией ЦНС с периода новорожденности указывают на возможность предотвращения формирования стойкого органического дефекта ЦНС в виде ДЦП у значительного числа детей.

Обследовано 26 детей, начиная с первых суток жизни до 1 года. Проводились клинические, медико-генетические, биохимические исследования, включая определение уровня ГАМК в крови, ЭЭГ, нейровизуализационные (УЗИ, МРТ, МРА, МРС головного мозга) исследования.

Тяжесть состояния детей в раннем неонатальном и неонатальном периодах была обусловлена отеком мозга (26 детей), внутрижелудочковыми кровоизлияниями (22), субдуральными гематомами (2), коматозным состоянием (6), синдромом угнетения ЦНС (20), генерализованными и вторично генерализованными клоническими и тонико-клоническими судорогами с первых дней жизни (26), прогрессирующей гидроцефалией (4). Все дети находились на ИВЛ от 5 суток до 1 месяца. Комплексное лечение детей проводилось курсами, начиная с раннего неонатального периода, с включением препаратов нейрометаболического действия – кортексин, цераксон, пантокальцин, глицисед, актовегин, нейровитан; дегидратационной и антиконвульсивной терапии по показаниям – 25% р-р сульфата магния, фенобарбитал, депакин, клоназепам. В дальнейшем дети наблюдались в динамике и, в зависимости от состояния ЦНС, получали курсы медикаментозной и немедикамен-

тозної восстановительной терапії. К году 57,7% (15) детей данной группы были практически здоровы. У 92,3% (24) детей удалось не допустить возобновления эпилептических припадков. Только у 19,2% (5) детей отмечалась выраженная задержка психо-речевого и статокинетического развития, обусловленная врожденными пороками развития (2), грубыми структурными изменениями в мозге постгеморрагического и гипоксически-ишемического характера (2), X-сцепленной прогрессирующей гидроцефалией (1).

Использование комплексной терапии с включением препаратов нейрометаболического действия приводит к снижению риска формирования стойких органических поражений ЦНС с задержкой психо-речевого и статокинетического развития (ДЦП), формирования симптоматической эпилепсии у детей, у которых в раннем неонатальном периоде наблюдалось тяжелое гипоксически-ишемическое и травматическое поражение ЦНС с судорожным синдромом.

ПРЕНАТАЛЬНО ДИАГНОСТИРОВАННАЯ РАБДОМИОМА СЕРДЦА У РЕБѢНКА С БОЛЕЗНЬЮ БУРНЕВИЛЛЯ

Л.Г. КИРИЛЛОВА, Л.И. ТКАЧУК, А.А. ШЕВЧЕНКО,
В.В. ЛИСИЦА, Л.Ю. СИЛАЕВА

ГУ «Институт педіатрії, акушерства и гинекології
АМН України», г. Киев

Болезнь Бурневилля (туберозный склероз) является генетически детерминированным заболеванием, которое характеризуется полисистемным поражением и часто сопровождается эпилептическими припадками.

В странах с развитой системой ранней нейровизуализирующей диагностики болезнь Бурневилля не является трудно диагностируемым заболеванием. Внедрение в повседневную практику метода магнитно-резонансной томографии расширяет возможности украинских неврологов в постановке диагноза болезни Бурневилля (туберозного склероза). Согласно данным зарубежной литературы, примерно у половины пациентов наблюдаются рабдомиомы, которые нередко являются первым клиническим признаком патологии и появляются во внутриутробном периоде. Поэтому следует отдельно акцентировать внимание на значимости пренатальной ультразвуковой диагностики, позволяющей обнаружить данную кардиальную опухоль.

Мы представляем клинический случай, особенностью которого является выявление признаков туберозного склероза пренатально. Больной М., 2-х лет, поступил в отделение психоневрологии с жалобами на частые смешанные эпилептические припадки, беспокойный сон, двигательную расторможенность, задержку психо-

речевого и моторного развития. Первые эпилептические припадки родители заметили в возрасте 3-х месяцев в виде серий пропульсивных инфантильных спазмов до 7–8 раз в сутки, которые в последующем трансформировались в очаговые левосторонние тонические судороги с адверсией головы, частотой до 20 раз в сутки. Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от 2-й беременности (1-я прервана в ранние сроки в связи с тяжелой артериальной гипертензией). На 34-й неделе при УЗИ плода диагностировано объемное образование в полости сердца (с большой долей вероятности, рабдомиома). С учетом полученных результатов была избрана тактика ведения родов – плановое кесарево сечение. Ребенок родился в удовлетворительном состоянии с массой тела 3130 г, длиной 52 см, окружностью головы – 36 см. На 2-е сутки жизни мальчику проведена эхокардиография и установлен диагноз: «Множественные рабдомиомы левого желудочка, открытый артериальный проток, открытое овальное окно». С возраста 6 месяцев на коже ребенка начали появляться гипопигментированные и кофейного цвета пятна, а также участки «шагреновой кожи». Для окончательного подтверждения диагноза была проведена МРТ головного мозга, где выявлены множественные гамартумы в кортикальных и субкортикальных отделах, характерные для туберозного склероза.

Для купирования эпилептических припадков подбор антиконвульсантов проводился длительное время. Только при назначении вигабатрина в сочетании с финлепсином и препаратами нейрометаболического действия (цераксон, кортексин, пантокальцин и другие) частота припадков значительно снизилась (до 1–2 раз в месяц), уменьшилась их выраженность и длительность, ребенок начал ходить и улучшилось психо-речевое развитие. Ребенок регулярно находится под нашим наблюдением.

КЛІНІЧНІ РИСИ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ В ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Т.С. КОВАЛЕНКО, М.Ф. СЕМЕНОВА

Луганський державний медичний університет.
Луганська міська багатопрофільна дитяча лікарня № 1

У пульмонології дитячого віку бронхіт є одним із найпоширеніших інфекційних захворювань респіраторного тракту (75–250 випадків на 1000 дітей на рік).

Гострий бронхіт – це запалення слизової оболонки трахеобронхіального дерева, яке зазвичай закінчується повним одужанням та відновленням функції бронхів протягом 2–3 тижнів. Залежно від характеру ураження бронхів та особливостей клінічного перебігу виділяють: го-

стрий простий бронхіт, гострий обструктивний бронхіт (ГОБ) та гострий бронхіоліт. ГОБ притаманний дітям раннього віку (до 3 років). Дане захворювання характеризується запаленням слизової оболонки бронхів, яке супроводжується звуження та/або закупоркою дихальних шляхів за рахунок набряку, гіперплазії слизової оболонки, гіперсекреції слизу та розвитком бронхоспазму (БС). БС більш характерний для дітей старше 4 років, а в дітей раннього віку обструктивний синдром зумовлений переважно гіперсекрецією в'язкого густого слизу та гіперплазією слизової оболонки. Серед причин, які викликають ГОБ у дітей раннього віку, перше місце посідає РС-вірус, що пов'язано з певним тропізмом збудника до епітелію бронхолегеневих шляхів дитини. Також, бронхообструкцію можуть викликати віруси парагрипу 1–3 типу, грипу, аденовіруси, коронавіруси. До того ж дітям раннього віку притаманна недосконалість імунологічних механізмів: значно знижене утворення інтерферону у верхніх дихальних шляхах, низький рівень сироваткового та секреторного імуноглобуліну А, знижена функціональна активність Т-системи імунітету. Сукупність цих факторів також зумовлює особливості перебігу ГОБ у дітей.

Метою нашої роботи було вивчення особливостей клінічних рис ГОБ у дітей раннього віку на сучасному етапі. Під спостереженням перебувало 32 дитини віком від 1 місяця до 3 років, які знаходилися на лікуванні у відділенні ГРВІ ЛМБДЛ № 1. При аналізі анамнезу хворих було встановлено, що до вагітності 24 (75,0%) матері страждали на урогенетальні та екстрагенітальні захворювання, у 22 (68,75%) вагітність перебігала на фоні гестозу, у 12 (37,5%) виникала загроза переривання вагітності. Також 4 (12,5%) дитини мали оцінку за шкалою Апгар менше 7 балів, тобто народилися в стані асфіксії. Дані алергологічного анамнезу вказують на наявність алергії на продукти харчування та лікарські засоби в 24 (75,%) обстежених дітей. Під час аналізу характеру вигодовування було виявлено, що 25 (78,13%) дітей перебувало на ранньому штучному або змішаному вигодовуванні. Найчастіше у дітей раннього віку дебют ГОБ супроводжувався катаральними явищами, помірно вираженим інтоксикаційним синдромом, субфебрильною або фебрильною лихоманкою, кашлем. На 3–5-й день від початку захворювання з'являлися ознаки БО у вигляді задишки експіраторного характеру, нападоподібного кашлю, «оральної крепітації»; при аускультатії в легенях вислуховувались сухі свистячі та вологі різнокаліберні хрипи на фоні подовженого видиху. У клінічних аналізах крові обстежених дітей спостерігались схильність до лейкопенії, лімфоцитоз, прискорення ШОЕ. Зазвичай бронхообструктивний синдром при адекватному лікуванні купірувався протягом 5–7 днів, а загальний перебіг хвороби складав

10–14 днів та закінчувався повним одужанням хворих, але в 11 (34,4%) дітей захворювання мало затяжний перебіг, що, як правило, спостерігалось у дітей із обтяженим алергологічним анамнезом.

БАКТЕРІАЛЬНІ МЕНІНГІТИ У ДІТЕЙ

Р.В. КОВТУНЕНКО, Н.В. ФОМЕНКОВА*, В.Ф. ДОРОШЕНКО*,
І.В. ПОЛЬША*, Л.І. ШЕВЧЕНКО*, В.І. ВОЛОЧАЙ*,
Л.М. ЄВСІКОВА*

Дніпропетровська державна медична академія.

*КЗ «Дитяча міська клінічна лікарня № 6», м.

Дніпропетровськ

Метою дослідження було вивчення особливостей перебігу та терапії бактеріальних менінгітів у дітей різного віку, які перебували на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії дитячої міської клінічної лікарні № 6 м.Дніпропетровська.

Проаналізовано 40 випадків бактеріальних менінгітів за 2-річний період. Серед хворих: діти першого року життя склали 40%, від 1 до 3 років – 30%, від 3 до 5 років – 12,5%, старше 5 років – 17,5% дітей. Виявлено пряму залежність між терміном вступу до спеціалізованого відділення та терміном перебування у відділенні. Так, на першу добу захворювання госпіталізовано 17,5% дітей, середній термін перебування їх складав 4,1 доби. На другу добу захворювання госпіталізовано 2% дітей, термін лікування яких склав 6 діб. Діти, які вступили до відділення на третю добу захворювання та пізніше (62,5%), перебували у відділенні в середньому 7,3 доби. Серед супутньої патології у групі дітей до 3-річного віку частіше спостерігались: перинатальні постгіпоксичні ушкодження мозку, гідроцефальний синдром, гіпохромна анемія, епісіндром, ГРВІ. У хворих старше 3-х років найчастішою супутньою патологією були ГРВІ, пневмонія, в одному випадку первинне імунодефіцитне захворювання.

Для виявлення етіологічного спектру збудників в усіх випадках застосовувались бактеріологічний, бактеріоскопічний методи, ПЛР ліквору, тест латекс – аглютинації. Збудник встановлено у 62% випадків. На 1-му році життя, крім переваги менінгокока (44%), підтверджено етіологічну роль пневмокока (12%), синьогнійної палички (6%) та не виявлялась гемофільна паличка, не встановлено збудника у 38% випадків. Основним етіологічним фактором в групі дітей до 3-річного віку залишається менінгокок серотип В – майже у половині дітей, а в інших випадках – пневмокок, гемофільну паличку виявлено з рівною частотою (по 25%). В групі дітей старше 3-х років відмічається збільшення ролі пневмококової (25%) і гемофільної інфекцій (20%). У дітей в групі старше 5 років в

зв'язку із запізненим прибуттям в 70% випадків збудника не встановлено, в решті випадків – пневмокок (30%).

Стартова етіотропна терапія з урахуванням діючого протоколу починалась з комбінації цефтріаксону з ампіциліном в 75% випадків, цефоперазону з ампіциліном – в 17,5% і при пізній госпіталізації та негативній динаміці у відповідь на попередню терапію – з меронему та ванкоміцину.

Необхідність зміни антибіотикотерапії в зв'язку з відсутністю ефекту на 3-тю добу лікування виникла у 36% дітей при комбінації цефтріаксон-ампіцилін та у 17,5% – при комбінації цефоперазон-ампіцилін. Препаратом другої лінії став меронем, як монотерапія, або в комбінації з ванкоміцином чи ампіциліном. Аналіз показав, що середній інтервал між контрольними люмбальними пункціями повинен складати 3–4 доби за умови щоденного моніторингу клініко-лабораторних параметрів.

Таким чином, своєчасно встановлений діагноз, адекватна антибактеріальна та патогенетична терапія зумовлюють сприятливий перебіг захворювання.

ФІЗІОЛОГІЧНІ СКЛАДОВІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЗДОРОВИХ ТА ХВОРИХ ДІТЕЙ

Н.І. КОВТЮК, І.О. ЮХИМЕЦЬ¹

Буковинський державний медичний університет.

¹Міська клінічна лікарня № 2, м. Чернівці

Якість життя є характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування людини, в основі якого лежить суб'єктивне сприйняття. В медицині якість життя стосується передусім стану здоров'я, тому найчастіше використовується термін «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» (ЯЖПЗ). За визначенням здоров'я, запропонованим ВООЗ, його формують різні компоненти: фізичні, психологічні, соціальні. Це ж відноситься і до ЯЖПЗ. Кожен із компонентів, у свою чергу, включає цілий ряд складових, які, з одного боку, обмежують той чи інший вид активності, гармонійність загального розвитку дитини, з іншого – фізіологічних можливостей виконання фізичної та розумової роботи, забезпечення емоційного комфорту. Більшість існуючих методик оцінки якості життя використовується у дітей із хронічною патологією, що перешкоджає ефективному функціонуванню дитини і ґрунтується на порівнянні із референтними даними здорових дітей. Тому вивчення якості життя здорової дитини можна розглядати як базовий рівень, стандарт для порівняння, який має ряд не тільки фізіологічних, але й психологічних та соціальних складових.

Метою даного дослідження був аналіз ролі фізіологічних складових у формуванні показни-

ків ЯЖПЗ, оцінених за генеричною анкетною та за власною анкетною, що вивчає комплекс особливостей функціонування дітей. Обстежено 65 дітей віком від 7 до 16 років – 34 клінічно здорових та 31 із захворюваннями нервової системи у стадії ремісії. Якість життя дітей оцінювали за адаптованими україномовними опитниками CHQ-SF87 (v.3) та АК96 (v.2); оцінювали такі підрозділи: загальний стан та самооцінку здоров'я, поведінку, психоемоційне функціонування, соціальну та родинну активність. Крім того, проводили визначення гостроти зору та акомодації у дітей, вивчали стан радужки ока (іридодіагностика).

Було проаналізовано особливості сну дітей, якість харчування, для чого використовували анкети самих дітей та прокси-осіб.

Переважна більшість пацієнтів із неврологічними захворюваннями відмічала зниження фізичної працездатності, важкість виконання деяких видів шкільних завдань. У ряді випадків розумові види діяльності погіршувалися через недиагностовані проблеми із зором. Багато методів лікування не впливають на прогноз, однак можуть істотно поліпшити якість життя, зменшуючи прояви захворювання, частоту ускладнень, частоту госпіталізацій тощо. Оскільки нервова система є однією із вітальних систем, порушення її функціонування мають беззаперечний вплив на якість життя дітей, пов'язану із здоров'ям.

Таким чином, діти із неврологічними захворюваннями мають значну неоднорідність у показниках якості життя за характеристиками здоров'я та його фізіологічних складових. Вважаємо, що під час діагностично-лікувального процесу увага лікаря повинна бути направлена не тільки на забезпечення об'єктивних діагностичних та лікувальних можливостей, але й на підвищення параметрів якості життя. Це дозволить уникнути значної соціальної дизадаптації та втрати працездатності у майбутньому.

ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ: ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

А.И. КОЖЕМЯКА, Т.В. СИРЕНКО, Д.Н. КРИВОРОТЬКО

Харьковский национальный медицинский университет, ОДКБ № 1

Проблема нозокомиальной инфекции остается одной из сложных проблем современной медицины. Частота вентилятор-ассоциированных заболеваний органов дыхания (ВАЗОД) по данным разных авторов колеблется от 10 до 30%, летальность – от 20 до 50%, может достигать 70%, когда инфекция представлена полирезистентной инвазивной флорой.

Цель исследования: разработка комплекса мероприятий по совершенствованию диагностики и лечения ВАЗОД у новорожденных в условиях неонатального отделения анестезиологии и интенсивной терапии Харьковской ОДКБ № 1; определение микробного возбудителя ВАЗОД в трахеобронхальных смывах и резистентности микробной флоры.

В НОАИТ ОДКБ № 1 с 2005 по 2009 год находилось на лечении 1517 новорожденных, из которых 63% детей потребовалось проведение ИВЛ. В исследование включены 217 новорожденных с ВАЗОД, у 157 детей из них диагностирован вентилятор-ассоциированный трахеобронхит, у 60 – вентилятор-ассоциированная пневмония. Проведено бактериологическое исследование трахеобронхиальных смывов и определение резистентности микробной флоры.

Установлены возбудители ВАЗОД у 75,7% детей, бактерии выделены у 97,4% (*P. aeruginosa* – 26,7%, *acinetobacter calk* – 21,4%, *enterobacter* – 9,2%, *Kl. pneumoniae* – 7,8%, другая разнообразная флора – 34,9%), грибы – в 2,6%. Определен уровень резистентности (%) наиболее часто встречающихся возбудителей ВАЗОД. *Ps. aeruginosa* к защищенным пенициллинам – 86,6, цефалоспорином III–IV поколения – 51,8–13,5 соответственно; к аминогликозидам II–III поколения – 36,3–27,2, карбопенемам – 9,4, гликопептидам – 17,3, макролидам – 58,2. *Acinetobacter calk* к защищенным пенициллинам – 92,7, цефалоспорином III–IV поколения – 34,3–26,7 соответственно, к аминогликозидам II–III поколения – 47,5–38,3, карбопенемам – 7,4, гликопептидам – 20,6, макролидам – 52,1. *Enterobacter* к защищенным пенициллинам – 96,3, цефалоспорином III–IV поколения – 43,4–29,7 соответственно, к аминогликозидам II–III поколения – 49,8–32,5, карбопенемам – 11,8, гликопептидам – 27,4, макролидам – 41,6. *Kl. pneumoniae* к защищенным пенициллинам – 78,7, цефалоспорином III–IV поколения – 54,3–21,7 соответственно, к аминогликозидам II–III поколения – 58,4–39,3, карбопенемам – 4,8, гликопептидам – 7,1, макролидам – 37,4.

Лечение включало антибактериальную и посиндромную терапию. Стартовая антибактериальная терапия включала цефалоспорины 3 поколения + аминогликозид или «антисинегнойный» пенициллин + аминогликозид. Эффективность стартовой терапии оценивалась по клинике – положительная динамика в течение 24–72 часов от начала лечения. В случае отсутствия положительного эффекта назначались цефалоспорины 3–4 поколения + гликопептид или карбопенема + гликопептид. Продолжительность курса антибактериальной терапии определялась степенью тяжести пневмонии и фоновым состоянием.

Для отделения АИТН ОДКБ № 1 г. Харькова основными представителями возбудителей ВАЗОД являются *Ps. aeruginosa*, *Acinetobacter* с.,

Enterobacter, *Kl. pneumoniae*; одним из направлений повышения эффективности терапии ВАЗОД является применение эмпирической терапии в соответствии с локальным паттерном чувствительности микробной флоры.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ЩОДО ПРИЗНАЧЕННЯ ЗОВНІШНЬОЇ КОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИМ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ

А.І. КОЖЕМ'ЯКА, В.А. КЛИМЕНКО, К.Г. КОЛУШКО,
Л.М. АДАРЮКОВА, О.В. ДАВИДЕНКО, Т.С. КОТОВЩИКОВА,
А.О. СОКОЛОВА

Харківський національний медичний університет.
КЗОЗ ОДКЛ № 1, м. Харків

При проведенні зовнішньої протизапальної терапії atopічного дерматиту (АД) у дітей широко застосовуються топічні кортикостероїди (ТКС). За активністю всі ТКС розподіляють на 4 класи – слабкі, середні, сильні й дуже сильні (Європейська класифікація) або на 7 класів (Американська школа). У всьому світі існують алгоритми призначення ТКС з урахуванням ступеня активності препарату і залежно від тяжкості та локалізації ураження шкіри. В Україні протоколами лікування АД (Наказ МОЗ України № 767 від 27.12.2005) диференційований підхід до призначення ТКС не передбачено. Більш того, останніми роками рекламні компанії фірм-виробників сформуливали думку про існування так званих „безпечних» ТКС, що призвело на практиці до широкого застосування ТКС сильної активності дітям раннього віку без урахування тяжкості та локалізації уражень шкіри.

Метою роботи було підвищення безпеки лікування АД у дітей шляхом розробки алгоритму вибору ТКС; проаналізувати, які зовнішні протизапальні засоби призначаються дітям на догоспітальному етапі при лікуванні загострення АД; провести апробацію ступеневого підходу щодо призначення ТКС.

Роботу виконано на базі Обласного дитячого алергологічного центру у 2009–2010 роках. Під спостереженням знаходилося 26 дітей віком від 2 до 18 років, хворих на АД. Усі діти вступили до стаціонару у період загострення.

До госпіталізації 22 дитини проходили амбулаторне лікування під спостереженням дільничного педіатра (14), алерголога (5) або дерматолога (3); 4 хворих звернулись за медичною допомогою з приводу загострення АД вперше. Аналіз даних анамнезу хвороби дозволив з'ясувати, що на догоспітальному етапі у якості зовнішніх протизапальних засобів було використано розчини анілінових барвників (4 хворих), крем пімекролімус (3 хворих), крем з оксидом цинку (3 пацієнти), кортикостероїди середньої

та сильної дії (2 та 7 дітей відповідно) і навіть ТКС дуже сильної дії (клобетазону пропіонат) у 1 хворого. У 2 хворих зовнішня терапія була представлена лише засобами базового догляду без протизапальних речовин. Звертає увагу, що в жодному разі (!) не було призначено ТКС слабкої дії (гідрокортизону ацетат 1% або преднізолону 0,5% мазь). Усі хворі за тяжкістю загострення АД були розподілені на дві групи – з середньотяжким (14 хворих) та тяжким (8 дітей) перебігом. Середнє значення індексу SCORAD складало $46,6 \pm 14,3$ та $83,8 \pm 12,6$ у хворих першої та другої груп відповідно. ТКС призначали згідно з наступним алгоритмом: при середньотяжкому загостренні АД застосовували мазь гідрокортизону ацетат 1% двічі на добу на всі уражені ділянки шкіри; при загостренні тяжкого ступеня на тулуб та кінцівки застосовували крем мометазону фуроат, на обличчя, шию – крем пімекролімус (2 дитини) або гідрокортизону мазь. У 100% випадків досягнуто ремісії, через 7 днів терапії індекс SCORAD достовірно зменшився та складав $18,3 \pm 6,4$ та $26,5 \pm 14,8$ у хворих першої та другої груп відповідно. Таким чином, застосування ТКС слабкої активності не втратило актуальності, є ефективним при лікуванні загострень легкої та середньої тяжкості.

Для підвищення безпеки лікування дітей, стандартизації призначення ТКС рекомендовано впровадження ступеневого підходу при виборі ТКС: при загостреннях легкого та середньотяжкого ступенів починати лікування з застосування ТКС слабкої дії з переходом на більш сильні тільки за неефективності попередніх засобів. Розглядати ТКС сильної дії як препарати першої лінії тільки при лікуванні тяжких загострень АД.

ОСОБЛИВОСТІ ЛЕГКОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ ПЕРІОДУ РЕМІСІЇ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

О.К. КОЛОСКОВА, Т.М. ВОРОТНЯК, О.О. ШАХОВА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Метою дослідження була оцінка особливостей перебігу легкої персистуючої бронхіальної астми залежно від тривалості періоду ремісії у дітей шкільного віку.

На базі ОДКЛ м. Чернівці обстежено 28 дітей, які отримували стаціонарне лікування з приводу загострення бронхіальної астми (БА). Групи формували залежно від терміну попереднього загострення БА: I групу склали 16 дітей із тривалістю ремісії менше 2-х років, II групу – 12 дітей із тривалістю ремісії від 2 до 6 років. Частка хлопчиків у групах порівняння становила 91 та 63% відповідно, середній вік пацієнтів I групи становив $13,7 \pm 1,24$, II групи – $11,4 \pm 0,81$ року ($p > 0,05$).

Встановлено, що середня кількість проведених у стаціонарі ліжко-днів достовірно переважала серед дітей I групи порівняно з пацієнтами II групи ($10,3 \pm 0,87$ проти $6,6 \pm 0,84$, $p < 0,05$). Оцінюючи тяжкість бронхообструктивного синдрому за бальною шкалою (вираженість задишки, кашлю тощо), відмічено, що при вступі до стаціонару у I клінічній групі тяжкість нападу порівняно з дітьми II групи була виразнішою ($5,6 \pm 0,53$ проти $3,1 \pm 0,51$ бала, $p < 0,05$). Аналогічні відмінності зберігалися впродовж лікування на 3-й день ($3,9 \pm 0,34$ проти $2,2 \pm 0,44$ бала, $p < 0,05$) і на 7-й день лікування ($1,3 \pm 0,15$ проти $0,3 \pm 0,18$ бала, $p < 0,05$). Слід зазначити, що пацієнти I клінічної групи відносно дітей II групи потребували більшого обсягу лікування для купірування бронхіальної обструкції, що виражалося частішим призначенням глюкокортикостероїдів ($43,7\%$ проти $16,7\%$, $p < 0,05$), β -агоністів швидкої дії ($93,7\%$ проти $87,5\%$, $p > 0,05$) та метилксантинів (50% проти $8,3\%$, $p < 0,05$).

Таким чином, у пацієнтів шкільного віку, хворих на легку бронхіальну астму із різною тривалістю періоду ремісії, спостерігаються зміни, які свідчать про тяжчий напад бронхіальної астми у пацієнтів із меншим періодом ремісії, що вимагає більшого обсягу лікування у стаціонарі.

ВИХОДЖУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ ГРИПУ H1N1 (КАЛІФОРНІЯ)

Л.В. КОЛЮБАКІНА, М.М. СТРИНАДКО, О.В. ВЛАСОВА,
З.М. ФЕДОРИШИНА, Л.М. КУЗЬМЕНКО

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Проблема грипу чи подібних до нього гострих респіраторних інфекцій залишається актуальною на даний час, особливо в популяції вагітних та новонароджених. Під час попередніх епідемій на підставі клінічних, вірусологічних та експериментальних даних доведено можливість проникнення вірусу грипу крізь плаценту та трансплацентарної передачі збудника від матері до плода. Пандемія грипу А H1N1 (Каліфорнія) в Україні та, зокрема, в Чернівецькій області, на жаль, забрала людські життя, а серед втрат особливо трагічними є випадки загибелі вагітних жінок.

Наводимо власний практичний досвід з виходження новонароджених від матерів, які знаходилися в критичному стані та померли внаслідок двобічної вірусно-бактеріальної пневмонії під час епідемії грипу. Двоє дітей народилися шляхом кесарева розтину за екстремними показаннями з боку матері (термінальний стан) недоношеними в термінах гестації 32 та 36 тижнів з масою 1980 та 2450 г. На 2-гу добу після пологів жінки померли. У зв'язку з тяжкою асфіксією

при народженні діти потребували проведення первинних реанімаційних заходів та введення Куросурфу лікувальною дозою, враховуючи наростання дихальних розладів. Немовлята після стабілізації стану були одразу транспортовані до відділення інтенсивної терапії новонароджених, де проводилося протезування вітальних функцій та гемодинамічна підтримка. Тяжкість стану в стаціонарі зумовлена дихальними розладами, гемодинамічними та метаболічними порушеннями, явищами поліорганної недостатності. В обох дітей в легенях з обох сторін вислуховувалися дрібнопухирцеві вологі хрипи. На рентгенограмах грудної клітки визначалися набрякові та інтерстиціальні зміни легень, ділянки апневматозів. Результати вірусологічних досліджень мазків із зів на аденовірус, РС-вірус, вірус грипу А, В, парагрипу – негативні. Проведене лікування: ШВЛ, інфузійна терапія з інотропною підтримкою, часткове парентеральне харчування, замісна терапія з корекцією анемії дитини з дихальними розладами, антибактеріальна терапія – ампіцилін+гентаміцин у вікових дозах. Одна дитина у зв'язку з судомами потребувала призначення протисудомної терапії. Комісійно, за участі співробітників кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб, керівництва лікарні, обласного позаштатного неонатолога, враховуючи можливість інфікування плода й тяжкість стану дітей після народження, зміни з боку легень, ухвалено рішення щодо призначення за життєвими показаннями обом дітям препарату Таміфлю дозою 15 мг двічі на добу впродовж 2- та 4-х діб відповідно. Ускладнень під час та після введення даного препарату не відмічено. До комплексу лікування з метою корекції функціонування системи інтерферону було включено віферон. В динаміці в обох пацієнтів відмічалася стабілізація стану та на другому тижні життя вони були переведені до відділення недоношених дітей, де здійснювалося подальше спостереження та лікування майже впродовж 2-х місяців, після чого в задовільному стані діти виписані додому під нагляд дільничного педіатра та невролога. Враховуючи позитивну динаміку, можна вважати, що запропонований комплекс терапевтичних заходів виявився ефективним у наведених випадках.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГРИПУ АН1N1 У ДІТЕЙ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ПІД ЧАС ЕПІДЕМІЇ 2009 РОКУ

В.О. КОНДРАТЬЄВ, В.О. ОГНЯНОВА, А.А. РАВЛІНКО,
О.М. ЛІТВІНОВА, Г.Л. ВОРОНОВА

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

Проведено аналіз клініко-епідеміологічних особливостей перебігу грипу у дітей Дніпропе-

тровської області за даними обласної дитячої клінічної лікарні м. Дніпропетровська за період з 13.11.2009 по 13.01.2010 року. Всього за період епідемії з грипом і ГРВІ до обласної дитячої клінічної лікарні було госпіталізовано 555 дітей. Діагноз грипу установлювався за даними епіданамнезу, клінічної картини захворювання і підтверджувався лабораторно: ПЛР діагностика вірусу грипу АН1N1 у слизі з носа і глотки, метод РГГА – для діагностики грипу А і В. Діагноз грипу було підтверджено лабораторно у 90 (16,2%) усіх госпіталізованих хворих. Серед них грип АН1N1 підтверджено у 85 (94,4%), що склало 15,3% від загальної кількості госпіталізованих із грипом та ГРВІ, грип АН3N2 і грип В було підтверджено у 5 (5,6%) хворих дітей.

Розподіл хворих залежно від епідоточення показав переважання серед хворих на грип дітей шкіл-інтернатів (72%), які захворіли після контакту з однолітками, 3% склали діти, джерело зараження яких було в сім'ї та 25% – діти, у яких не вдалося виявити джерело зараження, а їх батьки при з'ясуванні епіданамнезу вказували на сприятливе епідоточення. Віковий склад госпіталізованих дітей, котрі захворіли на грип АН1N1, був таким: діти до 1 року – 1%, діти від 1 до 3 років – 1%, від 3 до 6 років – 1%, від 6 до 10 років – 22%, при цьому переважали діти старше 10 років і підлітки, котрі склали 75% захворілих.

За клінічним перебігом у 14% дітей грип АН1N1 мав тяжкий перебіг з вираженим інтоксикаційним, гіпертермічним синдромом, що супроводжувався високою лихоманкою та фебрильними судомами. У таких тяжких хворих спостерігався розвиток бронхообструктивного синдрому, негоспітальних пневмоній. В цілому більшість хворих (86%) мали середньотяжкий і легкий перебіг грипу АН1N1. У 15,3% усіх випадків грипу АН1N1 виникли бактеріальні ускладнення: обструктивні бронхіти (7,1%), гострий простий бронхіт (3,5%), пневмонії (2,4%), гайморит (2,4%), лакуарна ангіна (1,2%), лімфаденіт (1,2%), в 3% випадків грип розпочинався з інтенсивного гастроінтестинального синдрому. Серед особливостей лабораторних показників крові у хворих на грип АН1N1 слід відмітити в першому аналізі крові лейкоцитопенію (від 3,9 до 3,2 Г/л) у 10% хворих, помірний лейкоцитоз (від 9,2 до 16 Г/л) – у 10%, тромбоцитопенію – у 9% хворих. У 5% пацієнтів виявлено тромбоцитоз реактивного характеру, в 15% – абсолютну або відносну лімфоцитопенію.

Таким чином, грип АН1N1 за умови ранньої діагностики та своєчасно призначеного лікування не мав у дітей суттєвих відмінностей в клінічному перебігу, частоті й характері ускладнень порівняно з сезонним грипом. Випадки ускладненого перебігу грипу АН1N1 були, як правило, пов'язані з наявністю хронічних вогнищ інфекції в організмі або з нашаруванням бактеріальної інфекції в перебігу захворювання.

ДИНАМІКА РЕГРЕСІЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ІНФЕКЦІЙНИМ МІОКАРДИТОМ ТА РЕВМАТИЧНИМ ЕНДОМІОКАРДИТОМ

В.О. КОНДРАТЬЄВ, О.В. ОСТРАСЬ, Н.Г. ПОРОХНЯ

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

Основними клінічно значущими подіями, що можуть відбутися з дитиною, хворою на гострий інфекційний міокардит (ГІМ) чи гостру ревматичну лихоманку (ГРЛ) з вальвулітом мітрального клапана (МК) протягом 3 місяців, є: а) одужання з повним морфо-функціональним відновленням серцево-судинної системи, що не вимагає подальшої медикаментозної корекції та лікарського моніторингу, б) завершення запального процесу зі сталими порушеннями функцій серця, в) продовження захворювання з ознаками запальної активності та/або прогресуючими порушеннями функцій серця – перехід ГІМ у підгострий або хронічний, формування дилатаційної кардіоміопатії, г) смерть хворого. При цьому вирішальним чинником прогнозу якості життя таких хворих, як одного з основних показників ефективності надання медичної допомоги, є розвиток хронічної серцевої недостатності (СН).

Метою дослідження було визначення особливостей регресії СН у дітей, хворих на ГІМ та ГРЛ з вальвулітом МК. Проведено катамнестичне спостереження за 37 пацієнтами (27 хворих на ГІМ та 10 хворих на ГРЛ з вальвулітом МК) протягом трьох місяців. Всі хворі отримували лікування відповідно до чинних стандартів (Наказ МОЗ України № 362 від 19.07.2005 «Про затвердження Протоколів діагностики та лікування кардіоревматологічних хвороб у дітей»). Ступінь вираженості СН оцінювали шляхом визначення функціонального класу (ФК) за NYHA. Для індивідуальної оцінки динаміки стану пацієнтів розраховували різницю показника ФК СН спочатку та через три місяці хвороби. Як груповий показник розглядався індекс динаміки класу (ІДК), що дорівнював середній різниці ФК СН пацієнтів у підгрупі. Оцінку достовірності динаміки ФК СН у підгрупах було виконано шляхом обчислення непараметричного рангового критерію Уїлкоксона.

За даними дослідження у 23,1% хворих на ГІМ та 40% дітей з ГРЛ спостерігався гострий перебіг захворювання з повним одужанням протягом трьох місяців. У 76,9% пацієнтів з ГІМ через 3 місяці після первинного обстеження залишилися ознаки ураження серця; 19,2% з них мали лабораторні ознаки активності запального процесу. Слід зазначити, що 15,4% хворих на ІМ мали зростання ФК СН (від'ємна різниця ФК СН) та негативну динаміку показників систолічної й діастолічної функцій ЛШ. У той же час, жоден з хворих на ГРЛ не мав негативної динаміки ФК СН на тлі стандартного лікуван-

ня. Серед усіх спостережень достовірну позитивну динаміку регресії СН мали лише пацієнти із середньотяжкою формою ГІМ ($p < 0,022$) та хворі на ГРЛ ($p < 0,02$). Крім того, шляхом визначення критерію Крускала-Уолліса було визначено, що діти, хворі на ГРЛ, мали достовірно більшу позитивну динаміку регресії СН, порівняно зі всіма хворими на ГІМ ($p < 0,05$).

Таким чином, за умов застосування стандартного лікування найкращий прогноз відносно динаміки регресії СН мали діти, хворі на ГРЛ, та хворі з середньотяжкою формою ІМ. Отримані дані свідчать про актуальність і необхідність розробки оптимальних індивідуалізованих схем лікування гострих запальних уражень серцевого м'яза у дітей з урахуванням існуючого прогнозу регресії захворювання і серцевої недостатності.

ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ З ЕКСТРАСИСТОЛІЄЮ

Н.М. КОНОПКО, О.В. ПШЕНИЧНА

Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

Як відомо, відхилення, що виникають в системах, які регулюють ритм серця, передують гемодинамічним, метаболічним, енергетичним порушенням його діяльності. Серцевий ритм є індикатором цих відхилень. Варіабельність ритму серця (ВРС), яка відображає коливання ЧСС відносно середнього значення, дозволяє оцінити функціональні резерви серцевої діяльності, збалансованість вегетативних впливів, ступінь напруження серцево-судинної системи на тлі адаптації до різноманітних стресових ситуацій.

Мета дослідження: вивчення показників ВРС у дітей з екстрасистолією.

Використовували загальноклінічні методи дослідження, стандартну ЕКГ, моніторування ЕКГ за Холтером з визначенням показників ВРС.

Обстежено 88 дітей віком від 6 до 18 років (57 хлопчиків та 31 дівчинку): 37 (42,0%) дітей з надшлуночковою екстрасистолією (НЕС), 51 (58,0%) дитина – з шлуночковою екстрасистолією (ШЕС).

Оцінку ВРС проводили, аналізуючи інтегральний показник ВРС в цілому (SDNN) та показник rMSSD, який відображає здатність до концентрації серцевого ритму. Показники ВРС у дітей порівнювалися з показниками ВРС здорових дітей відповідного віку.

У 78 (88,7%) обстежених виявлено підвищення SDNN, у 4 (4,5%) – зниження, у 6 (6,8%) – відсутність відхилення від вікових параметрів показників. У 13 (14,8%) дітей виявлено підвищення rMSSD, у 39 (44,3%) – зниження, у 36 (40,9%) – відсутність відхилення від вікових параметрів.

Виявлено залежність рівня показників ВРС від топіки ЕС. Так, SDNN був підвищений у 39

(44,3%) дітей з НЕС та у 36 (40,9%) дітей з ШЕС. Проведений порівняльний аналіз за допомогою χ -квадрату ($p=0,39$) встановив підвищення показника SDNN незалежно від топіки ЕС.

Показник rMSSD був підвищений у 5 (5,7%) дітей, знижений – у 7 (7,9%), нормальний – у 21 (23,9%) пацієнта з НЕС; підвищений – у 6 (6,8%), знижений – у 32 (36,4%), нормальний – у 13 (14,8%) дітей з ШЕС. Проведений порівняльний аналіз за допомогою χ -квадрату встановив, що показник rMSSD був достовірно ($p<0,0,05$) частіше знижений у дітей з ШЕС.

Вказане свідчить про наявність підвищення симпато-адреналових впливів та централізацію управління серцевою діяльністю у дітей з ШЕС, що відображає послаблення адаптаційних резервів серцево-судинної системи у дітей з ШЕС порівняно з дітьми, які мали НЕС.

Таким чином, виявлено наступні особливості ВРС у дітей з ЕС: залежність рівня показників ВРС від топіки ЕС, підвищення симпато-адреналових впливів у дітей з ШЕС за відсутності відхилення від вікових параметрів у дітей з НЕС.

Зазначене важливо для прогнозу зникнення ЕС та призначення оптимального лікувально-реабілітаційного комплексу.

ВИЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЗМУ ПРИ ЕПІЛЕПСІЯХ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Т.В. КОНОПЛЯНКО, В.О. СВИСТІЛЬНИК

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

Епілепсії та епілептичні синдроми залишаються одними з найбільш поширених захворювань нервової системи у дітей і призводять до тяжкої соціальної дизадаптації.

Мета дослідження: удосконалення діагностики епілепсії у дітей шляхом

комплексного дослідження клінічних особливостей та стану показників метаболізму головного мозку: N-ацетиласпартату і креатину (NAA/Cr), холіну і креатину (Cho/Cr), міоінозитолу і креатину (mIns/Cr).

Клінічні та інструментальні обстеження проведено у 110 дітей з різними формами епілепсії, серед яких 45 пацієнтів з ідіопатичними і 65 – з симптоматичними формами епілепсії та епілептичними синдромами віком від 6 місяців до 16 років. Діагноз встановлювали на підставі стандартів діагностики, рекомендованих Міжнародною протиепілептичною Лігою, при яких враховували особливості дебюту, вікові аспекти епілепсії, характер епілептичних нападів, їх частоту, перебіг та динаміку змін в неврологічному статусі. Залежно від частоти епілептичних нападів пацієнтів було розподілено на клінічні групи: хворі з частими нападами і діти з медикамен-

тозним контролем випадків. Обстежено 28 практично здорових дітей віком від 6 місяців до 16 років, які ввійшли до контрольної групи. На підставі проведення магнітно-резонансної спектроскопії головного мозку вивчали особливості співвідношення групи метаболітів NAA/Cr, Cho/Cr, mIns/Cr білатерально в сірій речовині лобно-скроневої ділянки мозку у дітей з ідіопатичними та симптоматичними формами епілепсії.

Аналіз рівня співвідношення метаболітів головного мозку у дітей з наявними частими епілептичними нападами, у пацієнтів з медикаментозним контролем нападів і в контрольній групі показав, що у всіх вікових групах дітей з частими нападами мало місце статистично достовірне зниження рівня NAA/Cr та зростання рівня mIns/Cr порівняно з контрольною групою ($p<0,05$). В групах дітей віком 4–7 і 13–16 років з медикаментозним контролем нападів відмічено зростання рівня NAA/Cr порівняно з групою пацієнтів з частими епілептичними нападами ($p<0,05$). Рівень співвідношення NAA/Cr, mIns/Cr у дітей всіх вікових груп з медикаментозною ремісією епілепсії статистично не відрізнявся від контрольної групи. Медикаментозна ремісія нападів з середньою тривалістю $19,0\pm 3,0$ міс супроводжувалася відновленням рівня співвідношення NAA/Cr, mIns/Cr у дітей з епілепсією.

Аналізуючи рівень лактату гомо- і гетеролатерально локалізації епілептичного вогнища, виявлено білатеральне накопичення лактату у пацієнтів з ремісією нападів від 0,5 до 7 діб. У дітей з ремісією епілепсії більше 8 діб відбувалося статистично достовірне зменшення рівня лактату порівняно з хворими з частими нападами.

Визначено вплив частоти епілептичних нападів на динаміку рівня співвідношення метаболітів головного мозку: при частих епілептичних нападах відбувається зниження рівня співвідношення NAA/Cr і зростання рівня mIns/Cr. На рівень співвідношення Cho/Cr частота епілептичних нападів не впливала. Відновлення рівня співвідношення NAA/Cr, mIns/Cr в періоді ремісії епілепсії свідчить про зворотність даних метаболічних змін і може бути наслідком нейронального епілептичного розряду.

АРТЕРИАЛЬНА ГИПЕРТЕНЗИЯ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Н.М. КОРЕНЕВ, Л.Ф. БОГМАТ, Е.М. НОСОВА,
В.В. НИКОНОВА, Э.Л. АХНАЗАРЯНЦ, И.М. ЯКОВЛЕВА,
И.М. ЕВДОКИМОВА, И.Д. САВВО, Л.И. ПОНОМАРЕВА

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков
АМН Украины» г. Харьков

Целью исследования была необходимость определения распространенности и факторов

риска у подростков с АГ, разработка методов прогнозирования течения и формирования осложнений, профилактики и лечения заболевания.

У 1914 учащихся 10–17 лет (девочек – 961, мальчиков – 953) популяции г. Харькова проведены эпидемиологические исследования значений АД. 300 юношей с ПАГ были с впервые установленным диагнозом. Эхокардиография в «В» режиме проводилась по стандартной методике на аппарате «Sonoline-SL1», фирмы «Siemens», суточное мониторирование АД (СМАД) с использованием аппарата «Cardiospy» фирмы «Labtech LTD». Липидный спектр крови определялся по уровню общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеинов высокой плотности. Симпатoadреналовая система – по содержанию в суточной моче адреналина и норадреналина. Ренин-ангиотензин-альдостероновая (РААС) система – по активности ренина плазмы крови, ангиотензина-II и альдостерона в сыворотке крови.

Проведенные эпидемиологические исследования популяции школьников г. Харькова выявили, что АГ регистрируется в 5,3% случаев, с достоверным преобладанием среди мальчиков (6,0% против 4,7% у девочек; $p < 0,01$). Среди наиболее часто встречающихся факторов риска регистрируется отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям (86%). При СМАД у подростков с ПАГ выделены такие профили: dipper – 51,0%; non-dipper – 31,6%; с избыточным ночным снижением (over-dipper) – 15,3% и с ночным повышением АД (night-reaker) – 2,0%. Выявлено, что в группе dipper у 22,0% подростков отмечалось расширение диаметра аорты (ДА), у 24,0% – полости левого желудочка (ЛЖ), у 14,0% – утолщение миокарда межжелудочковой перегородки (МЖП). В группе over-dipper расширение ДА было у 40,1% юношей, а у 33,5% – дилатация левого предсердия. В группе non-dipper зарегистрировано увеличение полости ЛЖ (54,8%) и изолированное утолщение МЖП (29,0%). При изучении структурно-функциональных изменений со стороны почек у подростков с ПАГ у 36,2% было выявлено наличие микроальбинурии. При изучении показателей нейрогуморальных факторов выявлено достоверное повышение экскреции норадреналина с мочой, повышение активности ренина плазмы, уровня ангиотензина-II и альдостерона в сыворотке крови. Кроме того, у 52,0% подростков выявлены изменения в липидном спектре крови, которые характеризовались повышением уровня общего холестерина, триглицеридов и снижением показателей холестерина липопротеинов высокой плотности, что способствовало смещению липидного спектра крови в сторону атерогенных фракций и достоверному повышению индекса атерогенности. Установлено, что в группе dipper предикторами формирования дезадаптивной перестройки серд-

ца являются – повышение норадреналина и ангиотензина-II, а также гипертриглицеридемия. В группе non-dipper – изменения гемодинамических показателей происходят на фоне активации РААС с включением в патологический процесс альдостерона. В группе over-dipper – нарастание пульсового давления в ночные часы и снижение антиатерогенной фракции липопротеинов высокой плотности происходят на фоне активации симпатoadреналовой системы.

У подростков с ПАГ на ранних этапах заболевания происходит поражение органов-мишеней на фоне патологических суточных колебаний АД, что требует своевременной диагностики и адекватной терапии для предотвращения развития осложнений.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СУМІШІ КЛІНУТРЕН У ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ ЗІ ВТОРИННИМИ ДИСТРОФІЯМИ НА ФОНІ ТЯЖКИХ ФОРМ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

О.С. КОРЕНЮК, К.Д. ДУКА, Н.М. КРАМАРЕНКО,
В.І. ІВАНЧЕНКО, Л.Г. МОЛОКОВИЧ

Дніпропетровська державна медична академія. Дитяча
клінічна лікарня № 2, м. Дніпропетровськ

Дитяча інвалідність – одна із гострих медико-соціальних проблем сучасного суспільства. Первинна дитяча інвалідність за останні роки має тенденцію до зростання на фоні зменшення дитячого населення в цілому. Превалюючими причинами первинної інвалідності дітей були та залишаються природженні вади розвитку, хромосомні порушення, хвороби нервової системи, а також психічні розлади і розлади поведінки.

Інвалідність, яка пов'язана зі порушеннями опорно-рухового апарата, складає значну питому вагу в структурі дитячої інвалідності. Причому, провідне місце серед подібного роду порушень займає дитячий церебральний параліч (ДЦП). При цьому захворюванні спостерігаються як ураження опорно-рухового апарата різного ступеня тяжкості, які часто призводять до тяжкої інвалідизації, так і морфо-функціональні зміни в роботі внутрішніх органів, а також інтелектуальні та характерологічні порушення. Фізичний розвиток дітей, хворих на ДЦП, як правило, характеризується значним дефіцитом маси тіла, розвитком прогресуючої дистрофії.

На фоні основного захворювання, яке часто супроводжується псевдобульбарними розладами, виникають певні ускладнення в годуванні таких пацієнтів. Порушення ковтання, хронічний мікроаспіраційний синдром не дозволяють забезпечити раціональне харчування дитини відповідно до фізіологічних потреб організму звичним ентеральним шляхом. В зв'язку з цим, одним із важливих аспектів догляду за дітьми

з тяжкими формами ДЦП є організація ефективного харчування.

Під нашим спостереженням знаходилось 5 дітей із Будинку інвалідів з тяжкими формами ДЦП, які неодноразово вступали до інфекційного відділення для лікування респіраторних захворювань. Як правило, у цій групі дітей захворювання мали схильність до затяжного перебігу, що визначало довготривалість їх знаходження в стаціонарі. Нутритивний статус дітей характеризувався низьким індексом трофіки, зниженням тургору м'яких тканин, зменшенням товщини підшкірної основи, трофічними змінами шкіри та слизових оболонок. Ці симптоми дозволили діагностувати у цих дітей з тяжкими формами ДЦП білково-енергетичну недостатність II та III ступенів змішаного, нейрогенно-аліментарного генезу. Враховуючі прояви псевдобульбарного синдрому, ускладнення годування цих пацієнтів, залежно від тяжкості стану застосовували метод зондового харчування або комбінацію годування з ложки та зондового харчування. В якості основного харчування використовували поживну суміш Клінутрен з урахуванням фізіологічних потреб дітей за основними нутрієнтами і калоріями. Даний продукт має збалансований склад за білками, жирами, вуглеводами, забезпечує отримання високого калоражу в малому об'ємі суміші, містить необхідні для даної категорії хворих незамінні жирні кислоти, амінокислоти, біологічно активні речовини, вітаміни та мікроелементи.

Застосування суміші Клінутрен вже протягом першого тижня забезпечило стабілізацію вагової кривої пацієнтів зі вторинної дистрофією. На 2–3-му тижні годування дітей даної сумішшю ми відмічали стійкі збільшення маси тіла. Спостерігалось поліпшення нутритивного статусу дітей цієї групи, поява підшкірно-жирової клітковини, підвищення тургору м'яких тканин.

Таким чином, поживну суміш Клінутрен можна рекомендувати для ентерального годування дітей-інвалідів зі вторинної дистрофією на фоні тяжких форм дитячого церебрального паралічу.

АНТЕНАТАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ У ДІТЕЙ ІЗ РЕЦИДИВУЮЧИМ БРОНХІТОМ

Н.І. КОСТИРКО, О.Б. СИНОВЕРСЬКА

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Патологія бронхолегеневої системи часто зустрічається у дітей і має значну питому вагу в структурі загальної захворюваності. За останні 10 років серед дитячого населення кількість захворювань органів дихання, переважно за рахунок гострих і рецидивуючих запальних процесів верхніх і нижніх дихальних шляхів,

зросла у 3,6 разу, причому показники захворюваності в 5–6 разів перевищують аналогічні у дорослих.

Рецидивуючий бронхіт (РБ) становить серйозну загрозу здоров'ю та працездатності, оскільки патологічні процеси бронхолегеневого апарата в дитячому віці мають тенденцію до тривалого й ускладненого перебігу, трансформації у більш складні форми з подальшою. За таких умов, недооцінка значення преморбідного фону та факторів ризику виникнення патології призведе до несвочасного виявлення прогностично важливих станів, неповноцінності профілактичних заходів та неправильного вибору тактики ведення пацієнта.

Мета роботи: проаналізувати структуру антенатальних факторів ризику виникнення РБ у дітей. Проведено анкетування та вивчення медичної документації (обмінна карта вагітної та породіллі, Ф №111/о) матерів 92 дітей із РБ.

Аналіз показав, що обтяжений акушерський анамнез мав місце в 76 (82,6%) випадках: загроза переривання вагітності в терміні до 3 місяців – у 9 (9,8%), загроза невиношування – у 6 (6,5%), ранній гестоз – у 15 (16,3%), пізній – у 5 (5,4%), конфлікт за АВ0 – у 7 (7,6%), хронічна фетоплацентарна недостатність – у 24 (26,1%), анемія вагітної різного ступеня тяжкості – у 71 (77,2%), TORCH-інфекції – у 28 (29,8%), в тому числі неліковані – у 21 (22,3%) матері. Екстрагенітальна патологія спостерігалась у 88 (95,6%) вагітних, в тому числі ГРВІ – у 44 (47,8%), гострий бронхіт – у 15 (16,3%), загострення хронічного пієлонефриту – у 16 (17,4%), алергічні захворювання – у 11 (11,9%) матерів. Палили під час вагітності 18 (19,6%) жінок, час від часу приймали алкоголь – 5 (5,4%). Прийом ліків під час вагітності відмічали 42 (45,6%) мами, із них антибіотики приймали 23 (25,0%), нестероїдні протизапальні середники – 12 (13,0%), противірусні препарати – 3 (3,3%). Фізіологічні вчасні пологи були у 46 (52,3%) матерів, передчасне народження дитини – у 9 (10,2%), кесарів розтин – у 27 (30,7%), медикаментозна стимуляція в пологах – у 18 (19,6%). Ускладнення в пологах у вигляді слабості пологової діяльності мало місце у 27 (29,3%), передчасне відтікання навколоплодових вод – у 16 (17,4%), тривалий безводний період – у 10 (10,9%), прееклампсія – у 2 (2,2%) матерів дітей із РБ.

Перелічені фактори призводять до ушкодження плаценти, розвитку антенатальної гіпоксії плода, перинатального ураження ЦНС, функціональної незрілості імунної системи дитини, що індукує порушення механізмів фізіологічної адаптації та зменшення імунологічної толерантності до дії різних факторів, дисрегуляції імунної відповіді та вегетативного дисбалансу й індукції в подальшому патогенетичних передумов до розвитку рецидивуючого бронхіту у дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ГЕНОМА НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП ПРИКАРПАТТЯ

З.Р. КОЧЕРГА, Л.Є. КОВАЛЬЧУК

Івано-Франківський національний медичний університет

Нейтрофільні гранулоцити – найчисленніша популяція лейкоцитів людини. Активовані нейтрофіли продукують ферменти (кислі протеази, мієлопероксидазу), агресивні форми кисню, які не тільки знищують мікроорганізми, але й пошкоджують тканини господаря при імунному запаленні та в антитілзалежних цитотоксичних реакціях. Така поліфункціональна здатність клітин зумовлена активною експресією генів, продукти яких могли б забезпечувати вищевказані процеси. Епігенетичні модифікації ступеня компактизації хроматину, стан ядерцевого апарата соматичних клітин відображають функціональний і структурний аспекти гомеостазу.

Метою даного дослідження було встановлення функціонального стану генома (ФСГ) дітей за індексами хроматизації (IX), статевого хроматину (СХ), ядерцевих (ЯІ) та патологічних ядер (ПЯ) нейтрофільних гранулоцитів периферичної крові (НГ) дітей.

Обстежено 30 новонароджених та 36 дітей дошкільного віку, з них 33 дівчинки і 33 хлопчики. У мазках крові, забарвлених за Фольгеном у нашій модифікації, аналізували по 100 інтерфазних ядер НГ від кожної дитини. Виявлено достовірне зменшення кількості нейтрофілів дітей дошкільного віку порівняно з такою у новонароджених (відповідно $43,9 \pm 0,88$ і $55,89 \pm 3,14$ у дівчаток та $52,83 \pm 4,66$ і $36,7 \pm 0,48$ у хлопчиків). Водночас кількість лімфоцитів у цих дітей з віком зростала. IX, який засвідчує активність транскрипції, у новонароджених дітей суттєво переважав аналогічний показник у дітей до семи років ($1,00 \pm 0,02$ та $0,73 \pm 0,02$ у дівчаток і $0,98 \pm 0,02$ та $0,78 \pm 0,02$ у хлопчиків). За результатами індексу гетеропікнотичної Х-хромосоми доведено статевий диморфізм навіть у новонароджених дітей. Активність ядерцевого апарата, оцінена за допомогою показника частоти клітин з ядерцями, у дітей віком до семи років удвічі переважала ЯІ у новонароджених ($p < 0,01$), що відображає компенсаторний механізм забезпечення синтезу рРНК і поліпептидів при зниженій транскрипції. Закономірним було зростання частоти ПЯ у всіх дітей дошкільного віку порівняно з такою у новонароджених. Встановлено переважання даного показника у дівчаток обох вікових груп над таким у хлопчиків ($p < 0,05$).

Таким чином, виявлені нами зміни ФСГ нейтрофільних гранулоцитів засвідчують участь генетичних механізмів контролю структурного і функціонального аспектів гомеостазу в процесі росту і розвитку дитячого організму.

РОЛЬ СВОЄЧАСНОГО ВВЕДЕННЯ ВІКОВОГО ПРИКОРМУ В ПРОФІЛАКТИЦІ АНЕМІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Н.М. КРАМАРЕНКО, К.Д. ДУКА, О.С. КОРЕНЮК, І.Б. ВЛАСЮК

Дніпропетровська державна медична академія.
Дитяча клінічна міська лікарня № 3, м. Дніпропетровськ

Як відомо, материнське молоко – єдиний ідеальний продукт харчування немовлят для забезпечення їх гармонійного розвитку. Воно містить не тільки всі необхідні для дитини поживні речовини в ідеально збалансованому співвідношенні, але й комплекс захисних факторів і біологічно активних речовин. Дитина до 6 місяців повинна отримувати лише грудне молоко, однак саме у віці 6 місяців воно вже не може задовольнити потребу немовляти в калоріях, основних нутрієнтах, мінеральних речовинах, насамперед залізі, для забезпечення її нормального розвитку.

Вміст заліза в грудному молоці невелике, але його біологічна доступність становить близько 50%, що набагато вище, ніж в інших продуктах харчування. Завдяки запасам заліза, що присутні в організмі при народженні, і високій біологічній доступності заліза в грудному молоці, доношені діти, які перебувають на виключно грудному вигодовуванні, звичайно приблизно до 5–6 місяців мають задовільний статус заліза. Щоденна потреба дитячого організму в залізі становить 0,5–1,2 мг на добу. У дітей раннього віку у зв'язку зі швидкими темпами росту й розвитку спостерігається підвищена потреба в залізі. У цьому періоді життя запаси заліза швидко виснажуються через посилене його споживання з депо: у недоношених дітей до 3-го місяця, у доношених – до 5–6-го місяця життя. Дефіцит заліза в цьому віці може зумовлювати розвиток у дитини залізодефіцитної анемії.

Тому, після 6 місяців життя виникає необхідність доповнення грудного молока іншими продуктами харчування, тобто необхідність введення вікових прикормів. Дуже важливо для дитини почати отримувати прикорм з підвищеним вмістом заліза у вигляді каш промислового виробництва, збагачених залізом, м'яса, риби, фруктових соків, овочового пюре та інших.

Спостерігаючи за дітьми першого року життя, оцінюючи їх вигодовування, ми зіткнулися із проблемою пізнього введення прикормів в тих випадках, коли лактація у матерів достатня.

Метою нашого дослідження було довести роль своєчасного введення прикормів у харчування дітей першого року життя для профілактики розвитку анемії. Нами було виділено дві групи дітей з необтяженим анамнезом за анемією, які знаходились на виключно грудному вигодовуванні. До першої групи (групи контролю) увійшли 20 дітей віком 6–10 місяців, котрим своєчасно призначались вікові прикорми. В другій групі спостерігались 18 дітей віком 6–10 місяців, котрим при-

корми вводились з 7–8-місячного віку. Всім дітям проводилось дослідження рівня гемоглобіну в 5 і 9-місячному віці. При первинному обстеженні було виявлено по дві дитини в кожній із груп (10 та 11% відповідно) з показниками гемоглобіну 107–110 г/л, тобто з I ступенем анемії. При контрольному дослідженні в 9-місячному віці рівень гемоглобіну у всіх дітей контрольної групи відповідав нормі, тоді як в другій групі виявлено показники рівня гемоглобіну нижче норми у 4 дітей, що склало 22,2%. При тому, у дітей з низькими з початку показниками гемоглобіну його рівень знизився ще на 10–13 одиниць.

Таким чином, навіть за умов одержання достатнього об'єму материнського молока при несвоєчасному введенні прикорму у дітей після 6 місяців життя ми спостерігали розвиток анемічних станів, що дозволяє зробити висновок про високий ризик розвитку анемії у дітей цього віку та важливість своєчасного введення фруктових, овочевих і м'ясних продуктів в харчування дітей другого півріччя життя для корекції мікроелементів, а саме заліза.

МАЙБУТНЄ АНТИМІКРОБНОГО ЛІКУВАННЯ В ПЕДІАТРІЇ

С.П. КРИВОПУСТОВ

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

Відкриття антимікробних засобів є одним з найважливіших в медицині XX сторіччя. Проте після їх широкого клінічного емпіричного використання світ отримав загрозливу проблему антибіотикорезистентності, яка має провідне значення в розгляді перспектив використання антибіотиків в XXI сторіччі.

На тлі великої уваги, що приділялася останніми роками до лікування грамнегативних інфекцій, одним з актуальних завдань сьогоденної антимікробної терапії стало вирішення проблеми лікування грампозитивної інфекції, насамперед, викликаної метицилінрезистентними штамами золотистого стафілокока (MRSA). Крім глікопептидів (ванкоміцин, тейкоплакін), мають значення лінезолід, в тому числі в комбінації з ертапенемом, а також даптоміцин та цефтобіпрол. На жаль, можливість використання останніх в педіатрії не вивчена. Переважна більшість препаратів належать до вже відомих класів антимікробних засобів, проте, ймовірно, суттєвий прогрес можна було б очікувати за рахунок відкриття принципово нових молекул, ефективних проти MRSA.

Щодо грамнегативних мікроорганізмів, – терапевтичні успіхи останніх років були пов'язані, насамперед, з бета-лактамами, зокрема цефалоспоринами, а також з інгібіторами бета-лактамаз. До новітніх напрямків слід віднести розробку лікопептидів, не-бета-лактамних інгі-

біторів пеніцилінзв'язуючого білка та інгібітора біосинтезу мембран, а також сучасні розробки в галузі монобактамінів та аміноглікозидів (Theuretzbacher U., 2009).

Вкрай бажаним є отримання для клінічних потреб високоякісних та безпечних антибіотиків з вузьким спектром дії, які, на тлі етіологічної верифікації діагнозу, нададуть можливість застосовувати засоби не з широким, а оптимальним спектром дії.

Слід підкреслити і значення антибіотиків-проліків – лікарських засобів, що зазнають біотрансформації до того, як проявляють свої фармакологічні ефекти. Це дозволяє захистити речовину від руйнування, забезпечити високу швидкість всмоктування, поліпшити абсорбцію та мінімізувати гастроінтестинальні розлади. До проліків, зокрема, відносять цефотіаму гексил, цефтобіпролу медокаріл, цефуросиму аксетил, цефподоксиму проксетил, цефетамету півоксил.

Безумовно, для розробки та впровадження принципово новітніх антимікробних засобів потрібні час та суттєві фінансові витрати. А на найближчу перспективу в клінічній педіатрії найбільша увага має бути зосереджена на раціональному використанні вже існуючих антимікробних засобів з акцентом на боротьбі з антибіотикорезистентністю. Так, доцільно використовувати рекомендації Alliance for the Prudent Use of Antibiotics (APUA), The European Network for Antimicrobial Resistance and Epidemiology (ENCARE), International Network for the Study and Prevention of Emerging Antimicrobial Resistance (INSPEAR), а також WHONET – міжнародну комп'ютеризовану програму для моніторингу антибіотикорезистентності та ін. Цьому також має сприяти розробка й дотримання стандартів раціональної антимікробної терапії у дітей, зокрема, резолюція (<http://consilium.com.ua/news/id-18911>) «круглого столу» з раціональної антимікробної терапії поширених хвороб дитячого віку в м. Києві 24 лютого 2010.

ОЦІНКА СЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ПРИ ВИКОНАННІ ПРОБИ З ДОЗОВАНИМ ФІЗИЧНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ І ДОДАТКОВИМ ПРОВЕДЕННЯМ ЕХОКАРДІОГРАФІЇ

Т.В. КУЗЬМЕНКО, Т.В. КОБЕЦЬ

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

Оцінка стану серцево-судинної системи (ССС) у дітей як в нормі, так і при патології є складним завданням. Для аналізу ступеня таких змін у серці широко використовуються різні методи інструментальної оцінки, серед яких основне місце займає проба з фізичним навантаженням. Існує кілька різновидів цієї проби: велоергоме-

трія (ВЕМ), тредміл-тест, проба Майстра, Гарвардський степ-тест тощо. Незважаючи на значні переваги в оцінці адаптаційних процесів ССС ВЕМ та тредміл-тестів у дорослих, в педіатричній практиці є свої суперечливі моменти та технічні складнощі.

Нами розроблено алгоритм, при якому пацієнтові виконують пробу з дозованим фізичним навантаженням – пробу Мастера, в модифікації Д.М. Аронова, шляхом проведення дітям і підліткам зростаючих навантажень із заданою потужністю, з застосуванням сходинки, використовуючи формули для розрахунку заданої потужності ($W = p \cdot h \cdot n \cdot 1,33$), реєстрації ЕКГ у 12 відведеннях та аналізі змін до навантаження і в різні терміни після навантаження. У запропонованому способі оцінки адаптації ССС на навантаження у дітей проводять додатково ехокардіографічне дослідження (ЕхоКГ) з оцінкою кінцеводіастолічного, кінцевосистолічного об'ємів лівого шлуночка (ЛШ), фракції викиду ЛШ, ударного та хвилинного об'ємів обох шлуночків. Розраховують кінцевий діастолічний і кінцевий систолічний індекси ЛШ. Визначають гемодинамічні параметри на клапанах магістральних судин, ступеня регургітації на атріо-вентрикулярних і напівлунних клапанах серця, тиску в легеневій артерії. Новим є те, що оцінка даних параметрів проводиться у дітей та підлітків, реєстрація ЕхоКГ параметрів проводиться в спокої до та після навантаження.

Таким чином, запропонований метод стандартизованої проби з дозованим фізичним навантаженням і додатковим проведенням ЕхоКГ дозволить стандартизувати оцінку загальної фізичної працездатності дитини і підлітка, ступеня тренуваності і гемодинамічної реакції на навантаження. Алгоритм підвищує інформативність обстеження, будучи безпечним і зручним методом оцінки змін серцевої гемодинаміки у дітей і підлітків у нормі й при патології. Відносна простота способу оцінки адаптації ССС на навантаження у дітей за допомогою запропонованої методики дозволяє проводити розрахунок критеріїв змін в серці та магістральних судинах навіть дослідникам з невеликим клінічним досвідом, який також позитивно впливає на точність і достовірність результатів дослідження.

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ БАТЬКІВСЬКОГО ВІДНОШЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ІЗ ЗАТРИМКОЮ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ

Г.В. КУКУРУЗА, О.О. КИРИЛОВА, О.Е. БЕЛЯЄВА,
С.М. ЦИЛЮРИК

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

Психологічне опанування підлітками питань сприйняття свого тіла, статевих ролей і між-

персональних відносин повинно відбуватися в сім'ї, через сімейні настанови. В разі наявності у підлітка проблем із репродуктивною сферою переривання діалогу між батьками та підлітками позбавляє підлітків необхідних складових психологічної сімейної підтримки та посилює вразливість у стосунках з однолітками, які розвиваються відповідно до віку.

Метою роботи був опис феноменології батьківського відношення до здоров'я підлітків із затримкою статевого розвитку (ЗСР). Обстежено 53 підлітки віком 14–17 років із ЗСР, з них 34 хлопці та 19 дівчат, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків АМНУ. Для визначення особливостей батьківського відношення до здоров'я підлітків із ЗСР обох статей було використано напівструктуроване інтерв'ю для підлітків із ЗСР та їх батьків. При проведенні інтерв'ювання батьків підлітків із ЗСР у дослідження залучався саме той з батьків, який супроводжував підлітка при вступі до лікарні та знаходився в комунікації з лікарем-куратором.

Одержані під час інтерв'ювання відомості щодо системи уявлень та особливостей взаємовідносин батьків та підлітків із ЗСР дозволили виявити, що принаймні частина батьків зазнавали труднощів у вербалізації власних міркувань щодо питань статевого розвитку, для них було властиво збіднення емоційного словникового запасу. Це проявлялося як у безпосередньому контакті з інтерв'юером, так і в їх повсякденному житті й, відповідно, обмежувало батьківсько-дитячу комунікацію в контексті захворювання репродуктивної системи в підлітків. Психологічні, комунікативні перешкоди також обмежували сімейну систему хворого підлітка щодо можливості отримання необхідної допомоги в мікросоціальному оточенні й гальмували своєчасне звернення по медичну допомогу.

Якщо батьки чи інші родичі підлітків із ЗСР свого часу мали подібні особливості розвитку, то цей досвід різним чином впливав на ставлення сім'ї до захворювання підлітка.

Батьки відмічали вплив соціального оточення як на підлітка, так і на власну систему уявлень у контексті порушення репродуктивного здоров'я дитини. Відбиті у зовнішності прояви уповільненого статевого розвитку підлітка викликали увагу однолітків, що призводило до певних соціальних наслідків.

Матеріали інтерв'ювання свідчать, що ситуація порушення репродуктивного здоров'я підлітка може спонукати батьків до пошуків емоційної, інформаційної або іншої підтримки з боку родичів чи друзів або, навпаки, збуджувати у батьків намагання не акцентувати ці проблеми в найближчому оточенні сім'ї.

Згідно з повідомленнями в інтерв'ю батьки протягом одного, двох, трьох і більше років спостерігають відмінності у розвитку власної дитини та її однолітків. Для звернення по лікарську

допомогу сімейна система потребує спеціально, іноді неодноразового направлення від лікарів. До певного часу батьки не схильні визнавати хворобливі прояви підлітка настільки значущими, щоб вважати за доцільне звертатися до лікарів. Самі батьки ініціювали звернення до лікарні в поодиноких випадках. Звернення до лікарів суттєво змінює уявлення й оцінки батьків щодо здоров'я їхніх дітей.

Результати якісного аналізу інтерв'ювання було покладено в основу розробки опитника для батьків щодо визначення їх відношення до здоров'я підлітків із ЗСР.

НОВА МЕТОДИКА ОЦІНКИ ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКИХ ВІДНОСИН В СІМ'ЯХ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗВИТКУ

Г.В. КУКУРУЗА, А.М. КРАВЦОВА

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

Необхідність звернення уваги на питання дитячо-батьківських відносин в сім'ях, які виховують дітей з порушеннями здоров'я та розвитку, пов'язана з тим, що формування цих відносин обтяжено декількома обставинами. Порушення здоров'я та розвитку дитини неминуче негативно впливає на батьків, їх емоційний стан, поведінку та здатність до турботливого й творчого відношення до виховання дитини. Природжені функції самої дитини, що спрямовані на розвиток соціальних відносин та на пізнавальну діяльність у разі порушень розвитку, також утруднені або спотворені й не дають дитині можливості починати та створювати гармонійні і люблячі відносини зі своєю сім'єю. Ці складнощі неминуче призводять до утруднення або порушення встановлення у родині відносин насамперед дитячо-батьківських, адекватних потребам дитини.

Проблема оцінки ранніх дитячо-батьківських відносин в останні роки набуває все більшої актуальності. Слід зазначити, що існують вагомі обмеження у використанні розроблених на цей час методів для оцінки ранніх дитячо-батьківських відносин в сім'ях, які виховують дітей з порушеннями: вони призначені для вивчення дитячо-батьківських відносин в сім'ях з дітьми більш старшого віку та можуть використовуватись у випадках, коли дитина не має виражених порушень здоров'я та розвитку.

Метою роботи була розробка змісту, структури та системи обробки діагностичного інтерв'ю для оцінки дитячо-батьківських відносин в сім'ях, які виховують дітей раннього віку з порушеннями здоров'я та розвитку.

При створенні діагностичного інтерв'ю для оцінки дитячо-батьківських відносин вико-

ристовувався методичний прийом, який полягав в тому, що при відповідях на запитання батьки мали можливість наводити реальні приклади напружених міжособистісних ситуацій, описувати свій внутрішній досвід та досвід дитини під час посиленої афективної активації.

Розроблене діагностичне інтерв'ю складається з 21 запитання, в яких відображено наступні тематичні розділи: бачення батьками своєї дитини та її досвіду відносин, бачення батьками відносин з дитиною та досвід батьківства. Процедура проведення інтерв'ю включає вступну, основну та заключну частини. Для аналізу результатів інтерв'ю було розроблено систему оцінки текстів інтерв'ю. Оцінка проводиться на підставі аналізу вербального відображення дорослим певних форм взаємодії, яку дорослий описує в інтерв'ю в якості прикладів, а також власних переживань та обмірковувань ситуацій взаємодії з дитиною. Для оцінки дитячо-батьківських відносин виділено п'ять ознак, сукупність яких дозволяє визначити якість дитячо-батьківських відносин: причинно-наслідковий зв'язок, невербальна взаємодія, афективно-поведінкова регуляція, вербалізація власних почуттів, менталізація.

Згідно з процедурою обробки, кожна з ознак оцінюється від 0 до 2 балів. Результати аналізу інтерв'ю та оцінки заносяться в спеціальну таблицю, що дає можливість встановити індивідуальний профіль дитячо-батьківських відносин.

Отриманий таким чином профіль дозволяє визначити сильні й слабкі сторони дитячо-батьківських відносин та спланувати подальшу роботу, спрямовану на оптимізацію цих відносин та допомогу батькам щодо вибору адекватного способу взаємодії та побудови відносин з дитиною, яка має порушення здоров'я та розвитку.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРЕПАРАТУ КАНЕФРОН Н У ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З АЦЕТОНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ

Л.В. КУРИЛО, Н.К. УНІЧ, І.Б. ОРЛЮК, В.В. КОРНЄВА, В.Г. КОЗАЧУК

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

Останнє десятиліття відзначилось значним ростом у дітей первинного ацетонемічного синдрому (АС), що зумовлено екологічними факторами, психоемоційними та інформаційними навантаженнями і «похибками» харчування. В основі АС лежать генетично детерміновані особливості обміну речовин – нервово-артритичний діатез (НАД). Пошук і розробка нових методів і медикаментозних засобів лікування дітей з АС – актуальна проблема в педіатрії. Перш за все йдеться про етіопатогенетичну терапію. Гіпоте-

тично біохімічним маркером НАД вважається гіперурикемія. Процес корекції пуринового обміну складний. Лікування гіперурикемії передбачає використання лікарських засобів, які поліпшують умови елімінації з організму сечової кислоти. Одним з таких засобів є препарат Канефрон Н, до складу якого входять три рослинні екстракти: корінь любистку, трава золототисячника, листя розмарину. Канефрон Н поліпшує умови для виділення солей сечової кислоти, що зумовлено сечогінною, спазмолітичною і нефропротекторною дією.

Мета роботи: показати клінічне значення Канефрону Н в лікуванні дітей з первинним ацетонемічним синдромом і в профілактиці рецидивів.

Під нашим спостереженням знаходилося 88 дітей віком від 2 до 10 років, у яких АС протікав на тлі гіперурикемії. Діагноз АС у дітей був встановлений на підставі сукупності анамнестичних, клінічних і лабораторних досліджень. Основну групу склали 60 дітей, які поряд з базисною терапією отримували фітопрепарат Канефрон Н на етапі ацетонемічної кризи і надалі протягом 1 місяця, а також повторно через 6 місяців курсом 1 місяць в загальноприйнятій віковій дозі. Групу порівняння склали 28 дітей, які отримували тільки базову терапію.

Спостереження за дітьми основної групи показало, що в процесі комплексного лікування з використанням Канефрону Н відмічалась позитивна динаміка у більшості дітей – 52 (86,4%) на кінець курсу лікування. Показники сечової кислоти стабільно нормалізувались на кінець 3-го тижня у 48 (78,9%) дітей основної групи. Серед дітей групи порівняння показники сечової кислоти нормалізувались у 9 (32,4%).

Суттєвим показником клінічної ефективності Канефрону Н є частота рецидивів АС протягом 1 року. Наші результати показали, що серед дітей основної групи у 15 (25,1%) пацієнтів рецидиви не відмічались, однократний епізод рецидиву спостерігався майже у половини хворих (55,8%). Водночас в групі порівняння тільки у однієї дитини (3,9%) не відмічались рецидиви, однократний рецидив був у 4 (14,8%) осіб. Дворазові рецидиви у дітей основної і порівняльної груп відмічались з однаковою частотою, 3–4-кратні рецидиви спостерігалися тільки у дітей групи порівняння.

У дітей основної групи (86,4%) на кінець курсу лікування відмічено регрес ехографічних симптомів при УЗД нирок, які характеризують дисметаболическу нефропатію, в той час як у групі порівняння – у 25,5% пацієнтів.

Таким чином, препарат Канефрон Н може бути рекомендований в якості патогенетичної терапії в комплексному лікуванні дітей з ацетонемічним синдромом, асоційованим з гіперурикемією.

ВИЗНАЧЕННЯ ФРАКТАЛЬНОЇ РОЗМІРНОСТІ КРИСТАЛІВ ЖОВЧІ ЯК КРИТЕРІЙ ОЦІНКИ ЇЇ ЛІТОГЕННОСТІ

Н.В. ЛАГУНОВА, О.Д. ЛЕБЕДЄВА

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

Під холестазом розуміють порушення синтезу, секретії і відтікання жовчі. Оцінка гомогенності вмісту є одним із основних діагностичних критеріїв, які відображають стабільність перебігу холестазу і дозволяють діагностувати дану патологію на доклінічній стадії. Використовуючи фізико-хімічний підхід до вивчення жовчі, доведено існування структурно-різноманітних фаз (кристалічна будова) залежно від концентрації і співвідношення основних компонентів жовчі. Дослідження дегідратованих зразків нормальної жовчі дозволило встановити її деревоподібну структуру. Метод поляризаційної мікроскопії дозволяє дати характеристику складу жовчі не традиційними біохімічними методами, а визначити її структурний (якісний) стан, динаміку структурних переходів. Ряд захворювань супроводжується деякими нестационарними і квазістационарними явищами в жовчі, що призводять до виникнення рідких і твердих кристалічних фаз. У природному різноманітті кристалів, що утворились, можна виявити структури, схожі на фрактали. Для їх формування напрацьовані комп'ютерні моделі, що дає можливість пояснити особливості росту біологічної структури, виміряти її та порівняти її фрактальний розмір зі ступенем вираженості холестагичних змін у дітей, тобто дати не тільки якісну, але й кількісну характеристику регулярних фаз. Фрактальна розмірність виражається не цілим, а дробним числом. Для її визначення необхідно встановити кількість фракталів, які піддаються математичній обробці в препараті. Для визначення кількості обчислених фракталів нами використовувалась формула (включена в математичну програму цифрової обробки зображення), за якою число фундаментальних одиниць дорівнювало з точністю до константи радіуса сфери, піднесено в ступінь, що дорівнює фрактальній розмірності. Цифровий морфометр вимірював фрактальну розмірність виділених об'єктів геометричним методом, як тангенс кута нахилу залежності квадрата периметра L^2 від площі S досліджуваного фракталу, побудованій в подвійних логарифмічних координатах. В міру вираженості холестагичних порушень у дітей спостерігалось підвищення літогенності жовчі, підтвержене не тільки змінами кінематики розвитку регулярних фаз жовчі і розвитком патологічного типу кристалізації, але й змінами фрактальної розмірності кристалів у бік збільшення.

Встановлено, що у дітей з функціональними порушеннями гепатобіліарної зони спостеріга-

ється формування кристалів жовчі з низькою фрактальною розмірністю ($D_{\text{серед}} 0,11 \pm 0,02$), ніж в групі дітей із запальними захворюваннями в стадії ремісії (діти з хронічним холециститом – $D_{\text{серед}} 1,22 \pm 0,07$; діти з хронічними гепатитами В і С – $D_{\text{серед}} 1,23 \pm 0,02$), порівняно з дітьми із групи контролю, де фрактальна розмірність наближалась до нуля ($D_{\text{серед}} 0,02 \pm 0,01$).

Таким чином, визначення фрактальної розмірності кристалів жовчі порції В відображає розвиток літогенних властивостей жовчі і може бути використано в якості ранньої діагностики холестатичних порушень у дітей на доклінічному етапі.

ВПЛИВ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА СТАН МІКРОЕКОЛОГІЇ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ І КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ З ГЕМОБЛАСТОЗАМИ У СТАДІЇ РЕМІСІЇ

Н.В. ЛАГУНОВА, О.В. СТАНКЕВИЧ

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

Всі поверхні людського тіла, що знаходяться у контакті з навколишнім середовищем, заселені мікроорганізмами. Шлунково-кишковий тракт є відкритою системою, тобто взаємодіє із зовнішнім середовищем. Саме тому, ротоглотка й товста кишка мають найбільшу щільність мікробного засівання. Нормальна мікрофлора за участю чинників неспецифічного захисту й імунологічних процесів реалізує механізм колонізаційної резистентності, тобто запобігає колонізації біотопа мікроорганізмами, невластивими для нього. Застосування сучасних інтенсивних протоколів у лікуванні дітей з гемобластозами та імунодепресивний вплив пухлини на організм спричиняють зміни мікроекосистем різних біотопів.

Нами було вивчено стан мікрофлори порожнини рота і кишечника у 60 дітей з гемобластозами, які знаходилися на санаторно-курортному лікуванні в дитячому клінічному санаторії «Чайка» м. Євпаторії. В ході дослідження було виявлено дисбіотичні порушення ротоглотки, що проявлялися зниженням рівня природної колонізації букального епітелію нормальною мікрофлорою (оральним стрептококом), збільшенням концентрації грибів роду *Candida*, появою ентеробактерій, що в нормі не мешкають в ротовій порожнині. При дослідженні мікроекології товстого кишечника у даної категорії хворих відмічено зменшення кількості біфідобактерій, лактобактерій і пропіоновокислих бактерій та переважання популяцій умовно-патогенної флори (клостридій, стафілококів, ешерихій, протея, грибів роду *Candida*).

Проведення традиційного комплексу санаторно-курортної реабілітації даної категорії ді-

тей в осінньо-весняному періоді позитивно позначилося на стані мікроекології ротової порожнини, що виражалось збільшенням кількості нормофлори і зменшенням зростання ентеробактерій і грибів. При вивченні мікробного складу товстого кишечника відмічено позитивну тенденцію у вигляді збільшення кількості облигатної флори і зменшення зростання факультативних мікроорганізмів. Це в черговий раз доводить доцільність проведення санаторно-курортної реабілітації дітям з гемобластозами у стадії ремісії.

ДИТЯЧА КАРДІОЛОГІЯ В УКРАЇНІ: ПОГЛЯД У МАЙБУТНЄ

В.В. ЛАЗОРИШИНЕЦЬ, О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ

Міністерство охорони здоров'я України.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Захворювання органів кровообігу у дітей залишаються актуальною медико-соціальною проблемою в Україні та всьому світі. Так, в нашій державі їх поширеність серед дітей 0–17 років в 2009 році склала 289 314 або 35,34 на 1000 дітей, а захворюваність – 84 439 або 10,31 на 1000 дітей; природжені аномалії системи кровообігу – 51 572 або 6,3 на 1000 дітей та 8 927 або 1,09 на 1000 дітей відповідно (МОЗ України, 2009).

При цьому суттєвий прогрес в розв'язанні актуальних проблем дитячої кардіології не можна уявити без впровадження сучасних світових технологій. Особливої уваги заслуговують молекулярно-генетичні методи діагностики захворювань серцево-судинної системи. Так, доведено, що алельний поліморфізм генів ендотеліальної синтази оксиду азоту, гена калікреїну, ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, генів іонних каналів клітинних мембран та поліморфізм поодиноких нуклеотидів (SNP) пов'язаний з розвитком багатьох серцево-судинних захворювань. Розвиток артеріальної гіпертензії пов'язують з поліморфізмом у 7 екзоні гена eNOS, поліморфізмом гена ангіотензин 1 перетворюючого ферменту (D/D поліморфізм), SNP гена калікреїну, SNP в генах β_1 - і β_2 -адренорецептора тощо. Порушення серцевого ритму та провідності корелюють з наявністю поліморфізму у промоторі гена eNOS та SNP у білках іонних каналів мембран.

Продовжується технологічний прогрес в методах ультразвукової візуалізації серця та магістральних судин, зокрема, поява 3-D, 4-D візуалізації відкрила нові перспективи розвитку інтенсивної кардіології та кардіохірургії.

Розвиток нанотехнологій започаткував новий етап розвитку сучасної медицини. Так, поява нових технологій прижиттєвої візуалізації молеку-

лярних, клітинних, тканинних структур за допомогою молекулярних зондів сприяла глибокому вивченню молекулярних ланцюгів патогенезу багатьох кардіоваскулярних захворювань. Мічені наночастинки використовуються для прижиттєвої магнітно-резонансної діагностики молекул, асоційованих з процесами експресії факторів росту, проліферації, апоптозу та атеросклерозу. Різні наночастинки використовуються як транспортери лікарських засобів.

Активно проводяться дослідження в області клітинної терапії. Вивчається ефективність введення стовбурових клітин при міокардитах, кардіоміопатіях, серцевій недостатності. Розглядається комплексне введення гемопоетичних стовбурових клітин кісткового мозку, ендотеліоцитоподібних, кардіоміоцитоподібних, мезенхімальних стовбурових клітин, а також міогенних сателітних клітин у зони ішемії.

Однією з проблем у розвитку клітинної терапії у кардіології є проблема контролю міграції стовбурових клітин до вогнища ураження та оцінка їх життєздатності протягом деякого часу після трансплантації.

Отже, майбутні стратегії зниження інвалідності та смертності від серцево-судинних захворювань, в тому числі у дітей та підлітків, безперечно, належать високим технологіям діагностики та лікування. Слід зазначити, що викладання цих аспектів починається вже на додипломному етапі підготовки лікаря в межах курсу за вибором «Актуальні питання дитячої кардіоревматології», програма якого розроблена на кафедрі педіатрії № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, має продовжуватися на післядипломному етапі та в межах безперервного професійного розвитку лікаря.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІМУНОРЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ДІТЕЙ З РЕЦИДИВУЮЧИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

В.Ф. ЛАПШИН, Т.Р. УМАНЕЦЬ, В.П. ЧЕРНИШОВ,
Л.В. ГАЛАЗЮК, А.Б. СЕМІНОГ, Л.С. СТЕПАНОВА,
О.П. БЕЛЄВ*

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

*Дитячий пульмонологічний санаторій «Бердянський»,
м. Бердянськ

Враховуючи патогенетичну роль недостатності та незрілості імунітету у дітей з рецидивуючими бронхолегеневими захворюваннями, імунореабілітація є одним із важливих компонентів комплексної програми лікувально-профілактичних заходів даного контингенту дітей.

Метою даного дослідження було вивчення ефективності імунореабілітаційних заходів у дітей з рецидивуючим бронхітом (РБ) та бронхіальною астмою (БА).

Обстежено 195 дітей віком 5–15 років, з них 90 дітей з БА та 105 дітей з РБ на амбулаторному та санаторному етапах реабілітації.

На підставі проведеного комплексного клінічного та кореляційно-регресійного аналізу нами встановлено ряд клініко-параклінічних дисфункціональних факторів, які залежно від їх комбінації сформували два типи резистентності організму, що відповідали низькому та високому ступеням вірогідності виникнення загострень. Отримані дані стали підставою для розробки алгоритму диференційованих імунореабілітаційних заходів, складовими частинами якого була специфічна (у дітей з atopічним фенотипом БА) та неспецифічна імунотерапія з включенням природних імуномодуляторів (на основі солодів злаків та лікарських трав – «Імуно-флора», на основі молозива корів – «Трансфер-фактор») та немедикаментозних засобів.

Застосування диференційованих імунореабілітаційних комплексів дозволило поліпшити перебіг захворювання та підвищити ефективність імунореабілітації в 1,4 разу у дітей з РБ та в 1,3 разу у дітей з БА.

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА ДІАГНОСТИКА ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ М. СІМФЕРОПОЛЬ

О.М. ЛЕБЕДЄВА, А.В. ЛУЗІН, І.А. БАБИЧ, Ю.С. БАШКІРЦЕВА,
Л.Р. ОСТРОВСЬКА, Л.К. АСАНОВА, Н.В. ЄВТУШЕНКО

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського. 2-а міська дитяча клінічна лікарня,
м. Сімферополь

Для перевірки функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи у дітей шкільного віку в 2009 році в дитячих амбулаторно-поліклінічних закладах, згідно з Наказом МОЗ та Міністерства освіти і науки України № 518/674 від 20.07.09, проведено обстеження учнів м. Сімферополя за пробою Руф'є.

Учні, у яких було виявлено відхилення в рівні функціонального резерву серця у бік зниження, потребували консультації лікаря-кардіолога. За результатами огляду кардіологом призначалось адекватне обстеження: загальний аналіз крові, показники гострої фази запалення, ЕКГ, ЕхоКГ, ЕЕГ, кардіоінтервалографія, рентенографія органів грудної клітки, холтеровське моніторування, консультації окуліста (очне дно) і невролога.

Обстеження проведено в кардіологічному відділенні 2-ої дитячої клінічної лікарні м. Сімферополя за період 2009 року.

За результатами обстеження виявлено патологію серцево-судинної системи і вперше взято на «Д» облік 89 дітей шкільного віку. За віком

діти розподілялись наступним чином: старший шкільний вік – 61 (68,5%) дитина, молодший шкільний вік – 27 (31,5%).

У 50 (56,2%) дітей виявлено природжені пороки серця, але лише у 1 дитини зі зниженим функціональним резервом серця за пробою Руф'є виявлено відкриту артеріальну протоку.

Порушення серцевого ритму вперше виявлено у 38 (42,7%) дітей шкільного віку. Серед порушень серцевого ритму перше місце займає екстрасистолічна аритмія – у 24 (63,1%) дітей, друге – вагосалежна дисфункція синусового вузла у 4 (10,5%) дітей, третє – WPW синдром у 3 (7,9%) дітей, інші порушення серцевого ритму зареєстровано у 7 (18,5%) дітей. В цій групі порушення серцевого ритму виявлено у 3 (7,9%) дітей із зниженим функціональним резервом серця за пробою Руф'є.

Симптоматичну артеріальну гіпертензію вперше виявлено за рік у 1 (1,1%) дитини після звернення батьків з дитиною до кардіолога.

Таким чином, серед патологій серцево-судинної системи у дітей шкільного віку м. Сімферополя, яку було вперше діагностовано в 2009 році, на першому місці перебувають природжені пороки серця, а на другому – порушення серцевого ритму. Після проведення проби Руф'є у дітей із зниженим функціональним резервом серця патологію серцево-судинної системи виявлено лише у 4 (4,5%) дітей.

ОСТЕОАРТРОЗ У ПІДЛІТКІВ: МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПРОГРЕСУВАННЯ

І.С. ЛЕБЕЦЬ, Н.С. ШЕВЧЕНКО, О.В. МАТВІЄНКО,
Д.А. КАШКАЛДА, І.М. НЕЛІНА, Г.В. ЛЕТЯГО

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

Метою роботи є удосконалення лікування вторинного остеоартрозу (ОА) в підлітків на підставі визначення провідних механізмів його формування.

Використано такі методи дослідження: сумарні глікозаміноглікани (ГАГ) та їх фракції, хондроїтинсульфати (ХС), активність кислоти, лужної фосфатази, еластази, колагенази, рівень інгібіторів еластази, показники клітинної (CD³, CD⁴, CD⁸, CD¹⁹), гуморальної (імуноглобуліни А, М, G, циркулюючі імунні комплекси – ЦІК, комплемент), моноцитарно-фагоцитарної ланки імунітету, цитокіни ІЛ-1β, ІЛ-6, ФНП-α. Проводилося ультразвукове дослідження структур суглобів, капіляроскопія нігтьового ложа. Під спостереженням знаходилося 142 підлітки 12–18 років, хворих на ОА, серед яких у 109 ОА розвинувся на тлі гіпермобільного синдрому (ГМС), у 33 – після перенесеного реактивного артрити (РеА).

Тривалі спостереження показали, що ОА серед підлітків за частотою переважає в осіб жіночої статі (56,4%). Клінічна симптоматика захворювання включала: помірно виражені артралгії механічного характеру, слабкі прояви ексудативного компонента у суглобах, хрусотиння у суглобах, чітку метеозалежність. Найчастіше уражалися колінні суглоби. Діагностично значущими рентгенологічними ознаками були: звуження суглобових щілин, загостреність міжвиросткових підвищень великоомілових кісток, нерівномірність суглобових поверхонь кісток, остеофітія. Ультразвукові зміни торкалися порушень товщини суглобового хряща, його структури, субхондрального шару кісток, наявності синовіту. За нашими даними, в підлітків при ОА через один рік від клінічного дебюту прогресування процесу спостерігалось у 20% хворих, через 2 роки – у 44,5%, а через 3 роки – у 66,7% підлітків.

ОА у підлітків характеризувався значними відхиленнями в метаболізмі протеогліканів та колагену, які проявлялися перерозподілом фракцій ГАГ, зниженням ІІ–ІІІ та підвищенням І фракції, оксипролінурією, збільшенням ХС на тлі активації кислоти та лужної фосфатази. Встановлено негативний вплив щодо поглиблення змін в обміні сполучнотканинних структур в разі приєднання у суглобовому апараті синовіту. Метаболізм компонентів сполучної тканини мав особливості при формуванні ОА на тлі різних факторів ризику розвитку захворювання: переважання більш вираженої протеогліканової недостатності та оксипролінурії у хворих з фоновим ГМС (p<0,01) та підвищення ХС у підлітків з РеА в анамнезі (p<0,01).

Формування ОА відбувалося з участю ферментів катаболізму основних білків сполучної тканини. Певну патогенетичну роль відіграло підвищення колагенолітичної активності крові (p<0,001) та зниження інгібіторів ферментів катаболізму білків (p<0,01). В механізмах формування ОА визначено участь імунозапального автоімунного компонента. Виявлено ознаки дисбалансу Т- і В-ланок імунітету у вигляді депресії Т- та активації В-ланки зі зниженням CD³, CD⁴, CD⁸, підвищенням CD¹⁹, ЦІК, комплекменту, імуноглобулінів А і G, що відбувалося на тлі гіперпродукції прозапальних цитокінів ІЛ-1β, ІЛ-6, ФНП-α (p<0,001).

Отримано дані щодо порушень у системі мікроциркуляції, які проявлялися змінами в архітектоніці судин, їх звивистістю, спазмом артеріального відділу та розширенням венозного (початкові прояви венозного застою), зниженням кількості капілярів у рядку, їх скороченням, численною агрегацією еритроцитів.

На підставі отриманих даних щодо провідних механізмів формування ОА в підлітків визначено основні напрямки в лікуванні захворювання для запобігання або сповільнення його прогресування: включення до терапії нестероїдних

протизапальних засобів та препаратів для корекції метаболізму сполучнотканинних структур хряща і мікроциркуляції.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ПРИРОДЖЕНОЮ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Г.О. ЛЕЖЕНКО, Т.В. БОРИСЕНКО

Запорізький державний медичний університет

Захворювання серцево-судинної системи є однією з актуальних проблем сучасної медицини, зокрема педіатрії, що зумовлено їх прогресуючою частотою, тяжкістю, тривалістю перебігу, а також можливістю несприятливого прогнозу.

Нами вивчено стан серцево-судинної системи у дітей раннього віку з природженою цитомегаловірусною (ЦМВ) інфекцією. Всім пацієнтам проводилося кольорове доплерівське картування з метою виявлення якісних і кількісних ознак ураження міокарда. При дослідженні виконували наступні вимірювання: КДР – кінцеводіастолічний розмір, КСР – кінцевосистолічний розмір, КДО – кінцеводіастолічний об'єм, КСО – кінцевосистолічний об'єм, ФВ – фракція викиду, ММЛШ – маса міокарда лівого шлуночка та ІММЛШ – індекс маси міокарда. Золотим стандартом в діагностиці міокардиту вважається фракція викиду, яка оцінює скоротливу здатність міокарда. Даний показник, на думку ряду авторів, є найбільш інформативним при гострому запальному процесі в міокарді. Для встановлення наявності чи відсутності гіпертрофії необхідно проводити обчислення маси міокарда лівого шлуночка, індексу маси міокарда лівого шлуночка, а також співвідношення КДО до ММЛШ.

Під спостереженням знаходилося 65 дітей віком від 1 місяця до 2 років з природженою ЦМВ-інфекцією і 22 здорових дитини, репрезентативних за статтю та віком, що склали контрольну групу.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що для дітей з ЦМВ-інфекцією характерним було зниження КСР до $1,06 \pm 0,03$ см, КДР – до $2,41 \pm 0,03$ см проти $1,72 \pm 0,02$ і $2,55 \pm 0,06$ см, відповідно, в контрольній групі ($p < 0,05$). При цьому КДО практично не відрізнявся від показників здорових дітей ($25,09 \pm 0,87$ і $25,5 \pm 2,17$ мл, відповідно, $p > 0,05$). Маса міокарда лівого шлуночка у дітей з ЦМВ-інфекцією виявилася в 1,4 рази меншою, ніж у здорових дітей, і складала $18,0 \pm 0,83$ проти $25,2 \pm 1,56$ г в контролі ($p < 0,05$). ІММЛШ у досліджуваній групі також був знижений до $49,71 \pm 1,74$ проти $81 \pm 3,75$ г/см² в контрольній групі ($p < 0,05$).

В даних літератури зустрічаються розбіжності щодо маси міокарда при кардитах – в одних

джерелах вказується на її зменшення при декомпенсації патологічного процесу в серцево-судинній системі, в інших – на підвищення при збільшенні тривалості захворювання. Зменшення КДР, КСР, маси міокарда лівого шлуночка у дітей, інфікованих ЦМВ, свідчить про зниження еластичності м'язових волокон та їх податливості. В нормі, співвідношення КДО до ММЛШ складає $0,80 \pm 0,17$ мл/г у дорослих, у дітей даних немає. Збільшення цього співвідношення вище 1,1 мл/г свідчить про підвищене напруження в стінці лівого шлуночка. Внутрішньошлуночковий тиск прямо пропорційний навантаженню на стінку шлуночка. Існує зворотний взаємозв'язок між навантаженням на стінку шлуночка і товщиною стінки. За нашими даними співвідношення КДО/ММЛШ в групі дітей з природженою ЦМВ-інфекцією складало $1,40 \pm 0,03$ мл/г, тоді як в контрольній групі його значення знаходилося в межах $1,02 \pm 0,02$ мл/г ($p < 0,05$).

Отримані результати дослідження свідчать про те, що немає чіткого прямого взаємозв'язку між гіпертрофією міокарда лівого шлуночка і збільшенням його об'єму. Таким чином, для оцінки гемодинамічних змін у дітей раннього віку необхідно оцінювати комплекс параметрів ехокардіографічного дослідження.

ОСОБЛИВОСТІ ЕХОМОРФОЛОГІЇ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА РЕЦИДИВУЮЧИЙ БРОНХІТ

Г.О. ЛЕЖЕНКО, О.Є. ПАШКОВА, Т.І. ОКУЛ, В.Г. МАЛЮГА, Н.С. ТОКАРЕВА, О.Є. КУЦЕРОВА

Запорізький державний медичний університет

Основним фактором, який зумовлює порушення з боку серцево-судинної системи при бронхолегеневих захворюваннях, в тому числі при рецидивуючому бронхіті, у дітей є гіпоксія міокарда як прояв системної гіпоксії. Патологія серцево-судинної системи, що виникає вторинно, в свою чергу, обтяжує перебіг основного захворювання. При цьому вираженість морфофункціональних порушень серцево-судинної системи залежить від тяжкості перебігу захворювання, частоти загострень, преморбідного фону і супутньої хронічної патології. Своєчасне виявлення ранніх симптомів серцево-судинних порушень відіграє важливу роль в оцінці загального стану хворого та виборі адекватної терапії. Між тим, питання ранньої діагностики прихованих порушень кардіогемодинаміки, а також їх доклінічних ознак при рецидивуючому бронхіті у дітей залишаються маловивченими.

Метою нашої роботи було вивчення морфофункціонального стану міокарда лівого шлуночка у дітей, хворих на рецидивуючий бронхіт. Під спостереженням знаходилося 46 дітей,

хворих на рецидивуючий бронхіт, віком від 3 до 15 років. Всім пацієнтам проводилося доплерокардіографічне дослідження (Ехо-КГ), за даними якого розраховували кінцеводіастолічний (КДР) і кінцевосистолічний розміри (КСР) лівого шлуночка, кінцеводіастолічний (КДО) і кінцевосистолічний (КСО) об'єми лівого шлуночка, масу міокарда лівого шлуночка (ММЛШ), ударний об'єм (УО) та їх індекси. Також визначали фракцію викиду (ФВ) лівого шлуночка, відносну товщину стінок (ВТС) лівого шлуночка. Про геометрію міокарда лівого шлуночка судили за співвідношенням параметрів індексу ММЛШ і ВТС лівого шлуночка. Всі обстеження проводили в періоді ремісії захворювання. Групу контролю складали 30 здорових дітей, репрезентативних за віком та статтю.

При аналізі морфометричних і структурно-геометричних параметрів міокарда лівого шлуночка нами виявлено статистично значуще збільшення КДР ($p < 0,05$) і співвідношення КДО/КДР ($p < 0,05$) у хворих на рецидивуючий бронхіт порівняно з аналогічними показниками здорових дітей. Крім того, для пацієнтів з рецидивуючим бронхітом, на відміну від контрольної групи, характерним було зниження УО при збереженій ФВ. Проведене дослідження показало, що серед хворих на рецидивуючий бронхіт нормальну геометрію міокарда лівого шлуночка мали лише 23,3% дітей. Серед варіантів геометричної форми міокарда лівого шлуночка у дітей з рецидивуючим бронхітом, концентричне ремоделювання міокарда лівого шлуночка визначалося у 23,3% хворих, у решти 53,4% було встановлено гіпертрофію міокарда лівого шлуночка. При цьому ексцентрична і концентрична гіпертрофія зустрічалася в однаковій кількості випадків (по 26,7%). Звертало на себе увагу те, що ексцентрична гіпертрофія лівого шлуночка частіше виявлялася у дітей до 6 років (у 46,7% випадків), тоді як в більш старшому віці серед варіантів геометрії лівого шлуночка переважали концентричне ремоделювання (26,7%) і концентрична гіпертрофія лівого шлуночка (33,3%). Слід зазначити, що процес ремоделювання міокарда лівого шлуночка у дітей, хворих на рецидивуючий бронхіт, призводив як до збільшення ММЛШ за рахунок збільшення товщини стінок міокарда, так і до зростання його об'ємів. Встановлено взаємозв'язок між ремоделюванням міокарда лівого шлуночка і станом симпатичного відділу вегетативної нервової системи, надмірна активація якого призводила до погіршення систолічної функції та гіпертрофії міокарда лівого шлуночка.

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ, В ДИНАМІЦІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Г.О. ЛЕЖЕНКО, І.В. РУДНЄВА

Запорізький державний медичний університет

Цукровий діабет (ЦД) – одне з найпоширеніших метаболічних захворювань, яке за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я набуває характеру епідемії. Перебіг ЦД супроводжується ураженням серцево-судинної системи з подальшим розвитком артеріальної гіпертензії.

Метою нашої роботи було дослідження добового ритму та варіабельності АТ у дітей, хворих на ЦД, залежно від тривалості захворювання. Обстежено 48 дітей, хворих на цукровий діабет, віком від 9 до 18 років та 16 дітей контрольної групи відповідного віку та статі. Виділено 3 групи пацієнтів. Перша група – 9 хворих з тривалістю захворювання до 1 року, друга група 17 дітей зі стажем від 1 до 5 років, третя – 22 дитини з тривалістю захворювання понад 5 років. Всім хворим проведено ехокардіографію та добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ).

Аналіз ДМАТ показав, що середні значення срСАТ у дітей, хворих на ЦД, не мали достовірної розбіжності з показниками контрольної групи, в той час як показники срДАТ за добу, день, ніч достовірно перевищували показники контрольної групи. Значення срСАТ та срДАТ у дітей з тривалістю захворювання до 1 року та від 1 до 5 років статистично не відрізнялись від значень контрольної групи ($p < 0,05$). При збільшенні тривалості захворювання до 5 років спостерігалось достовірне збільшення значень срДАТ не тільки з групою контролю, а й порівняно з першою та другою групами пацієнтів. Проведений кореляційний аналіз дав змогу виявити тісні кореляційні зв'язки між показниками ДМАТ і структурно-функціональними параметрами лівого шлуночка. Коефіцієнти кореляції середньодобового САТ та індексом маси міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) склали: $r = +0,60$. Показники «навантаження тиском» (індекси часу – ІЧ ДАТ і нормовані індекси площі ДАТ) у хворих на ЦД достовірно перевищували відповідні величини контрольної групи. Індекс ДАТ(24) у хворих із ЦД ($8,29 \pm 1,36\%$) перевершував значення контрольної групи ($3,25 \pm 1,49\%$). У денний час частка підвищеного ДАТ у хворих на ЦД була у 1,9 разу більшою, ніж в контрольній групі, а у нічний час – у 6 разів. Інші показники ДМАТ у хворих на ЦД не мали достовірних відмінностей від аналогічних показників контрольної групи. З індексу часу і нормованих індексів площі САТ та ДАТ залежно від тривалості захворювання ми відмітили, що ці показники у групах хворих між собою істотно відрізняються. Так, ІЧ ДАТ(24), САТ(24), ІЧ ДАТ нічн., ІЧ САТ

нічн., ІЧ ДАТ ден., ІЧ САТ ден. у хворих з тривалістю захворювання від 1 до 5 років та понад 5 років достовірно перевищував аналогічні показники пацієнтів з тривалістю захворювання до 1 року. Варіабельність САТ(24), ДАТ(24), САТ ден., ДАТ ден. у групах хворих з тривалістю захворювання від 1 до 5 років та понад 5 років була достовірно вищою, ніж у пацієнтів першої групи. Зростання варіабельності у хворих із ЦД при збільшенні тривалості захворювання можливо пояснити підвищенням активності симпато-адреналової системи, що призводить до збільшення розкиду показників функції. У 56,25% хворих на ЦД виявлявся тип *dippers*, у 27,08% – *non-dippers*, у 10,41% – *over-dippers*, у 6,25% – *night-peakers*.

Таким чином, характерними рисами ДМАТ у хворих на ЦД є переважне підвищення АТ (особливо ДАТ) порівняно з групою контролю, з більш високим рівнем показників «навантаження міокарда тиском»: ІП, ІЧ та підвищеною варіабельністю ДАТ. При збільшенні тривалості захворювання відмічається підвищення варіабельності АТ порівняно з пацієнтами з тривалістю захворювання до 1 року. Параметри добового моніторингу АТ корелюють з гемодинамічними змінами та структурно-функціональними показниками лівого шлуночка.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ (ЗА ДАНИМИ МЕТА-АНАЛІЗУ ТА ВЛАСНИХ КЛІНІЧНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ)

І.С. ЛЕМБРИК

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Поширеність захворювань підшлункової залози у дітей та підлітків є актуальною і водночас мало вивченою проблемою в гастроентерології. Труднощі верифікації діагнозу зумовлені, насамперед, високими резервними можливостями залози, навіть за умови розвитку морфофункціональних змін, практичною відсутністю малоінвазивних та високоінформативних методів діагностики функціонального стану підшлункової залози.

Метою нашої роботи було вивчення структури захворювань підшлункової залози у дітей. Проведено мета-аналіз медичної документації 650 дітей із захворюваннями підшлункової залози за даними первинних звернень, які стаціонарно лікувалися в ДОКЛ м. Івано-Франківська (гол. лікар Котурбаш Р.Й.), в дитячій міській клінічній лікарні № 9 м. Києва (Київський міський гастроентерологічний центр, гол. лікар П'янькова О.В.), а також в гастроентерологічному відділенні ДІ ПАГ АМН України (зав. відділенням Денисова М.Ф.). Було також комплексно обстежено 72 дітей із патологією панкреато-

білярної зони, які лікувалися в ендокринологічному відділенні (з гастроентерологічними ліжками) ДОКЛ м. Івано-Франківська. При цьому не бралися до уваги діти з муковісцидозом чи вперше виявленим цукровим діабетом. Таким чином, узагальнено дані щодо 722 пацієнтів з патологією підшлункової залози. За нашими даними, з встановленим діагнозом хронічного панкреатиту було госпіталізовано лише 8,7% хворих, з реактивним панкреатитом – 26,7%. Діагноз диспанкреатизму було встановлено більшості обстежених дітей (71,6%) на підставі здійснення провокаційних тестів. З підозрою на гострий панкреатит до стаціонару вступило лише 0,8% дітей. У більшості обстежених превалювали прояви больового абдомінального синдрому з позитивними патогномічними симптомами, характерними для хронічного панкреатиту (больючість в зоні Шоффара та Губергріца-Скульського, точці Мейо-Робсона), синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації (загальна слабкість, швидка втомлюваність, головний біль). Серед диспепсичних скарг домінувала нудота незалежно від прийому їжі, відрижка гірким та кислим, схильність до закрепів. Нами було виявлено наявність дисоціації між даними ультразвукової картини захворювання, що відображала підвищення ехогенності паренхіми підшлункової залози, наявність ехо-позитивних чи лінійних включень в паренхімі у 80% хворих, та змінами екзокринної функції підшлункової залози (у 65% дітей). Частіше патологія підшлункової залози розвивалася на тлі хронічних запальних захворювань жовчного міхура (69,2%) та гастродуоденальної зони (68,0%), рефлюксної хвороби.

Таким чином, наявна розбіжність у термінології, клініко-параклінічних даних диктує необхідність в розробці удосконаленого діагностично-лікувального комплексу, а також превентивних заходів, що суттєво полегшить роботу практичному лікарю.

ОСОБЛИВОСТІ ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ НА ФОНІ ІНФІКУВАННЯ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ

Л.Я. ЛИТВИНЕЦЬ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Дослідження змін в імунній системі, що мають місце при atopічних проявах, сьогодні широко застосовуються для оцінки визначення провідного механізму розвитку алергічних реакцій. В свою чергу, алергічні захворювання, зокрема, бронхіальна астма (БА), є частою причиною виникнення імунодефіцитних станів, які зумовлюють активацію опортуністичних інфек-

цій. Однією з останніх є цитомегаловірусна інфекція (ЦМВІ). Враховуючи патогенетичні чинники розвитку алергічних реакцій, зміни гуморальної ланки імунітету при інфікуванні ЦМВІ можуть слугувати важливими критеріями діагностики варіантів перебігу БА.

Метою дослідження було вивчення особливостей змін гуморальної ланки імунітету і вмісту циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) при бронхіальній астмі у дітей на фоні інфікування цитомегаловірусною інфекцією та формування на цій підставі додаткових діагностичних критеріїв. Обстежено 42 пацієнти із БА віком від 6 до 15 років та 12 здорових дітей аналогічного віку. Рівень сироваткових імуноглобулінів класів А, М, G визначали методом радіальної імунодифузії за Манчіні, IgE на тест-системах ДІА-МЕД. Концентрацію ЦІК досліджували методом преципітації з наступним фотометруванням. Виявлення і кількісне дослідження IgM, G до ЦМВІ проводили методом твердофазного ензимного імуноаналізу та методом полімеразної ланцюгової реакції у сироватці крові та слині. Результати дослідження обробляли методами варіаційної статистики. У 39 (92,8%) пацієнтів із 42 виявлено антитіла IgM або G до ЦМВІ. Серед здорових серопозитивними були 47,3%, серонегативними – 52,7%. Вміст ЦІК зростав у інфікованих у 2,8 разу, у неінфікованих – у 3,2 разу ($p < 0,001$). Суттєво зросла концентрація IgA: у серопозитивних до ЦМВІ у 1,8 разу, а у серонегативних – до 1,7 порівняно із здоровими ($p < 0,001$). В 1,8 разу збільшився вміст IgM у інфікованих та у 1,4 в неінфікованих. А концентрація IgG суттєво не змінилась. Зміни концентрації цих класів імуноглобулінів характерні для імунокомплексного та цитотоксичного механізмів алергії. Щодо змін концентрації загального IgE, то у 23,9% пацієнтів спостерігалось його зростання у інфікованих ЦМВІ та на 20% у неінфікованих. Зростання вмісту даного імуноглобуліну має місце при реагінному типі алергічної реакції.

Таким чином, вивчення змін гуморальної ланки імунітету, ЦІК у дітей із БА на тлі інфікування цитомегаловірусом дозволяє сформува-ти ряд важливих патогенетичних механізмів захворювання. В патогенезі БА переважають імунокомплексний та цитотоксичний типи алергічної реакції незалежно від інфікування цитомегаловірусом. Реалізація алергічного процесу через реагінний тип відбувається лише у 24% випадків. Це може з успіхом використовуватись з метою підвищення якості діагностики і наступного проведення ефективних лікувальних заходів.

КАТАМНЕЗ ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ З ЕКСТРЕМАЛЬНО НИЗЬКОЮ МАСОЮ ТІЛА

І.О. ЛОГІНОВА, Н.Т. МУРАВІЙОВА, Т.І. ШЕВЦОВА,
Ю.В. ТКАЧЕНКО, О.Р. БУРЛОВА, О.В. БЕРДНІКОВА,
А.В.ПРАВДЮК

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
Київський міський пологовий будинок № 6

Застосування в неонатологічній практиці сучасних методів інтенсивної та реанімаційної терапії дозволяє врятувати життя раніше приреченим до загибелі недоношеним дітям з екстремально низькою масою тіла при народженні (ЕНМТ), що сприяє збільшенню їх питомої ваги серед дітей, які знаходяться під спостереженням дільничного педіатра.

Метою роботи було проведення аналізу стану здоров'я дітей з ЕНМТ, які народились в Київському міському пологовому будинку протягом 2007–2009 рр., в неонатальному періоді та протягом перших двох років життя.

Група дослідження включала 46 дітей з масою тіла при народженні від 680 до 990 г (гестаційний вік 26–30 тижнів), що відповідає 0,44% від усіх народжених живими дітей за цей час. Шляхом кесарева розтину в даній групі народилось 41% дітей. Більшість новонароджених (68%) була чоловічої статі.

Всі діти отримували комплексну терапію, у тому числі введення сурфактанту у першу годину життя. Серед усіх недоношених новонароджених з ЕНМТ вижили 60% дітей. 18 (40%) немовлят загинули в неонатальному періоді внаслідок внутрішньошлункового крововиливу (ВШК) III–IV ступ., внутрішньоутробного інфікування, сепсису, лейкомаляції, бронхолегеневої дисплазії, некротичного ентероколіту.

Однією з головних причин не тільки летальності в неонатальному періоді, але й інвалідизації недоношених дітей з ЕНМТ є ураження центральної нервової системи (ЦНС). Так, за нашими даними, серед дітей, які вижили, у 24% немовлят діагностовано ВШК III ступ., у 54% – ВШК II ступ., у 18% – кістозну перивентрикулярну лейкомаляцію.

Під час вивчення катамнезу дітей, які вижили, встановлено, що у 47% з них неврологічний статус у віці 12–24 місяці відповідав нормі. У 39% дітей було виявлено мінімальні мозкові дисфункції. Частота розвитку дитячого церебрального паралічу серед даного контингенту дітей склала 14%, що не перебільшує середньостатистичні показники за даними літератури. Одній дитині було проведено венстрикуло-перитонеальне шунтування.

Ретинопатію недоношених діагностовано у 42% немовлят. В 10% випадків проведено лазеротерапію, у більшості з цих дітей (72%) виявлено порушення зору у віці до 2 років.

Середні антропометричні показники у дітей з ЕНМТ у віці 12–24 місяці в перерахунку на по-

сконцептуальний вік були нижчими, ніж середні значення у популяції. У 20% дітей виявлено патологічну осанку.

Таким чином, у недоношених дітей з ЕНМТ відмічається висока частота патології ЦНС та інших органів і систем не лише в неонатальному періоді, але й в подальшому, що вимагає динамічного спостереження за ними протягом тривалого часу з боку різних фахівців педіатричного профілю, проведення профілактичних і лікувальних заходів з метою підвищення якості життя. На вирішення цієї проблеми повинна бути спрямована діяльність катamnестично-консультативних кабінетів в педіатричних медичних закладах.

ПРО МІСЦЕ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

А.В. ЛУЗІН, Ю.С. БАШКІРЦЕВА, О.М. ЛЕБЕДЄВА, І.О. БАБИЧ

Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського. КРУ «Центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів», м. Сімферополь

Дитяча інвалідність – одна з найактуальніших соціальних та медичних проблем сучасного суспільства. Щороку в Україні збільшується кількість дітей-інвалідів, серед чинників інвалідності у яких переважають природжені аномалії розвитку й перинатальні органічні ураження нервової системи. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – одна з найтяжчих інвалідизуючих патологій, яка потребує значних витрат в медичній та соціальній реабілітації дітей з цим захворюванням.

У організації надання реабілітаційних заходів для дітей-інвалідів існує, на наш погляд, ряд невирішених проблем. В Україні нині працюють два типи реабілітаційних установ для дітей-інвалідів: у системі Міністерства охорони здоров'я – центри медико-соціальної реабілітації; у системі Міністерства праці і соціального захисту – центри соціальної реабілітації. Функції і структура цих установ багато в чому схожі, але існують принципові відмінності у змісті і спрямованості реабілітаційних заходів.

У центрах медико-соціальної реабілітації акцент зроблено на медичній реабілітації дітей-інвалідів, оскільки цей вид реабілітації є основою формування (а не відновлення!) необхідних для подальшої соціальної реабілітації психомоторних навичок у пацієнтів. Стан здоров'я дітей визначає функціональні можливості і міру їх соціальної адаптації. Лікувальний процес супроводжується і доповнюється соціальною реабілітацією з урахуванням індивідуальних клінічних особливостей пацієнта. Подібна практика надання реабілітаційних послуг прийнята у всіх розвинених країнах світу і включена в системи медичного страхування.

У центрах соціальної реабілітації використовуються методики соціально-педагогічної, фізичної і психологічної спрямованості, а медпрацівники здійснюють лише медичний супровід без необхідної в такому процесі додаткової діагностики і терапевтичної корекції, тобто лише спостерігають за дотриманням безпечних умов для реабілітації дітей-інвалідів. Ефективність реабілітаційних заходів в таких центрах багато в чому знижена через відсутність у фахівців медичної освіти, що призводить до нерозуміння особливостей перебігу патологічних процесів, прогнозу стану пацієнтів й оцінки їх реабілітаційних можливостей. За кордоном такі центри функціонують в структурі громадських організацій і добродійних фондів і максимально наближені до місця проживання дитяти-інваліда.

У системі медичного страхування, що формується, враховуючи вищевикладене, необхідне використання медико-соціальної реабілітації в центрах, територіально і організаційно прив'язаних до спеціалізованих клінік, з можливо раннім початком та більш ефективною діагностичною і терапевтичною підтримкою. У таких центрах можна буде найточніше визначити обсяг соціальних реабілітаційних послуг з урахуванням індивідуальних медичних особливостей пацієнта, тобто скласти індивідуальний план реабілітації дитини-інваліда.

Подальші реабілітаційні зусилля після виписки з таких центрів можуть бути здійснені в територіальних центрах за місцем проживання дитини-інваліда, функціонування яких можливо в структурі соціального, а не медичного страхування.

Таким чином можна збалансувати два основні аспекти дитячої інвалідності – медичний і соціальний та більш ефективно розподілити матеріальні, організаційні і фінансові ресурси.

ВЕДЕННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ТЯЖКОЮ АСФІКСІЄЮ – ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ

Т.К. МАВРОПУЛО, І.В. САМОХІНА, О.С. БУЯЛЬСЬКИЙ,
Н.С. КАПШУЧЕНКО, Н.В. КРАСОВСЬКА, А.М. МІСЮЧЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія.
Головне Управління охорони здоров'я облдержадміністрації.
Дитяча міська клінічна лікарня № 3, м. Дніпропетровськ.
Дитяча міська лікарня м. Дніпродзержинська

Тяжка асфіксія при народженні займає одне з провідних місць в структурі причин захворюваності та смертності новонароджених. Тяжкість стану новонародженої дитини в постасфіктичному періоді визначається не лише тяжкістю первинного ішемічного ураження, а й розвитком вторинних змін на тлі реперфузійних порушень. Саме тому стратегія мінімізації постасфіктичних уражень включає різні напрямки. Насамперед,

– це рання ідентифікація новонароджених з високим ризиком розвитку гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової системи, адекватна підтримка параметрів внутрішньочерепного та зовнішньочерепного гомеостазу. Інший напрямок – втручання, спрямовані на захист мозкової тканини та посилення репаративних процесів.

У обстежених 89 доношених новонароджених, які мали асфіксію різного ступеня при народженні і потребували проведення інтенсивної терапії в постасфіктичному періоді, при переводі до спеціалізованих неонатальних відділень було визначено фактори ризику розвитку постішемічного набряку мозку, деструктивних змін мозкової тканини. Такими факторами були гіпокапнія внаслідок гіпервентиляції в першу добу життя, низький рівень артеріального тиску та рН при переводі дитини до відділення інтенсивної терапії. Як наслідок некомпенсованих респіраторних та гемодинамічних порушень розглядалися виявлені у цих дітей ознаки порушення церебральної гемодинаміки: низькі швидкості кровоплину та індекси резистентності стріарних артерій, ознаки посилення венозного кровоплину, низькі індекси резистентності передньої, середньої та базиллярної мозкових артерій (феномен реперфузії), доплерографічні ознаки порушення церебрального кровоплину у вертебро-базиллярному басейні.

Виконання повного обсягу сучасних стандартів ведення новонароджених дітей в постасфіктичному періоді можливе при забезпеченні лікувально-діагностичних можливостей, які відповідають умовам відділення третього рівня надання медичної допомоги новонародженим. Сучасні клінічні Протоколи ведення новонароджених дітей регламентують модель транспортування новонароджених дітей в постасфіктичному періоді до відділень третього рівня «за клінічними показаннями»: «у разі порушення життєвих функцій і відсутності у закладі відділення інтенсивної терапії новонароджених» (клінічний Протокол з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим), «... на тлі зростання тяжкості дихальних розладів ... слід забезпечити переведення дитини до регіонального відділення інтенсивної терапії» (клінічний Протокол надання допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами). В такому разі важко запобігти розвитку тих факторів ризику, можливості контролю яких обмежені в закладах першого-другого рівня надання медичної допомоги новонародженим: гіпокапнії, метаболічному ацидозу, гіпероксії, раннім ознакам реперфузійних змін мозкової гемодинаміки. Тож, необхідно є розробка регіональних протоколів ведення новонароджених дітей в постасфіктичному періоді, яка б передбачала можливість використання моделі транспортування у фазі «терапевтичного вікна» або до розвитку фази реперфузії з урахуванням специфіки місцевої структури надання перинатальної допомоги.

ІДЕНТИФІКАЦІЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ РОЗВИТКУ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Т.К. МАВРОПУЛО, Н.С. КАПШУЧЕНКО, О.Ю. РИБКА

Дніпропетровська державна медична академія.
Дитяча міська клінічна лікарня № 3.
Пологовий будинок міської клінічної лікарні № 9,
м. Дніпропетровськ

Однією з головних проблем удосконалення методів реанімації та інтенсивної терапії новонароджених в постасфіктичному періоді є можливість своєчасного прогнозування подальшого перебігу патології і визначення факторів ризику несприятливого прогнозу. Адже рання ідентифікація новонароджених з високим ризиком розвитку гіпоксично-ішемічної енцефалопатії є одним з головних положень стратегії мінімізації мозкових уражень.

На теперішній час загальновідомими є основні критерії ризику гіпоксичних уражень, до яких відносять рН<7,0 або ВЕ<16 ммоль/л в пуповинній крові, оцінку за шкалою Апгар 3 бали та менше протягом 5 хвилин, необхідність вентиляційної підтримки протягом 10 хвилин після народження. Водночас відомим є факт високої прогностичної цінності рівня лактату крові порівняно з дослідженням рН чи ВЕ.

Було обстежено 40 доношених новонароджених дітей з асфіксією різного ступеня тяжкості. Рівень лактату пуповинної крові в групі спостереження коливався від 21,2 до 177,0 мг/дл (64,5±5,6 мг/дл). Новонароджені з найнижчими (32,4±2,6 мг/дл) та середніми показниками (67,1±3,3 мг/дл) лактату мали нижчу частоту потреби засобів первинної реанімації (15,8 та 14,3% відповідно) та нижчу частоту розвитку клінічних проявів неврологічної дисфункції в ранньому неонатальному періоді (5,3 та 7,1% відповідно). Новонароджені, які мали найвищі рівні лактату пуповинної крові (127,0±9,9 мг/дл), відрізнялись частішою потребою в проведенні заходів первинної реанімації (50,0%) та вищою частотою розвитку клінічних проявів неврологічної дисфункції в ранньому неонатальному періоді (33,3%).

Згідно з сучасними даними фаза «терапевтичного вікна» триває до 6 годин й закінчується розвитком феномена реперфузії, який призводить до вторинних уражень мозкової тканини. Феномен реперфузії має індивідуальний час появи і характеризується змінами показників артеріального і венозного мозкового кровоплину.

Визначення абсолютних значень прогностично несприятливого збільшення швидкості кровоплину глибоких мозкових вен і зменшення індексів резистентності кровоплину артеріальних судин – складне завдання. Але при проведенні динамічного спостереження можна визначити патологічні відносні зміни вказаних параметрів. Дані обстеження 102 доношених ново-

народжених дітей з асфіксією різного ступеня при народженні вказували на прогностичну несприятливість ознак посилення венозного кровоплину в межах першої-другої доби життя (приріст показника лінійної швидкості венозного кровоплину більш ніж на третину), зменшення індексів резистентності передньої, середньої та базиллярної мозкових артерій в межах першої-другої доби життя (зменшення абсолютних значень індексів резистентності більш ніж на 20% від початкового рівня).

Ці додаткові діагностичні критерії можуть бути використані для визначення індивідуальної тривалості фази «терапевтичного вікна» та оцінки ефективності терапевтичної тактики.

МОЖЛИВОСТІ КОМП'ЮТЕРНОЇ ФОНОСПІРОГРАФІЇ В ОЦІНЦІ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ

В.Г. МАЙДАННИК, М.В. ХАЙТОВИЧ, Л.П. ГЛЄБОВА,
Є.О. ЄМЧИНСЬКА, А.А. МАКАРЕНКОВА

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

Пневмонія залишається одним з найбільш проблемних захворювань органів дихання у дітей. Включення обов'язкового рентгенографічного дослідження, для підтвердження пневмонії, до «золотого стандарту» сприяє зменшенню гіпердіагностики і дозволяє верифікувати патологічний процес на ранніх стадіях розвитку, але повторне рентгенологічне дослідження з метою контролю за динамікою перебігу захворювання використовується обмежено. Враховуючи це, метою даного дослідження було вивчення динаміки перебігу пневмонії на підставі аналізу фоноспірограм.

Метод фоноспірографії ґрунтується на спектрально-частотно-часовій характеристиці дихальних шумів. Реєстрація проводиться в чотирьох точках на грудній клітці за допомогою високочутливих акселерометрів типу АД-16. Отримані результати обробляються на комп'ютері та візуалізуються на екрані монітора у вигляді фоноспірограми.

Обстежено 20 дітей віком від 4 до 14 років. Основну групу склали 10 дітей, хворих на бронхопневмонію, контрольну – 10 здорових дітей. З метою контролю за динамікою перебігу захворювання пацієнтам основної групи реєстрацію звуків дихання проводили двічі: в день госпіталізації та на 7-й день лікування.

Комп'ютерна обробка звуків дихання дітей, хворих на пневмонію, та дітей контрольної групи виявила істотні відмінності у характері та структурі зареєстрованих сигналів. У дітей, хворих на пневмонію, основні дихальні шуми мають ряд відмінностей порівняно із звуками дихання у пацієнтів контрольної групи. Спектраль-

ний аналіз показав, що у хворих на бронхопневмонію частотний діапазон (Гц) звуків дихання вищий, ніж у здорових дітей, ~ на 22% на вдиху та на 83% на видиху, крім того, спектральні рівні наближаються на вдиху та на видиху, що клінічно відповідає жорсткому диханню.

Аналіз фоноспірограм дозволив виявити додаткові дихальні шуми у всіх дітей основної групи. При цьому середньо- та дрібнопухирчасті хрипи реєструвались у вигляді коротких непостійних трісків у фазі вдиху та видиху в частотному діапазоні до 710 Гц з інтенсивністю 40–50 децибел (дБ). У 7 хворих додатково реєструвались короткі постійні тріски на висоті вдиху в частотному діапазоні до 1200 Гц з інтенсивністю 40–55 дБ (крепітація). Подібних акустичних феноменів серед обстежених дітей контрольної групи не виявлено.

При обстеженні в динаміці дітей основної групи методом аускультативної жорстке дихання вислуховувалось у 100% обстежених, хрипи визначались у 10% хворих дітей. При аналізі фоноспірограм на 7-й день лікування виявлено зниження частотних характеристик жорсткого дихання на видиху ~ на 38% у 40% хворих та зникнення додаткових дихальних шумів у 80% обстежених.

Таким чином, висока інформативність та неінвазивність дають змогу використовувати метод комп'ютерної фоноспірографії з метою контролю за динамікою перебігу пневмонії у дітей.

ПОШУК АСОЦІАЦІЇ МІЖ ПОЛІМОРФІЗМАМИ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ NO-СИНТАЗИ ТА РІВНЕМ ЕНДОТЕЛІЯЛЕЖНОЇ ВАЗОДИЛЯТАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ

В.Г. МАЙДАННИК¹, М.В. ХАЙТОВИЧ¹, В.Є. ДОСЕНКО²,
Н.Б. ПРАНИК¹

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

²Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України, м. Київ

Згідно з даними літератури певні алельні варіанти гена ендотеліальної NO-синтази (eNOS) можуть збільшувати ймовірність розвитку мікроангіопатій у хворих на цукровий діабет (ЦД) І типу. Поза увагою дослідників залишається роль поліморфізмів eNOS в патогенезі макроангіопатій у хворих на ЦД І типу, раннім маркером яких є порушення ендотеліялежної вазодилатації (ЕЗВД).

У зв'язку з цим нами проведено пошук асоціації між поліморфізмами G⁸⁹⁴ T екзону 7 та T⁷⁸⁶ C промотора eNOS із рівнем ЕЗВД, яка відображає функціональний стан ендотелію великих судин еластично-м'язового типу.

Обстежено 45 дітей, хворих на ЦД І типу, віком від 7 до 18 років (середній вік 14,13±2,52 року) із тривалістю захворювання від 3 до 16

років (в середньому $6,23 \pm 3,54$ року), які перебували на стаціонарному лікуванні в Миському ендокринологічному відділенні ДКЛ № 6 м. Києва. Визначення ЕЗВД проводили за допомогою манжеткової проби за стандартною методикою. ДНК виділяли за допомогою набору «DIAtom DNA Prep100» (Росія) з букального епітелію. Полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР) із наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів застосовували для визначення $G^{894}T$ поліморфізму 7 екзону гена eNOS. Поліморфізм промотора $T^{-786}C$ досліджували методом ПЛР у реальному часі.

При дослідженні $G^{894}T$ поліморфізму 7 екзону гена eNOS виявлено наступний розподіл генотипів: G/G – 43,9%, G/T – 46,34%, T/T – 9,76%. В групі хворих із генотипом G/G рівень ЕЗВД ($M \pm m$) складав $15,19 \pm 1,64\%$, G/T – $10,04 \pm 1,68\%$, T/T – $15,00 \pm 0,42$. При цьому рівень ЕЗВД в групі гетерозигот виявився достовірно ($p < 0,05$) нижчим, ніж у гомозигот із T-алелем. При порівнянні даних ЕЗВД у хворих із G/G та G/T+T/T генотипами (рецесивна модель) виявлено достовірно ($p < 0,05$) нижчі показники вазодилатації ($10,95 \pm 1,43$) в групі гетерозиготи+гомозиготи за поліморфним алелем T порівняно із гомозиготами за алелем G ($15,19 \pm 1,64$). Дані групи хворих достовірно не відрізнялися між собою за рівнем HbA_{1c}, тривалістю захворювання та вихідним діаметром плечової артерії. При розподілі хворих на дві групи за рівнем вазодилатації (I – ЕЗВД $\leq 10\%$; II – ЕЗВД $> 10\%$) спостерігалась достовірна ($p < 0,05$) різниця в розподілі за генотипами серед хворих згідно з критерієм Пірсона (I – G/G 27,27%, G/T 63,64%, T/T 9,09%; II – G/G 65%, G/T 25%, T/T 10%). При індивідуальному зіставленні різних генотипів eNOS ($G^{894}T$) та показників ЕЗВД виявлено, що діти із нетривалим перебігом захворювання (до 4 років) та низькими показниками ЕЗВД ($< 12\%$) є переважно гетерозиготами. Даний генотип не зустрічається у дітей із перебігом захворювання більше 15 років і високими показниками ЕЗВД ($< 18\%$). Не виявлено асоціації поліморфізму $T^{-786}C$ промотора eNOS із рівнем ЕЗВД в досліджуваній групі хворих.

Таким чином, у дітей із ЦД I типу спостерігається асоціація T-алелю та генотипу G/T поліморфізму $G^{894}T$ екзону 7 гена eNOS із найнижчими показниками ЕЗВД в групах хворих, які однорідні за рівнем компенсації глікемії, тривалістю захворювання та вихідними даними вазометрії. Генотипування хворих із визначенням $G^{894}T$ поліморфізму 7 екзону гена eNOS може дозволити виділити групу ризику за судинними ускладненнями.

СТРУКТУРА СЕРЦЕВИХ ДИЗРИТМІЙ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ I ТИПУ, ЗА ДАНИМИ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ

В.Г. МАЙДАННИК, М.В. ХАЙТОВИЧ, Ю.М. КРИВОНОС

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

З метою визначення структури порушень серцевого ритму в дітей, хворих на цукровий діабет I типу, проведено добове моніторування ЕКГ за Холтером із застосуванням програмно-апаратного комплексу Діакард-2 (Solvaig, Київ).

Обстежено 38 дітей віком 9 до 17 років (14 хлопчиків та 24 дівчинки) з тривалістю захворювання від вперше виявленого ЦД до 14,5 року. З метою визначення впливу тривалості захворювання на структуру дизритмій всіх обстежуваних дітей було розподілено на дві групи. До першої групи увійшло 20 дітей (7 хлопчиків і 13 дівчаток) з тривалістю ЦД від вперше виявленого діабету до 5 років, до другої – 18 дітей (7 хлопчиків і 11 дівчаток) з тривалістю хвороби від 5 до 14,5 року. На момент обстеження всі діти знаходились у стані субкомпенсації або декомпенсації основного захворювання без кетозу та кетоацидозу. Обстежувані вели щоденник, в якому відмічали, окрім глікемічного профілю та дози і часу введення препаратів інсуліну, скарги та фізичну активність з фіксацією часу події.

Найчастішим порушенням ритму серця у обстежених дітей з ЦД I типу, крім синусової тахіаритмії, що спостерігалась у всіх обстежених, є суправентрикулярна екстрасистоля, яка відмічалась у 94,7% обстежених. Переважав денний циркадний тип. Нечаста суправентрикулярна екстрасистоля спостерігалась у 85,0% дітей першої групи і 72,0% дітей другої групи. У 73,7% дітей виявлялася шлуночкова екстрасистоля переважно I градації за класифікацією В. Lown (57,9%), причому в першій групі її зареєстровано у 65,0% дітей, а в другій – у 50,0%. Переважав денний циркадний тип аритмії. Екстрасистоли високих градацій виявлено у 13,5% дітей, без достовірного впливу тривалості хвороби. Пароксизми суправентрикулярної тахікардії спостерігались у 29,0% обстежених дітей та відносились до денного циркадного типу, частіше спостерігались у дітей другої групи (25,0 проти 33,3% відповідно). Синдром вкороченого інтервалу PQ виявлено у 42,0% дітей (у 37,0% з них під час моніторування відмічались пароксизми суправентрикулярної тахікардії). Ознаки синдрому слабості синусового вузла діагностовано у 2 дітей першої групи та в однієї дитини другої групи. У 34,0% дітей виявлено міграцію суправентрикулярного водія ритму, у 10,5% – синоатріальні блокади 2 ступеня, без достовірної різниці у групах. Короткі паузи ритму зафіксовано у 79,0% обстежених, вони зустрічались з однаковою частотою у обох гру-

пах. Збільшення кількості суправентрикулярних екстрасистол та шлуночкових екстрасистол 1 градації у дітей з тривалістю хвороби до 5 років може бути пояснено збереженням парасимпатичних впливів на серце (для цього вікового періоду характерні холінергічні екстрасистолі спокою). Збільшення частоти суправентрикулярної тахікардії у дітей другої групи можна пояснити прогресуючим зниженням впливу парасимпатичної вегетативної системи на серце та посиленням симпатичних впливів внаслідок впливу тривалості цукрового діабету на автономну нервову систему серця.

Таким чином, зміна балансу вегетативної іннервації серця у дітей, хворих на цукровий діабет І типу, залежить від тривалості захворювання і впливає на структуру серцевих дизритмій. Практично у всіх хворих спостерігаються номотопні дизритмії. Структура гетеротопних порушень серцевого ритму залежно від тривалості хвороби представлена переважно активними комплексами і ритмами, здебільшого суправентрикулярними.

ЛІЦЕНЗІЙНИЙ ІСПИТ «КРОК-2», ЯК ДИДАКТИЧНИЙ І МОТИВАЦІЙНИЙ ІНСТРУМЕНТ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ПЕДІАТРІЇ СТУДЕНТАМИ ПЕДІАТРИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

В.Г. МАЙДАННИК, М.В. ХАЙТОВИЧ, Л.П. ГЛЄБОВА,
А.Б. КОРНІЄНКО, Є.О. ЄМЧИНСЬКА

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

Нами проведено оцінку результатів складання екзаменів з педіатрії (починаючи з 3 курсу) 95 студентами-випускниками 2010 року медичного № 3 (педіатричного) факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, їх зіставлення з результатами ліцензійного іспиту «Крок-2».

В середньому екзамен на 3 курсі із пропедевтики педіатрії студенти склали на $3,51 \pm 0,65$ бала, на 4 курсі – на $3,69 \pm 0,70$ бала, на 5 курсі – на $3,78 \pm 0,70$ бала, на 6 курсі державний іспит із педіатрії – на $4,03 \pm 0,65$ бала. В середньому студенти правильно відповіли на запитання педіатричного профілю ліцензійного іспиту «Крок-2» на $93,30 \pm 7,39$ бала. Причому кожний третій студент (32,6%) стовідсотково правильно відповів на запитання педіатричного профілю.

Результати ліцензійного іспиту «Крок-2» в цілому достовірно корелювали із результатами складання іспитів з педіатрії на 3–6 курсах. Так, загальний бал іспиту достовірно ($p < 0,05$) корелював з оцінкою з пропедевтичної, факультетської, госпітальної педіатрії та з результатами державного практично-орієнтованого іспиту з педіатрії (відповідно $r = 0,28$, $r = 0,41$, $r = 0,34$, $r = 0,37$). Кореляційний зв'язок показника педіатричного профілю ліцензійного іспиту «Крок-

2» з оцінками на іспитах з педіатрії на 3–6 курсах був ще тіснішим (відповідно $r = 0,58$, $r = 0,61$, $r = 0,62$, $r = 0,34$).

З нашої точки зору, серед значущих факторів, які забезпечили високий рівень складання студентами тестових завдань ліцензійного іспиту «Крок-2»:

- виконання Центром тестування МОЗ України (Центр) вимоги Міністра охорони здоров'я щодо відкритості первинного банку тестових завдань на сайті Центру;

- забезпечення Центром фахової експертизи тестових завдань з урахуванням сучасного розвитку медичних знань і положень доказової медицини;

- виконання деканатом медичного факультету № 3 вимоги ректора НМУ імені О.О. Богомольця щодо обов'язкових 4 претестувань в реальному часі з визначенням студентів «групи ризику» і подальшою додатковою роботою з ними;

- створення на кафедрі системи мотивації студентів з успішного складання тестових завдань (при проміжних заліках, в т.ч. на 6 курсі обов'язкове виконання 70% тестових завдань на «задовільно», 80% – на «добре», 90% – на «відмінно»);

- організаційний і методичний супровід кафедрою засвоєння студентами матеріалу (забезпечення студентів буклетами тестових завдань ліцензійного іспиту «Крок-2» попередніх 2 років і первинним банком тестових завдань, в т.ч. на електронних носіях і через сайт кафедри; лекції з проблемних питань педіатрії з обговоренням варіантів відповідей на складні тести; тренування в комп'ютерному класі, контроль і обговорення складнощів при виконанні тестових завдань);

- використання тестових завдань на студентських олімпіадах (факультетських, міжнародних);

- вимогливість викладачів і екзаменаторів, їх об'єктивність в оцінюванні рівня знань студентів через застосування структурованих бланків оцінки знань і навичок.

Саме застосування оптимальних технологій навчання забезпечило зростання з кожним роком успішності студентів при складанні іспитів в середньому від 3,5 до 5,0.

ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ СТУДЕНТАМ 5 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ

В.Г. МАЙДАННИК, М.В. ХАЙТОВИЧ, Л.П. ГЛЄБОВА,
О.С. КАЧАЛОВА

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

Протягом 2009/2010 навчального року студенти 5 курсу (163 – на медичному факультеті

№ 3 та 34 – на факультеті підготовки лікарів для збройних сил України) вивчали на кафедрі педіатрії № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця педіатрію за кредитно-модульною системою організації навчального процесу. Згідно з типовою та робочою програмою дисципліна на 5 курсі була структурована на 3 модулі по 30 годин на практичні аудиторні заняття: «Неонатологія» (змістових модулів – 3), «Хвороби системи крові та ендокринної системи у дітей» (змістових модулів – 2), «Дитячі інфекційні хвороби».

Заняття проводились за цикловою системою, лекції з дисципліни були зачитані попередньо на початку семестру, практичні заняття тривалістю 6 академічних годин щоденно поділялись на 2 трьохгодинні, відповідно до теми. Заняття з гематології та ендокринології по 3 години щодня проводились протягом 1 тижня, цикл неонатології також тривав 1 тиждень, наприкінці кожного модуля студенти складали підсумковий модульний контроль.

За період з 01.10.09 по 09.02.10 на кафедрі було проведено 44 підсумкових модульних контролів для студентів 5 курсу. Внаслідок невеликої кількості годин на заліковий модуль і циклової системи викладання суттєво скоротився термін вивчення дисципліни. Так, протягом чотирьох днів тривали практичні заняття з неонатології, а на п'ятий день студенти складали підсумковий модульний контроль. При цьому як студенти, так і викладачі відмічали, що таке ущільнення графіку вивчення дисципліни супроводжується значним напруженням навчального процесу.

Цим можна пояснити те, що порівняно з минулим навчальним роком (традиційна система навчального процесу), суттєво збільшилась кількість студентів, які з першого разу не склали екзамен (залік) з дисципліни. Так, якщо за результатами 2008/2009 навчального року іспит з педіатрії на 5 курсі з першого разу не склали 12,5% (7,5% не допущені і 5% – отримали негативну оцінку) студентів медичного факультету № 3 і 22,7% (8% не допущені і 14,7% – отримали негативну оцінку) студентів факультету підготовки лікарів для збройних сил України, то у 2009/2010 – відповідно 39% (3% і 36%) і 42,2% (9,2% і 33%) студентів медичного факультету № 3 відповідно з модуля «Неонатології» і модуля «Хвороби системи крові та ендокринної системи у дітей», тоді як у студентів факультету підготовки лікарів для збройних сил України показники були ще гіршими – відповідно 28% (3% і 25%) та 71% (38% і 33%).

Отже, серед недоліків циклового викладання педіатрії на 5 курсі за кредитно-модульною системою навчального процесу – різке ущільнення графіку засвоєння матеріалу, в результаті чого суттєво (в 2–3 рази) зросла кількість студентів, які не здатні скласти залік з дисципліни з першого разу.

РОЛЬ НЕЙТРОФІЛІВ У ПРОГРЕСУВАННІ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК У ДІТЕЙ

В.Г. МАЙДАННИК, Є.А. БУРЛАКА

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

Патогенез хронічних захворювань нирок (ХЗН) пов'язаний з розвитком незворотних пошкоджень нирок та формуванням життєво небезпечних ускладнень, в тому числі серцево-судинних. Сформована недостатність функції нирок завжди має тенденцію до прогресування з розвитком термінальної стадії, навіть за умов проведення терапевтичних впливів, спрямованих на ліквідацію первинного патологічного процесу або клінічних ознак його ремісії. Пошкодження та втрата нефронів відбуваються персистентно після їх первинного ураження з формуванням термінальної стадії хронічного захворювання нирок.

Патофізіологічним підґрунтям пошкодження нирок при ХЗН є хронічне запалення, що асоціюється з вторинними та взаємопов'язаними порушеннями – ендотеліальна дисфункція, дисрегуляція протективної функції Na, K-АТФази, апоптоз, активація системи ренін-ангіотензин-альдостерон, склерозування.

Мета роботи: оцінити рівень порушення редокс-стану організму та рівні активності запальної відповіді за станом активації нейтрофілів в організмі дітей з ХЗН та їх залежність від стадії процесу; вивчити нефропротективні ефекти ендогенних стероїдних гормонів у щурів з ХЗН.

Використовували загальноклінічне обстеження, загальні методи лабораторної діагностики, ЕПР-спектроскопію, ELISA, спектрофотометрію.

Обстежено 108 дітей віком 2–17 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в Міському нефрологічному центрі дитячої клінічної лікарні № 7 м. Києва. Серед обстежених дітей 59 (54,63%) мали ХЗН II ступ., 49 (45,37%) – ХЗН I ступ. Виявлено зростання активності нейтрофілів за генеруванням супероксидних радикалів (O_2^-) та оксиду азоту (NO) порівняно з контролем. Рівень швидкості генерування O_2^- був вищим у дітей з ХЗН II ступ. порівняно з групою з ХЗН I ступ. ($4,78 \pm 0,14$ проти $3 \pm 0,23$ нмоль/ $1 \cdot 10^3$ клітин-хв у дітей з хронічним гломерулонефритом та $4,4 \pm 0,29$ проти $3,12 \pm 0,16$ нмоль/ $1 \cdot 10^3$ клітин-хв у дітей з хронічним пієлонефритом). Рівень швидкості синтезу NO також перевищував аналогічний показник у групі з ХЗН II ступ. ($9,12 \pm 1,34$ проти $6,02 \pm 1,23$ нмоль/ $1 \cdot 10^6$ клітин-хв у дітей з хронічним гломерулонефритом та $8,89 \pm 1,3$ проти $6,12 \pm 1,22$ нмоль/ $1 \cdot 10^6$ клітин-хв у дітей з хронічним пієлонефритом). Рівень радикал-продукуючої активності нейтрофілів у дітей з пієло- та гломерулонефритом в рамках аналогічної стадії ХЗН не відрізнявся.

Для вивчення нефропротективної ролі ендогенного стероїдного гормону вобайн (аналог дигокси-

ну) проведено індукцію нефриту Хеймана у 40-денних щурів-самців лінії Sprague-Dawley шляхом внутрішньовенного введення специфічних антитіл anti Fx-1A. Введення вобаїну проводилось пішкірно з використанням mini-pumps дозою 15 мкг/кг/добу. Тривалість лікування становила 4 місяці. На фоні проведеної терапії виявлено зниження рівня альбумінурії, поліпшення концентраційної, екскреторної функції нирок, фізичного розвитку експериментальних тварин.

Таким чином, прогресування ХЗН у дітей залежить від стану загальноорганізмного рівня активації окисних процесів та потенціалу пошкоджуючої функції імункомпетентних клітин, що реалізується за рахунок неконтрольованої стимуляції їх супероксид- та NO-генеруючої активності. Використання ендогенних стероїдних гормонів (дигоксин) в комбінації з редокс-коригуючими засобами створює перспективу для оптимізації лікування ХЗН з можливістю впливу на ініціальні та вторинні окисно-індуковані процеси (апоптоз, дизрегуляція протективної функції Na, К-АТФази, активація системи ренін-ангіотензин-альдостерон).

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ГІПОФІЗАРНО-ТИРОЇДНОЇ СИСТЕМИ ТА ДЕПО ЗАЛІЗА НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ДИФУЗНОГО НЕТОКСИЧНОГО ЗОБА У ДІТЕЙ

М.Є. МАМЕНКО, Н.А. БЕЛИХ, О.І. ЄРОХІНА, О.А. БУГАЄНКО,
В.І. КЧАЧЕНКО

Луганський державний медичний університет

Дифузний нетоксичний зоб, який клінічно найчастіше оцінюється як еутироїдний, в регіонах із дефіцитом йоду в доквіллі є наслідком маніфестної та прихованої гіпотироксинемії. Заслуговує на додаткову увагу поєднання ефектів поєданого дефіциту йоду та заліза у дітей молодшого шкільного віку.

Мета дослідження: вивчити взаємозв'язок між розмірами щитовидної залози, функціональним станом гіпофізарно-тироїдної системи та насиченням депо заліза у дітей із дифузним нетоксичним зобом.

Роботу виконано в межах 30-кластерного дослідження дефіциту мікронутрієнтів на базі молодших класів загальноосвітніх шкіл Луганської області (ВООЗ/МРКЙДЗ/ЮНІСЕФ, 200-1 р.). Вивчення функціонального стану гіпофізарно-тироїдної системи (ТТГ, віл. T_4) та насиченості депо заліза (Нв, сироватковий феритин) проведено 159 дітям 6–12 років із зобом та 49 їх одноліткам без видимих проявів йододефіцитних захворювань. Для індивідуалізації оцінки тироїдного об'єму та для проведення клініко-біохімічних зіставлень було введено «коефіцієнт перебільшення 97 перцентилі (K_{97})», який роз-

раховувався як співвідношення між об'ємом ЩЗ у дітей із зобом та верхнім значенням норми для дитини тієї ж статі та з аналогічною площею поверхні тіла. Найбільш ефективним виявився аналіз показників серед дітей із зобом за коридорами розподілу значень K_{97} із кроком 0,2 та використанням нормативів об'єму ЩЗ у дітей ВООЗ/МРКЙДЗ/ЮНІСЕФ 2007 року. При використанні такого підходу початковий етап збільшення щитовидної залози ($1,0 < K_{97} \leq 1,2$) мали 47,3±2,3% дітей із зобом, більшість з яких (91,2±1,9%) за попередніми стандартами вважалися здоровими. Саме на початкових етапах збільшення ЩЗ рівні тиротропного гормону у дітей досягали 2,61±0,18 мОд/л та достовірно перевищували аналогічні показники дітей із нормальними розмірами щитовидної залози ($p_f < 0,01$) та у школярів із значеннями K_{97} в діапазоні 1,2–1,4 ($p_f < 0,001$, $p_f < 0,01$). У цих дітей спостерігалася максимальна частота анемії (57,8±6,2%, $p_z < 0,001$), залізодефіцитних станів (81,3±4,9%, $p_z < 0,001$) та найнижчі середні показники гемоглобіну 113,9±1,17 г/л ($p_t < 0,05$) і сироваткового феритину 28,11±3,98 мг/л ($p_t < 0,05$, $p_t < 0,05$). Зростання тироїдного об'єму (K_{97} в діапазоні 1,2–1,4) сприяло нормалізації тироїдного гормоногенезу (зниження ТТГ до 1,77±0,14 мОд/л, $p_f < 0,001$, $p_f < 0,01$), що супроводжувалося зменшенням частоти анемії до 55,8±7,6% ($p_z < 0,01$) та ЗДС до 55,8±7,6% ($p_z < 0,01$). Однак подальше збільшення ЩЗ ($1,4 < K_{97} \leq 1,6$) призводило до поступового зростання рівня тиротропіну до 2,07±0,19 мОд/л, а при перебільшенні верхньої межі норми більш ніж на 60% – до 3,32±0,37 мОд/л ($p_f < 0,05$, $p_f < 0,01$). Збільшення тироїдного об'єму та декомпенсація функціонального стану гіпофізарно-тироїдної системи супроводжувалися зростанням поширеності ЗДС до 72,2±7,5% ($p_z < 0,05$) та падінням рівня сироваткового феритину до 30,73±6,37 мг/л ($p_f < 0,05$).

Найбільш напруженим є початковий етап формування тироїдної патології, який супроводжується підвищенням концентрації тиротропіну, зниженням рівня сироваткового феритину, зростанням частоти анемії та залізодефіцитних станів. Формування зоба призводить до помірної компенсації функцій гіпофізарно-тироїдної системи, однак надмірне зростання тироїдного об'єму сприяє виникненню реакцій декомпенсації.

ВПЛИВ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ ВИГОДОВУВАННЯ НА МІКРОЕЛЕМЕНТНУ ДИНАМІКУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ

В.Е. МАРКЕВИЧ, Л.О. ТУРОВА, А.М. ЛОБОДА

Медичний інститут Сумського державного університету

Порушення внутрішньоутробного розвитку досить часто поєднується з неадекватним за-

безпеченням низкою мінеральних речовин, що може призводити до формування полімікронутрієнтної недостатності. Одним із шляхів запобігання розвитку даного стану є природне вигодовування дитини. Дітей із затримкою внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) досить часто народжують матері з соціально незахищених родин, які не зацікавлені в збереженні грудного вигодовування. У цьому разі гостро постає питання підбору штучної молочної суміші, яка задовольняла б потреби дитячого організму. Однією з таких сумішей є НАН-1 фірми «Nestle» (Швейцарія). Ця суміш має оптимальний структурний склад основних компонентів з унікальним білковим комплексом, що підвищує ефективність засвоєння як білка, так і мінеральних речовин.

Мета дослідження – вивчити особливості мікроелементної забезпеченості у новонароджених із затримкою внутрішньоутробного розвитку залежно від варіанту вигодовування.

Вміст мікроелементів визначали у сироватці, еритроцитах та сечі методом атомно-абсорбційної спектроскопії на спектрофотометрі С-115М1, оснащеному комп'ютерною програмою для автоматичного визначення вмісту елементів у зразках, виробництва НВО «Selmi» (Україна). Досліджували вміст 2-х есенціальних мікроелементів (залізо, цинк), а також токсичного мікроелемента – свинцю. Рівень зазначених мікроелементів контролювали на початку та наприкінці лікування.

Обстежено 75 дітей із затримкою внутрішньоутробного розвитку, яких було розподілено на 3 групи: 1-ша – 20 дітей із ЗВУР, які знаходилися на штучному вигодовуванні сумішшю НАН-1, 2-га – 25 дітей із ЗВУР, які знаходилися на змішаному вигодовуванні (грудне молоко та суміш НАН-1), 3-тя – 30 малюків, що знаходилися на природному вигодовуванні.

Нами виявлено позитивні зміни вмісту заліза в сироватці та еритроцитах протягом спостереження, які не залежали від характеру вигодовування. З'ясовано, що діти зі ЗВУР, які перебувають на природному чи штучному вигодовуванні, потребують додаткового призначення препаратів цинку. У разі змішаного харчування така необхідність відсутня. Штучне вигодовування із застосуванням суміші НАН-1 сприяє позитивному сироватково-еритроцитарному перерозподілу свинцю та зменшенню вмісту останнього в еритроцитах.

Встановлено, що варіант вигодовування суттєво не впливає на виділення заліза, цинку та свинцю з сечею у новонароджених зі ЗВУР.

Отримані дані вказують на важливість грудного та у разі потреби раціонального штучного (високоадаптованою сумішшю) вигодовування немовлят із ЗВУР.

ВПЛИВ НОРМОБАРИЧНОЇ ГІПОКСИТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

В.Ю. МАРТИНЮК, О.В. НАЗАР

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

Метою дослідження є визначення критеріїв ефективності комплексної реабілітації дітей з церебральним паралічем із застосуванням нормобаричної гіпокситерапії за допомогою опитника Pediatric Quality of Life Inventory, Cerebral Palsy (PedsQL, модуль ДЦП, Varni et al., USA).

Методика нормобаричної гіпокситерапії була застосована в комплексній реабілітації 80 дітей зі спастичними варіантами ДЦП, віком від 6 міс до 8 років, які проходили лікування в Українському медичному центрі реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України протягом 1 міс. Суть методики полягає у використанні газової суміші з концентрацією кисню від 18 до 12% при нормальному атмосферному тиску. Сеанси нормобаричної гіпокситерапії проводили в базовому режимі, який складається з 3 щоденних циклів дихання гіпоксичною сумішшю по 7 хв з перервою 3–5 хв, під час якої пацієнт дихає кімнатним повітрям. Щоденний сеанс триває 27 хв. Кількість сеансів № 10–15, залежно від віку і стану дитини.

Оцінку якості життя проводили за допомогою спеціального опитника PedsQL для дітей з церебральним паралічем, який розподілений на блоки залежно від віку: 2–4 роки – форми для батьків, 5–7 років – форми для батьків та дітей. Опитник об'єднує в собі наступні шкали: «щоденна активність», «шкільна діяльність», «рухова активність та рівновага», «біль», «втома», «вживання їжі», «мовлення та спілкування». Загальна кількість балів розраховується за 100-бальною шкалою: чим вищий бал, тим кращі показники якості життя дитини. Обстеження проводили на початку та в кінці курсу реабілітації.

В результаті комплексного лікування дітей з ДЦП із застосуванням нормобаричної гіпокситерапії спостерігається значне поліпшення параметрів якості життя, порівняно з контрольною групою. Особливо чітко спостерігається поліпшення показників щоденної активності та втоми. Показники щоденної активності основної групи до лікування становили 39,77 бала, після лікування – 46,15 бала, поліпшення показників щоденної активності складало 6,38 бала. Показники щоденної активності контрольної групи до лікування – 44,55 бала, після лікування – 48,82 бала, поліпшення показників щоденної активності – 4,27 бала. Показники шкали втоми основної групи до лікування – 63,22 бала, після лікування – 68,75 бала, поліпшення показників шкали втоми – 5,53 бала. Показники шкали втоми контрольної групи до лікування – 66,48 бала, після лікування – 68,85 бала, поліпшення по-

казників шкали втоми – 2,37 бала. Методика нормобаричної гіпокситерапії добре переноситься дітьми, дозволяє підвищити адаптаційний потенціал, збільшити толерантність до фізичних навантажень, зменшити прояви втоми, підвищити щоденну активності дитини, що дозволяє покращити якість життя дитини-інваліда.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ТЕНОТЕН ДИТЯЧИЙ У ДІТЕЙ З МІНІМАЛЬНОЮ МОЗКОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

В.Ю. МАРТИНЮК, О.А. МАЙСТРУК, Т.І. СТЕЦЕНКО,
Т.В. БОРЩЕНКО

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

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

Мета дослідження: вивчити стан адаптивних можливостей у дітей з мінімальною мозковою дисфункцією. На підставі отриманих результатів оцінити ефективність адаптогену Тенотен дитячий в лікуванні дітей з даною патологією.

Було обстежено 25 хворих дітей з мінімальною мозковою дисфункцією дошкільного віку (від 3 до 6 років). Для вирішення поставлених завдань проведено комплексне загальноклінічне, психологічне, логопедичне та інструментальне дослідження з використанням електроенцефалографії, кардіоінтервалографії, доплерографії до та після лікування. В скаргах батьки звертали увагу на гіперзбудливість дитини, гіперактивність, порушення сну (недостатній сон), страхи, недостатню адаптацію в дитячому колективі, затримки мовлення, енурез. При аналізі анамнезу життя дітей було виявлено, що всі діти мали обтяжений пре-перинатальний анамнез та спостерігалися дитячим неврологом протягом першого року життя з симптомами різних синдромів відновного періоду внаслідок перенесеної гіпоксично-ішемічної енцефалопатії. В неврологічному статусі всіх дітей виявлено наявність розсіяної неврологічної симптоматики у вигляді недостатності 3, 6 та 7 пар черепних нервів, легких проявів пірамідної недостатності, порушень дрібної моторики та легких координаційних порушень. Проводилася оцінка вегетативного гомеостазу за визначенням вихідного вегетативного тону. У близько 20% дітей визначено ейтонію, у близько 80% дітей визначалася ваготонія різного ступеня та симпатикотонія. Всі пацієнти були обстежені психологом за методиками: клінічна бесіда, коректурна проба, запам'ятовування зображень (малюнків). Мозкова гемодинаміка оцінювалася за допомогою транскраніальної доплерографії. Було відмічено, що всі діти мали порушення мозкового кровообігу у вигляді асиметрії тону судин та кро-

воплину у каротидному басейні, недостатньої компенсації мозкового кровонаповнення, порушення венозного відтікання і нестабільності лікворного тиску. При проведенні ЕЕГ визначалися наявність та характеристики альфа-ритму, наявність повільно-хвильової активності, реактивність при проведенні проб з навантаженням (гіпервентиляція, фотостимуляція).

Результати дослідження показали, що всі діти мали дезорганізацію ритму, дизритмію, підвищення пароксизмальності при гіпервентиляції та ознаки нейрофізіологічної незрілості.

З метою корекції психологічних та неврологічних порушень у дітей було застосовано препарат Тенотен дитячий (виробництва ТОВ «НПФ «Матерія Медика Холдинг», Росія) дозою по 1 таб. тричі на добу протягом 3 місяців.

Білок S-100 – це специфічний білок астроцитарної глії та визначається як регулятор інтегративної діяльності мозку. Він бере участь в реалізації фундаментальних базових функцій нейронних систем, таких як генерація та проведення нервового імпульсу. В цілому, збільшений концентрації білка S-100 в спинномозковій рідині та плазмі слугує маркером пошкодження головного мозку, особисто призводить до гіперактивності та порушення функції гіпокампу, що викликає порушення когнітивної та поведінкової функцій. Антитіла до білка S-100 в надмалих дозах модулюють нейрохімічні процеси в головному мозку, нормалізують процеси гальмування та збудження. Препарат Тенотен дитячий містить антитіла до білка S-100, афінноочищені в гомеопатичних розведеннях С12, С30, С50, проявляє ГАМК-міметичну та нейротрофічну дію, впливає на відновлення процесів нейрональної пластичності, при цьому не викликає седативної, міорелаксуючої та холінолітичної дій. Чинить протитривожну, антидепресивну, антиастенічну дію, взагалі зміцнює нервову систему, поліпшує пам'ять та увагу. Препарат розроблений ТОВ «НПФ «Матерія Медика Холдинг» в Росії у 2004 році і дуже активно й успішно використовується в дітей в схемах лікування вегетативних дисфункцій, астеновегетативного постінфекційного синдрому, затримки психічного розвитку, при тяжкій перинатальній енцефалопатії (у дітей до 1 місяця життя).

Аналіз динаміки клінічних показників виявив загальну тенденцію до нівелювання психо-емоційних порушень. Було відмічено, що поведінка дитини не змінюється докорінно, але наявне поліпшення в реагуванні на соціальні правила, умови виховного процесу (з дитиною можна домовитись, дитина починає критичніше оцінювати власні вчинки...), поліпшилась адаптація до учбово-виховних установ (до садочка «без сліз», в школі більш адекватна взаємодія між вчителем та учнем та загальне позитивне сприйняття учбового процесу). Батьки всіх дітей відмічали поліпшення сну (став тривалішим та спокійним). Крім того, ефективність терапії

Тенотеном дитячим проявлялася поліпшенням показників мовлення у вигляді сформованості звукової структури слів та лексичного оформлення мовлення. При динамічній оцінці стану неврологічного та вегетативного статусу було виявлено поліпшення дрібної моторики та вегетативних функцій: зменшення дистального гіпергідрозу. За даними кардіоінтервалографії у дітей зменшилися явища ваготонії та симпатикотонії. У 34% дітей було діагностовано ейтонію. За даними ЕЕГ-дослідження у переважній більшості дітей помітно поліпшилися характеристики фонові ЕЕГ. Реєструвалося послаблення повільнохвильової активності в передніх відділах півкуль. Визначалася позитивна динаміка в змінах показників ЕЕГ при функціональних навантаженнях. Також визначалися позитивні гемодинамічні зміни на контрольній доплерографії у вигляді поліпшення кровопливу в каротидному та вертебробазиллярному басейнах, нормалізації судинного тону та нормалізації лікворного тиску. Слід відмітити, що у дітей, які нерегулярно приймали препарат, виражених змін не відмічено, а також те, що у дітей, які перехворіли на респіраторні захворювання, результати були не такими очевидними. Необхідно акцентувати увагу, що побічні явища та погіршення не зафіксовано у жодного пацієнта.

Таким чином, отримані результати свідчать про позитивний вплив препарату Тенотен дитячий на психоемоційний стан дитини та функцію мовлення. Тенотен проявляє значну вегетотропну дію. Поліпшується гемодинаміка та біоелектрична активність головного мозку. Препарат Тенотен дитячий може бути рекомендований до широкого практичного використання дитячими неврологами, дитячими психіатрами та педіатрами.

МІНІМАЛЬНА МОЗКОВА ДИСФУНКЦІЯ У ДІТЕЙ – ОЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ НАПРЯМКІВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

В.Ю. МАРТИНЮК, С.М. ЗІНЧЕНКО

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

Київський інститут соціальних та культурних зв'язків
ім. Святої княгині Ольги

Виходячи з даних ЕАСД (Європейська Академія Дитячої Інвалідності) для країн Центральної та Східної Європи, чисельність дітей-інвалідів складає 2,5%, з них дітей з тяжким ступенем інвалідності – 1%. 10–20% дітей і підлітків мають обмежені можливості здоров'я і потребують постійного медико-педагогічного супроводу. В Україні очікується до 212 тис. дітей-інвалідів віком до 18 років, з них до 85 тис. з тяжкою інвалідністю. 850 тис. – 1 млн. 700 тис. – діти з обмеженими можливостями

здоров'я (мінімальна мозкова дисфункція, ММД). ММД розглядається в межах дизонтогенетичних форм патології – як дифузна церебральна дизрегуляція, зумовлена затримкою дозрівання асоціативних зв'язків між різними відділами ЦНС, дефіцитарністю інгібіторних систем переважно в префронтальній корі головного мозку і характеризується віковою незрілістю окремих вищих психічних функцій та їх дизгармонійним розвитком. Переважна більшість клінічних ознак ММД носить функціональний характер, які суттєво пом'якшуються під впливом соціально-педагогічної корекції та медичного супроводу.

Вищеозначені положення щодо ММД знаходяться у сфері компетенції медицини розвитку, а саме – еволюційної педіатрії та її складових: неврології розвитку, психології розвитку і психіатрії розвитку. В межах соціально-педіатричної концепції еволюційна педіатрія забезпечує розробку та впровадження оптимальних методів корекції виявлених еволюційних розладів функцій нервової системи.

З урахуванням означеної термінологічної незгодженості, відомої суперечливості по суті та клінічних межх цього патологічного стану у США в 1962 році було створено спеціальну комісію (Оксфордська міжнародна група з вивчення проблем дитячої неврології), яка рекомендувала використовувати термін «мінімальна мозкова дисфункція» по відношенню до наступних відхилень з боку нервової системи: «Це діти з інтелектом середнім, близько середнього або вище середнього з порушеннями в навчанні і (або) в поведінці від легких до тяжких проявів, які асоціюються з відхиленнями з боку ЦНС. Ці відхилення можуть маніфестувати різними розладами сприймання, мислення, мови, пам'яті, уваги, моторики, а також імпульсивністю. Ці порушення можуть розвиватися внаслідок генетичних відхилень, біохімічного дисбалансу, перинатальних уражень мозку, інших захворювань або уражень, які виникли в критичні роки для розвитку і дозрівання центральної нервової системи або внаслідок невідомих причин. В шкільному віці різні проблеми у навчанні стають найбільш помітним проявом цього патологічного стану. ММД як прояв органічного ураження мозку може слугувати базисом для формування раннього тяжкого психоневрологічного страждання, яке може бути перманентним».

Варіанти відхилень розвитку нервової системи та психіки у дітей при ММД (G 98) згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я: 10-й перегляд (МКХ-10) можна подати в класах V (Розлади психіки та поведінки; F) та VI (Хвороби нервової системи; G):

- церебрастенічний синдром (G 98),
- синдром вегетативних дисфункцій (G 90.8),
- органічний психосиндром (F 07.9),
- соматоформні розлади (F 40–F 48),

- розлади, пов'язані з психологічним розвитком (F 80–F 89),
- розлади поведінки та емоцій, які здебільшого починаються у дитячому та підлітковому віці (F 90–F 98).

Реабілітація дітей із різними варіантами порушень розвитку та уражень, пов'язаних із ММД, стосується, перш за все, відновлення недостатніх функціональних систем для подальшого навчання та адаптації дитини в навколишньому середовищі.

Реабілітація дітей цієї групи має на меті також запобігання формуванню виражених уражень нервової системи та психіки (impairment), обмеження функцій (disability), порушення соціального функціонування (handicap).

Таким чином, головним у реабілітації дітей із ММД є запобігання утворенню дефекту функціональної системи, що може призвести до порушень соціалізації дитини та якості її життя.

Основна методологічна концепція реабілітації дітей із порушенням нервової системи і психіки – «Тандем – партнерство», яка затверджена Вченою медичною радою МОЗ України в 1998 році та полягає в об'єднанні зусиль фахівців медичного та соціально-педагогічного спрямування.

Основними заходами і напрямками реабілітації є медична реабілітація – рання діагностика і рання терапія; психологічна реабілітація – психологічне консультування і психологічна корекція; корекційна педагогіка – набуття освіти, спеціальної освіти за диференційованими програмами та формами навчання; професійна реабілітація – консультування батьків та підлітків щодо вибору професії та професійний тренінг; соціальна реабілітація – спрямована на особистісні, сімейні, суспільні особливості контакту дитини із навколишнім світом, захист її прав.

Залежно від виду розладів при ММД та симптомів-мішеней потрібна мультимодальна терапія і реабілітація з кінцевою необхідністю складання індивідуальної програми реабілітації (ІПР). Показання до застосування того чи іншого медикаментозного препарату повинно базуватися виключно на засадах доказової медицини. Доцільно в першу чергу призначати препарати нейрометаболітної спрямованості, механізм дії яких спрямований на підвищення адаптаційного потенціалу організму дитини. При цьому існує застереження щодо використання нейропептидів природного (тваринного) походження.

ІНФЛАТОМЕТРИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОБҐРУНТУВАННЯ НУКЛЕІНАТУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКОЛЯРІВ

У.І. МАРУСИК, О.Є. ЛОТОЦЬКА, О.П. СИНГАЇВСЬКІ,
О.В. ХУТОРНА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Застосування Нуклеінату в лікуванні бронхіальної астми у дітей передбачає динаміку вмісту метаболітів монооксиду нітрогену (NO) в сироватці крові за рахунок впливу даного препарату на синтез арахідонової кислоти, яка бере активну участь в реалізації запальної відповіді організму. Однак в науковій літературі не знайдено даних, які б підтверджували дану гіпотезу.

Мета дослідження: оцінити вплив Нуклеінату, як компонента комплексної протизапальної терапії бронхіальної астми у дітей шкільного віку, на вміст метаболітів монооксиду нітрогену в сироватці крові.

На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ № 1 обстежено 98 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму в стадії ремісії. Дослідження проводилось двічі сліпим плацебо-контрольованим рандомізованим методом із застосуванням таблиці випадкових чисел. До першої (I) клінічної групи увійшли 47 хворих, які в комплексі базисної терапії приймали Нуклеїнат дозою 0,25 г на добу протягом 21 дня. Другу (II) клінічну групу сформувала 51 дитина, яка отримувала плацебо за тією ж схемою. За статтю, віком, тривалістю захворювання та типом протизапальної терапії групи порівнянню достовірно не відрізнялися. Усім дітям проведено комплексне клінічне обстеження. Вміст метаболітів монооксиду нітрогену в крові визначали за методикою С.І. Рябова та Н.Л. Еремченка із використанням реактиву Гріса.

Оцінку ризику реалізації події проводили із урахуванням співвідношення шансів (СП) та зазначенням їх довірчих інтервалів (95% ДІ).

Після проведеного лікування у хворих I групи, на відміну від дітей групи контролю, відмічався достовірний приріст вмісту метаболітів NO в сироватці крові. Так, у дітей, які в комплексі протизапальної терапії отримували Нуклеїнат, вміст метаболітів NO у сироватці крові у середньому становив $19,6 \pm 0,7$ мкМоль/л на початку лікування та $25,9 \pm 2,9$ мкМоль/л ($p < 0,05$) після його завершення. У хворих групи порівняння даний показник складав $20,1 \pm 1,5$ та $18,6 \pm 0,4$ мкМоль/л ($p > 0,05$) відповідно.

Слід зазначити, що після проведення базисної терапії у школярів основної групи визначалось підвищення ризику реєстрації збільшеного вмісту метаболітів монооксиду нітрогену в сироватці крові. Так, у дітей I клінічної групи, відносно хворих групи контролю, ризик (СП) клінічних випадків, коли вміст метаболітів NO у сироватці крові перевищує 20,0 мкМоль/л, на початку лі-

кування становив 1,3 (95% ДІ: 0,5–3,1), а по його завершенні – 2,9 (95% ДІ: 1,2–6,8).

Таким чином, після використання Нуклеїна-ту в комплексі базисної терапії бронхіальної астми у школярів відмічено достовірне підвищення вмісту метаболітів NO у сироватці крові, що зумовлене, ймовірно, зменшенням їх концентрації в бронхах, які є «шоковим органом» при бронхіальній астмі, а також зменшенням хронічної гіпоксії, яка спостерігається при даному захворюванні.

СУЧАСНІ ЗАСОБИ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕЛЮШКОВОГО ДЕРМАТИТУ

Ю.В. МАРУШКО, Т.В. МАРУШКО

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

Різні запальні зміни шкіри, що розвиваються у дітей раннього віку в паховій та/або сідничній ділянках («під підгузком»), у вітчизняній і зарубіжній педіатричній практиці розглядаються як прояви пелюшкового дерматиту. Частіше пелюшковий дерматит зустрічається у дітей першого року життя. Поширеність його, за даними різних авторів, складає від 35 до 50%.

Згідно з сучасними уявленнями, пелюшковий дерматит – це періодично виникаючий патологічний процес, що провокується дією на шкіру дитини механічних (тканина пелюшок або підгузок), фізичних (вологість і температура), хімічних (аміак, травні ферменти, солі жовчних кислот) і мікробних чинників, що діють усередині пелюшок або підгузка при недотриманні гігієнічних норм. До факторів, які сприяють розвитку захворювання, відносяться: вікові анатомо-фізіологічні особливості; конституційні особливості і діатези; гігієнічні порушення (дефекти догляду); фонові стани.

До дефектів гігієнічного догляду за дитиною, що призводять до розвитку пелюшкового дерматиту, відносяться: недостатньо часте підмивання або очищення шкіри дитини серветками (після дефекації і сечовипускання); недостатньо часта зміна пелюшок і підгузків.

На початку захворювання (1 стадія) підвищується вразливість здорової шкіри. На 2-ій стадії захворювання дія подразнюючих факторів на тлі ослабленої захисної функції шкіри призводить до розвитку запалення. На цій стадії, як правило, відбувається приєднання мікробної інфекції. Вплив мікроорганізмів викликає найбільш тривалий і тяжкий перебіг пелюшкового дерматиту. Третя стадія – одужання. Нормалізація стану шкірних покривів досягається шляхом ретельного гігієнічного догляду.

Клінічно пелюшковий дерматит проявляється почервонінням шкіри, папульозним висипом, лущенням епідермісу у області геніталій,

сідниць, нижніх відділів живота, внутрішній поверхні стегон. У тяжких випадках з'являються ерозії, інфільтрати у шкірних складках, відбувається бактерійне і грибкове інфікування.

Розрізняють первинний та вторинний пелюшковий дерматит. Первинний пелюшковий дерматит поділяють на неускладнений і ускладнений. Неускладнений пелюшковий дерматит є наслідком неправильного догляду, конституціональних особливостей шкіри дитини, а також впливу обмінних процесів (аміачне подразнення). Ускладнений пелюшковий дерматит розвивається при приєднанні грибової інфекції (кандидоз), бактеріальної інфекції (стафілококової, стрептококової, грамнегативної флори), вірусної інфекції (частіше герпетичної). Вторинний пелюшковий дерматит частіше розвивається у хворих з алергічними захворюваннями шкіри. Клінічно розрізняють три ступені тяжкості пелюшкового дерматиту, які розвиваються послідовно.

Все вищесказане визначає необхідність вдосконалення профілактики і лікування пелюшкового дерматиту. Лікування пелюшкового дерматиту повинне бути комплексним, з урахуванням індивідуальних проявів у кожної дитини.

Профілактика пелюшкового дерматиту полягає в раціональному догляді за шкірою дитини. При цьому адекватний догляд за шкірою включає: своєчасний туалет шкіри (видалення продуктів життєдіяльності, підмивання, купання), використання спеціальних вологих серветок, призначених не тільки для дбайливого очищення шкіри, але й для її зволоження і підтримки природного рН-балансу, використання виключно адаптованих для дітей раннього віку засобів догляду (миючих засобів, кремів, лосьонів і ін.), застосування одноразових, що поглинають вологу, підгузків, достатня частота їх зміни тощо.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ЕКЗОКРИННОЇ ПАНКРЕАТИЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Ю.В. МАРУШКО, Т.В. ГИЩАК

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

Проблема діагностики захворювань підшлункової залози та корекції екзокринної панкреатичної недостатності у дітей є однією з найскладніших в дитячій гастроентерології. Встановлено, що у 70% пацієнтів формування хронічного панкреатиту почалося в дитячому або підлітковому віці. Відомо, що абсолютна панкреатична недостатність у дорослих виявляється при фіброзному заміщенні не менше 90% паренхіми. В більшості випадків це пацієнти з тривалим анамнезом хронічного панкреатиту алкогольної або біліарної етіології. У дітей інший механізм формування панкреатичної недо-

статності, вона виникає внаслідок природжених захворювань, обструкції головної панкреатичної протоки і сфінктера Одді.

Травна недостатність підшлункової залози може бути первинною або вторинною. Вторинне зниження травної активності панкреас спостерігається частіше первинної і може бути при багатьох захворюваннях шлунково-кишкового тракту. Вторинна панкреатична недостатність частіше буває транзиторною, може бути й перманентною, часто їй властивий прихований характер. Причини вторинних порушень травних функцій панкреасу різноманітні.

Через анатомо-фізіологічний і функціональний зв'язок підшлункової залози з іншими органами травної системи вона легко втягується до патологічного процесу при захворюваннях дванадцятипалої кишки, жовчовивідних проток і жовчного міхура, печінки і тонкої кишки. При цьому вторинна панкреатична недостатність спостерігається у 35–50% дітей з гастродуоденальною патологією, у 30–45% пацієнтів із захворюваннями гепатобіліарної системи і у 30–80% хворих з різними ентеропатіями і залежить від гостроти та тривалості наявного патологічного процесу.

Для виявлення порушень екзокринної функції підшлункової залози використовують прямі і непрямі методи дослідження. До перших відносять методи, що ґрунтуються на безпосередньому виявленні активних ферментів в дуоденальному вмісті, а другі базуються на оцінці ступеня розщеплення ферментами підшлункової залози тих чи інших субстратів в шлунково-кишковому тракті. Фермент еластаза-1, продукований панкреас, не метаболізується в кишечнику, його активність в калі об'єктивно відображає її екзокринну функцію.

В даний час є велика кількість ферментних препаратів, що відрізняються кількістю, ступенем ензимної активності, способами виробництва і формами випуску. За недостатності екзокринної функції підшлункової залози перевагу надають формам, що не містять жовчі і екстрактів слизової оболонки шлунка.

Залежно від вираженості екзокринної недостатності підшлункової залози добирається доза ферментного препарату, яку доцільно розраховувати за ліпазою і починати з невеликої (1000 ОД ліпази на кг маси за добу). Про достатність дози можна судити за клінічними (нормалізація частоти і характеру стільця, наростання маси тіла) і лабораторними показниками (зникнення у копрограмі креатореї, амлореї і стеатореї). У разі відсутності ефекту дозу препарату поступово збільшують.

Останнім часом в Україні зареєстровано препарат Панзинорм 10 000 («КРКА», Словенія), в ньому вміст ліпази становить 10 000 ОД Ph. Eur, амілази – 7 200 ОД Ph. Eur, протеаз – 400 ОД Ph. Eur. Препарат випускається в капсулах, що містять пеллети.

В клініці кафедри педіатрії № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця широко з 2009 року почали застосовувати препарат Панзинорм 10 000. При використанні Панзинорму 10000 протягом 10–14 днів дітям з вторинними проявами екзокринної недостатності панкреас побічних ефектів ми не спостерігали.

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗМУ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ТА ПРОЯВАМИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Ю.В. МАРУШКО, О.Д. МОСКОВЕНКО

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

За даними літератури важливе значення в частоті визначення, особливостях перебігу, прогнозі захворювань органів дихання у дітей відіграють адаптаційні можливості дитячого організму. Актуальними залишаються шляхи пошуку причин, особливостей патогенезу та способів підвищення ефективності лікування бронхолегеневих захворювань у дітей. Важливе значення в частоті, особливостях перебігу, прогнозі захворювань органів дихання у дітей відіграє стан сполучної тканини.

Метою роботи було вивчення взаємозв'язку адаптаційних можливостей дитячого організму з проявами дисплазії сполучної тканини (ДСТ) та особливостями перебігу гострих бронхолегеневих захворювань у дітей.

Проведено дослідження поширеності проявів дисплазії сполучної тканини у дітей, які були госпіталізовані до соматичного відділення з гострою патологією органів дихання. Всього було обстежено 82 дітей віком від 5 до 16 років, з них 31 (37,8%) – з гострою бронхопневмонією, 28 (34,1%) – з гострим бронхітом, 23 (28%) – з ГРВІ. Контрольну групу склали 20 дітей з гострими захворюваннями органів дихання без виражених ознак ДСТ. У всіх хворих при огляді відмічали відповідність зовнішнього вигляду до анатомо-вікової норми, детально вивчали ознаки дисплазії сполучної тканини з боку опорно-рухового апарата, шкіри, органів зору, оцінювали стан нервової системи та психоемоційного статусу. Отримані дані фіксували як основні та вторинні ознаки ДСТ. Всім дітям проводили оцінку адаптаційних можливостей за Л.Х. Гаркаві. Фенотипові ознаки ДСТ було виявлено у 52 (63,4%) дітей, серед них з легким ступенем – у 38 (73,0%), середнім – у 13 (25,0%), тяжким – у 1 (1,9%) дитини. Серед дітей з ознаками ДСТ переважали хворі на гострий обструктивний бронхіт, більш ніж 50% з них перенесли гострі захворювання органів дихання більше 3-х разів на рік. У 28% дітей, хворих на

гостру бронхопневмонію, мали місце виражені ознаки ДСТ, обтяжений алергологічний анамнез був у 6 (7,3%) дітей. Вивчення адаптаційних можливостей виявило стан хронічного стресу у дітей контрольної групи, а у дітей з проявами ДСТ превалювали реакції активації і тренування низьких рівнів реактивності з різко вираженими елементами напруженості як неспецифічної основи патологічного процесу, що вимагає подальшого вивчення.

УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ІНТЕРНІВ НА ЦИКЛАХ ПЕДІАТРІЇ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ ЗА ФАХОМ «ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»

Т.В. МАРУШКО, В.В. КОРНЕВА, Н.П. ГЛЯДЕЛОВА,
В.В. КОЗАЧУК, Л.В. КУРИЛО, І.Б. ОРЛЮК, Н.К. УНІЧ

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

Під час навчання в інтернатурі за фахом «Загальна практика–сімейна медицина» основним завданням є удосконалення професійних навичок. Головним інструментом в досягненні такої мети є самостійна робота. Досвід роботи кафедри педіатрії № 2 НМАПО з інтернами дозволяє рекомендувати певні види самостійної роботи в інтернатурі, які підвищують мотивацію до навчання та знань.

Так, крім традиційної роботи з хворими, цікавою є робота з «банком» архівних історій хвороб або іншої медичної документації у разі нешироко розповсюдженої патології. Такі «банки» повинні бути як на кафедрах, так і у керівників базового навчання.

Рекомендується також проведення порівняльного аналізу медичної документації дітей. Дана робота підвищить не тільки рівень знань у інтернів, але й розкриє можливості дослідницької роботи. Прикладом такого виду навчання може бути проведення порівняльного аналізу розвитку дітей, які під час перебування у пологових будинках велись за сучасними перинатальними технологіями догляду («шкіра до шкіри» матері та дитини, ранній початок грудного вигодовування та ін.) порівняно з більш консервативними підходами.

Доцільним є самостійне засвоєння в інтернатурі навичок з складання плану ведення хворого в амбулаторно-поліклінічних умовах, враховуючи стандарти обстеження та протоколи лікування хворих. Приклад: складання плану ведення хворого з аномаліями конституції в умовах поліклініки; амбулаторного ведення недоношених дітей з порушенням фосфорно-кальцієвого обміну, залізодефіцитними станами та ін. Важливою є самостійна робота

з оволодіння сучасними медичними технологіями: засвоєння методики проведення та оцінки скринінгу на ФКУ, гіпотироз у новонароджених та ін. Так, наприклад, можлива реферативна робота на тему: «Найбільш типові лабораторні та інструментальні методи дослідження, які можуть бути використані сімейним лікарем, при підозрі на вади розвитку у новонароджених та дітей раннього віку». Актуальною є робота в кабінетах функціональної та променевої діагностики з архівними ЕКГ, ЕЕГ, рентгенограмами, УЗ-діагностикою і ехограмами та ін.

З ряду розділів педіатрії, а саме – харчування дітей раннього віку, невідкладні стани в педіатрії доцільним є вирішення конкретних ситуаційних завдань. 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 5 років дав позитивні результати, дозволив підвищити мотивацію знань та вмінь у інтернів. Удосконаленню або оволодінню практичними навичками, алгоритмом дій в ургентних педіатричних ситуаціях може допомогти робота на муляжах та перегляд тематичних навчальних фільмів. Така самостійна робота покращує мотивацію як до навчального процесу, так і до всебічного оволодіння професійною майстерністю. Важливим є використання сучасних технологічних методик (дистанційного навчання, використання інтернет-ресурсів).

Наведені форми самостійної роботи дозволять оптимізувати навчання на циклах спеціалізації (інтернатурі) за фахом «Загальна практика–сімейна медицина» та підвищать якість підготовки молодих фахівців.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ З ВЕГЕТО-СУДИННИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ ЗА ГІПОТЕНЗИВНИМ ТИПОМ НА ПІДСТАВІ ДАНИХ МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ ЗА ХОЛТЕРОМ

Ю.В. МАРУШКО, Т.В. ГИЦАК, О.В. ЛИСОВЕЦЬ,
Т.В. МОШКІНА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
ДКЛ № 5, м. Київ

Одне з провідних місць в структурі серцево-судинних захворювань у дітей займають вегетосудинні дисфункції (ВСД), поширеність яких серед дітей, згідно з даними літератури, складає 32–50. Більш ніж у половини дітей ВСД перебігає із зниженням артеріального.

Метою роботи було вивчення особливостей вегетативного гомеостазу у дітей з ВСД за гіпотензивним типом на підставі даних моніторингу ЕКГ за Холтером.

Обстежено 58 дітей віком 9–16 років, які проходили лікування в ДКЛ № 5 м. Києва. У 28 з них було діагностовано ВСД за гіпотензивним типом. Контрольну групу склали 20 дітей із нормальними показниками артеріального тиску (АТ) і відсутністю ознак вегетативної дисфункції.

Моніторинг ЕКГ здійснювали протягом 24 годин у стаціонарі за стандартною методикою з використанням кардіомонітора Lifecard CF (Великобританія).

При обстеженні 28 дітей основної групи у всіх було виявлено скарги на підвищену стомлюваність та слабкість. Головний біль спостерігався у 20 (71,4%) дітей, головокружіння та відчуття нестачі повітря – у 11 (39,3%) пацієнтів. На кардіалгії та перебої в роботі серця скаржились 9 (32,1%) дітей, 4 (14,3%) хворих відмічали підвищену пітливість. Другу групу скарг склали абдомінальний біль різної локалізації та диспепсичні явища, які спостерігались у 14 (50%) та 13 (46,4%) дітей відповідно. В анамнезі у 5 (17,9%) пацієнтів були синкопальні стани.

У 14,3% дітей основної групи при аналізі даних моніторингу ЕКГ за Холтером було виявлено посилення циркадного профілю (ЦІ більше 1,44). Зниження циркадного індексу менш 1,24 спостерігалось у 7,1% дітей.

У 64,3% дітей протягом добового моніторингу реєструвалися суправентрикулярні екстрасистоли (ЕС), частота яких не перевищувала 100 протягом доби. У 28,6% пацієнтів основної групи відмічалися шлуночкові ЕС першого класу за градацією Lown-Wolff (менше 30 ЕС за годину). У 21,4% дітей протягом доби було зареєстровано паузи ритму більше 1500 мс (максимальне значення 1756 мс) переважно в нічний період. У 35,7% дітей виявлено ознаки міграції джерела автоматизму.

У дітей з гіпотензією спостерігалася тенденція до зниження середніх значень показників SDNN, SDANNi, SDNNi, RMSSD, PNN50 у всіх вікових групах (більш окреслено у дітей 13–16 років). Так, наприклад, у дівчат 13–16 років показник PNN50, що характеризує вплив парасимпатичної нервової системи на регуляцію серцевого ритму, складав $18,98 \pm 2,02\%$, що було майже вдвічі менше порівняно зі значеннями в контрольній групі ($35,7 \pm 5,3\%$). Загалом, він виявився нижчим за норму у 78,6% дітей основної групи. У хлопчиків 13–16 років найбільш суттєво визначалося зниження показників SDNN, SDANNi, SDNNi ($p < 0,05$). Нормальними показники ВРС були переважно у дітей до 11-річного віку.

Таким чином, в результаті досліджень було виявлено, що у дітей з ВСД за гіпотонічним типом, особливо в пубертатному віці, спостерігається загальне зниження варіабельності ритму серця і домінування впливу на серцевий ритм симпатичної нервової системи.

ПРОБЛЕМА ПАСИВНОГО ТЮТЮНОПАЛІННЯ ШКОЛЯРІВ

Ю.В. МАРУШКО, О.Л. ТАРИНСЬКА, Т.І. ОЛЕФІР, Н.С. БОЙКО, І.Г. БОРДОВСЬКА

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

У дітей, котрі мешкають в сучасному мегаполісі, спостерігається перевищення біологічно допустимих рівнів в організмі токсичних металів, серед яких переважає накопичення кадмію. За даними літератури тютюновий дим містить високі концентрації кадмію, виходячи однієї сигарети збільшує надходження кадмію в організм на 0,1 мкг. При тютюнопалінні 70–80% тютюнового диму та його інгредієнтів виходить в середовище, яке оточує курильщика. Дим від тліючої сигарети є більш токсичним, ніж дим, що видихає сам курильщик. Токсичність тютюнового диму значно вища токсичності забруднень повітря від промислових підприємств і транспорту та діє в мікросередовищі, в будинках, закритих приміщеннях, тобто в безпосередній близькості до дітей, які самі не палять, проте є пасивними курцями.

Мета роботи – визначення ролі пасивного тютюнопаління в накопиченні токсичних мікроелементів в організмі дитини для розробки профілактичних заходів.

Обстежено 282 школярі однієї з київських шкіл віком 11–14 років на предмет тютюнопаління оточуючих їх близьких людей, що безпосередньо проживають разом з ними вдома. Самі школярі заперечували активне тютюнопаління, їх батьки також позиціонували своїх дітей як таких, що не палять. Проте в безпосередньому оточенні у 61% школярів встановлено найближчих рідних, котрі палять. Так, батько палив в родині 71,5% дітей, мати – в 16,8%, дід або баба – в 18,6%, брат або сестра – в 11,6%, дядько або тітка – в 33,14% школярів.

Встановлено, що в родині разом з дитиною проживали: по одному курцю – у 62,8% дітей, по два курці – у 26,2%, по три – у 8,1%, по 4 – у 2,9% дітей. В середньому на одну дитину припадало в їх безпосередньому оточенні по 1,5 курця.

За результатами дослідження біометалів у волоссі 282 школярів рентгенофлуоресцентним методом встановлено, що перевищення біологічно допустимої межі кадмію має місце у 95 (33,7%) дітей. В їх безпосередньому оточенні в 1,5 разу частіше зустрічалися рідні, які палять.

Таким чином, пасивне паління може бути однією з причин надходження кадмію в організм дитини і розвитку інтоксикації кадмієм. Кадмій відносять до імунотоксичних елементів, при хронічному кадміозі уражаються сечостатева, бронхолегенева система, розвивається анемія, зв'язана зі зниженням всмоктування заліза в кишечнику і лізісом еритроцитів, підви-

щується артеріальний тиск. При визначенні вмісту нікелю встановлено перевищення його вмісту в волоссі 67 (23,8%) обстежених школярів, до того в 1,5 рази частіше в родинях, де палили оточуючі дитину рідні. Всього перевищення біологічно допустимої межі токсичних металів у волоссі мали 132 (46,8%) дитини. Одночасно у цих дітей мало місце зниження есенціальних елементів – заліза, марганцю, хрому, міді, цинку.

Отже, при реалізації програм оздоровлення дитячого населення необхідно враховувати роль пасивного тютюнопаління в накопиченні токсичних елементів в організмі дитини. Це вимагає поліпшення профілактичної роботи в родинях для створення навколо дитини сприятливого мікросередовища. Слід належним чином мотивувати як активних, так і пасивних курців, на захист себе та своїх близьких від тютюнової інтоксикації.

ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ТЕЛЕКОНФЕРЕНЦІЙ У ЛЬВІВСЬКІЙ МІСЬКІЙ ДИТЯЧІЙ КЛІНІЧНІЙ ЛІКАРНІ

Т.З. МАРЧЕНКО, Д.І. КВІТ, Ю.С. КОРЖИНСЬКИЙ,
О.О. СЕМЕНЮК, Я.В. ТОМКІВ, Л.П. САКАЛОШ

Львівський Національний медичний університет ім. Данила Галицького. Міська дитяча клінічна лікарня, м. Львів

Дистанційне, безперервне навчання лікарів на післядипломному етапі є одним із підрозділів телемедицини. Згідно з наказом МОЗ України № 484 від 07.07.2009 «Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах» при обрахуванні кількості балів відповідно до шкали значень різних видів діяльності лікарів у період між передатестаційними циклами враховується участь лікарів у науково-практичних конференціях. З метою підвищення рівня і проведення конференцій та залучення до висвітлення окремих фахових питань авторитетних спеціалістів з України і з-за кордону використовуються телекомунікаційні зв'язки – телемости. Для цього застосовується захищений високошвидкісний канал зв'язку безпосередньо із актового залу на 225 місць Львівської міської дитячої клінічної лікарні, створення якого вимагало значних витрат на технічний компонент. Завдяки додатковим пристроям і спеціальному програмному забезпеченню здійснюється двосторонній «онлайн» зв'язок із реалізацією звуку через професійну звукову апаратуру та одночасною візуалізацією на екрані слухачів, доповідача з іншого міста чи країни і його мультимедійної презентації. Це може бути здійснено в довільному для доповідача форматі: або кутове (на 1/6 частину екрану) зображення доповідача, слухачів, а на решту частину видимого зображення

– мультимедійної презентації доповіді. Може бути навпаки: зображення доповідача на великому екрані, а в кутових секторах – його презентація і слухачі. Останній варіант ми використовуємо, коли доповідач дистанційно відповідає на поставлені запитання із нашого актового залу. Такі технічні умови повинні бути і у партнерів з проведення телеконференції через телеміст. За рік у Львівській міській дитячій клінічній лікарні було проведено 3 телемости: перший – в рамках конференції з питань диференціальної діагностики захворювань підшлункової залози у дітей із Українським інститутом клінічної генетики (із м. Харків, член-кор. НАМН України проф. О.Я. Гречаніною та її 4-ма співробітниками); другою була телеконференція із Одеським державним медуніверситетом (член-кор. НАМН України проф. М.Л. Аряєвим) з питань психосоматичних аспектів дитячої гастроентерології. Третій телеміст був міжнародним – із Російською педіатричною медичною академією (м. Санкт-Петербург), кафедрою дитячої гастроентерології факультету підвищення кваліфікації і післядипломної освіти, яку очолює голова асоціації дитячих гастроентерологів проф. О.О. Корнієнко. Лікарі прослухали півторагодинну лекцію проф. О.О. Корнієнко з актуальних питань дитячої гастроентерології, яка супроводжувалася високоінформативною мультимедійною презентацією. На свої численні запитання лікарі Львівщини та гості із Закарпаття і Тернопільщини отримали від проф. О.О. Корнієнко вичерпні відповіді в режимі «он-лайн». Фінансові обмеження для відрядження лікарів на конференції, особливо за кордон, зумовлюють необхідність ширшого впровадження телеконференцій як зручного і високоінформативного методу підвищення кваліфікації лікарів.

ІНФІКУВАННЯ ДІТЕЙ МІКОБАКТЕРІЯМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УМОВАХ ЕПІДЕМІЇ

В.П. МЕЛЬНИК, Л.В. СТАДНИК, Л.В. КРАСІКОВА,
Ю.В. ОСТАПЕНКО

Київський медичний університет УАНМ.
Туберкульозна лікарня № 1 з диспансерним відділенням
м. Києва

В Україні до сьогодні зберігається стан епідемії туберкульозу. Кожну годину в Україні діагностується нових 4 хворих і 1 хворий помирає.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, країна вважається благополучною щодо туберкульозу, якщо інфіковано мікобактеріями туберкульозу (МБТ) не більше 1% її населення віком від 1 до 14 років, а щорічний приріст цього показника становить 0,1%.

За статистичними даними щороку в Україні інфікується МБТ 200 тис. дітей. Інфікування

МБТ дітей віком від 1 до 14 років становить від 5 до 30%. Цей показник щорічно збільшується приблизно на 2,5%. Крім того, з кожним роком зростає кількість дітей, з різних причин не вакцинованих і не ревакцинованих проти туберкульозу.

У дорослої людини, інфікованої МБТ, ризик розвитку захворювання складає 0,4%, а у дітей віком від одного до чотирьох років – 23%, у малечі віком до одного року – 40%. Непокоїть фтизіопедіатрів постійне зменшення охоплення туберкуліновим тестом Манту дітей відповідного віку. Так, в 2007 році воно становило 95,9%, в 2008 році – 78,5%, а в 2009 році – лише 19,6% від планованих.

Залишається високим показник ризику первинного інфікування (РПІ) мікобактеріями туберкульозу у дітей. Прикладом цього може бути лівобережжя м. Києва, де розраховувався цей показник. Динамічне спостереження за туберкуліновою чутливістю здійснено у 126258 дітей віком від 1 до 14 років у 2006–2009 роках у трьох районах (Деснянському, Дарницькому та Дніпровському) лівого берега м. Києва.

Ризик первинного інфікування розраховували за формулою:

$$\text{РПІ} = \frac{\text{число дітей з віражем чутливості до туберкуліну}}{\text{число обстежених дітей методом туберкулінодіагностики}} \times 100\%$$

Отримані результати показали, що ризик первинного інфікування в 2007 році зріс відносно 2006 р. на 11,3%, в 2008 році на 17% порівняно з 2007 роком, а в 2009 році в 2,1 разу (210%) порівняно з 2008 роком.

Таким чином, постійне зростання ризику первинного інфікування МБТ дітей на фоні стабілізації туберкульозу у дорослих підтверджує невиявлені джерела туберкульозної інфекції серед дорослих та незадовільно характеризує інфекційний контроль за хворими бактеріовідлюдячами.

ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В УМОВАХ ВІДДІЛЕННЯ ПАТОЛОГІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Т.І. МИЗГІНА*, Г.М. ТРАВЕРСЕ*, Л.В. КРИКОТЕНКО**, О.А. ЩЕРБАНЬ**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

**Дитяча міська клінічна лікарня, м. Полтава

Перинатальне ураження нервової системи є одним з частих захворювань в дитячому віці, яке не тільки становить значну проблему в неонатальному періоді, але й може призводити до

інвалідизації в подальшому. З джерел літератури відомо, що в Україні упродовж останніх років має місце тенденція до зростання показника поширеності захворювань нервової системи та підвищення показника дитячої інвалідності, обумовлених неврологічною патологією.

За нашими даними рівень захворюваності на патологію нервової системи дитячого населення в Полтавській області становив від 15,6 на 10 тис. дитячого населення в 2006 р. до 17,9 в 2009 р, з них синдроми відновного періоду перинатальних уражень нервової системи діагностувалися в 11,9 та 14,9% випадків відповідно. З наведених даних випливає, що значна частка захворюваності припадає на перинатальні ураження нервової системи. Виходячи з вищевикладеного дуже важливою є рання реабілітація новонароджених.

Відділення патології новонароджених дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави здійснює прийом дітей з міського пологового будинку, відділень перинатальної та екстрагенітальної патології обласної клінічної лікарні та пологових відділень районних лікарень. Упродовж 2007–2009 рр. на лікуванні у відділенні перебувало 1437 пацієнтів, в тому числі 17,5%, які народилися від передчасних пологів. Частка дітей з дуже малою та екстремально малою масою тіла становила 30,9%. Патологія нервової системи (46,2%) переважала в структурі захворюваності дітей. В якості супутньої патології ураження нервової системи було наявне у 98,3% пацієнтів. Переважна більшість дітей мала гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи (ГЦУ ЦНС) – 38,7%, значно рідше діагностувалися ураження периферичної нервової системи – 4,3%. Привертає увагу також достатньо високий відсоток природжених вад розвитку нервової системи – 3,9%. Все це спонукало нас до більш активного впровадження різних методик ранньої реабілітації пацієнтів з ураженням нервової системи.

Реабілітаційні заходи проводяться безпосередньо після госпіталізації дитини та уточнення характеру ураження за допомогою нейросонографії, комп'ютерної томографії, електроміографії, офтальмоскопії. Діти з ГЦУ ЦНС отримують гліатилін, цитиколін, поліпептиди. Пацієнтам з ураженням периферичної нервової системи призначаються цитидинмонофосфат, холіноміметики, ін'єкційні форми вітамінів групи В, мезотерапія. Значна увага приділяється нефармацевтичним реабілітаційним заходам: застосовуються коригуючі укладки, голкорекфлексотерапія, масаж (загальний, сегментарний, точковий), вправи з м'ячем, фізіотерапевтичні заходи тощо. До цих процедур заохочуються також матері хворих дітей: проводяться індивідуальні заняття з матерями щодо особливостей догляду, виконання вправ, точкового масажу. Ці заходи дозволили упродовж останніх років оптимізувати лікувальний процес та знизити тривалість

перебування дітей з ураженнями нервової системи в стаціонарі з 18,1 до 16,4 ліжко-дня. Незважаючи на збільшення кількості дітей з масою тіла до 1200 г при народженні, спостерігається тенденція до зниження в них у ранньому віці частоти паретичних уражень нервової системи, порушення слуху та зору.

ПОРУШЕННЯ СНУ У ПІДЛІТКІВ З НАСЛІДКАМИ ОРГАНІЧНИХ УРАЖЕНЬ ЦНС

Д.А. МІТЕЛЬОВ

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

Сон є однією з найважливіших фізіологічних функцій організму, що забезпечує відновлення фізичної працездатності, психічної адаптації, сприяє переробці та збереженню інформації, упорядкуванню міжнейрональних взаємодій, має суттєве значення для процесів метаболізму. Про важливість вивчення природи сну та його порушень свідчить існування великих сомнологічних центрів та організацій (Американська асоціація сну, Російське та Європейське суспільства сомнологів та ін.). Але більшість сучасних досліджень присвячена проблемам розладів сну та розробці нових методів лікування переважно у дорослих. Складність їх вивчення зумовлена віковими особливостями, низькою кількістю звернень до лікарів з цього приводу, обмеженими фармакологічними засобами корекції, які можна застосовувати у підлітковому віці.

Під час комплексного медико-психологічного обстеження 146 підлітків з наслідками органічних уражень ЦНС (переважно перинатального, травматичного та інфекційного генезу) було виявлено вторинні порушення сну у вигляді дисомнії (порушення засинання та підтримання сну) відповідно до розділу G 47.0 «Розлади сну» МКХ-10. Дисомнія реєструвалась у 25,6% пацієнтів з резидуальною патологією нервової системи. Порушення сну характеризувалось короткочасними (1–3 тижні) та хронічними (більш 3 тижнів) прета інтрасомнічними розладами, які призводили до змін кількісних та якісних характеристик нормального нічного сну. Основними скаргами пацієнтів були труднощі засинання, боязливий «не заснути», неспокійний, поверхневий сон з частими пробудженнями. В окремих випадках відмічались сноходіння, сномовлення, бруксизм, енурез, надмірна рухливість під час сну.

Характерною особливістю у 16,5% підлітків була значна питома вага роботи (гри) за комп'ютером у вечірні та нічні години, яка навіть за клінічно не визначеного синдрому комп'ютерної залежності призводила до скорочення загальної тривалості нічного сну, порушення нормальної циклу «сон-пильнування», що негативно позначалось на емоційному стані підлітка, знижувало

розумову та фізичну працездатність та могло стати предиктором розвитку невротичних розладів.

Для корекції дисомній (на тлі застосування ноотропів, судинних та вегетостабілізуючих препаратів, вітамінів) підлітки та їх батьки навчались принципам здорового сну – розрахунок тривалості сну 8–9 годин, причому частина його обов'язково повинна відбуватися до опівночі, виключення за 2–3 години до сну перегляду гостросюжетних фільмів, комп'ютерних ігор, вживання тонізуючих напоїв, створення оптимальних умов для сну – відсутність джерел світла та звуку, провітрювання кімнати, температурний режим, матрац та подушка з ортопедичними властивостями, необхідність психологічного настрою на сон. Для домашнього використання пропонувалася музикотерапія (повільні мелодії зі звуками моря та лісу) та ароматерапія (ефірні олії з заспокійливою та релаксуючою дією). Також перед сном рекомендувалися седативні фітоточаї, прийом препаратів на рослинній основі (седавіт, фітосед, флорисед, ногта, нервохель).

Запропоновані заходи дозволили в більшості випадків відновити фізіологічний нічний сон, поліпшити загальний стан хворих, зменшити денну втомлюваність, дратівливість, підвищити працездатність та позитивно вплинули на перебіг основного захворювання без додаткового фармакологічного навантаження.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У ДІТЕЙ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

І.О. МІТЮРЯЄВА, Н.М. КУХТА, І.О. АФНАСЬЄВА,
С.О. КОВАЛЬОВ

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

Метою роботи було вивчення показників гемодинаміки та стану функціонування головного мозку у дітей з пароксизмальною вегетативною недостатністю залежно від ступеня вираженості порушень шийного відділу хребта.

Під спостереженням знаходились 44 дитини віком від 7 до 17 років з діагнозом: вегетативна дисфункція. Пароксизмальна вегетативна недостатність.

За даними рентгенологічного дослідження шийного відділу хребта з функціональними пробами нами виявлено наступні порушення: у 22 (50,0%) дітей – рентгенологічні ознаки хондрозу дисків, у 13 (29,5%) – нестабільність дисків шийного відділу хребта, у 6 (13,6%) – спондилостез, у 2 (4,5%) – остеофіти задніх відділів хребців, у 3 (6,8%) – грижі міжхребцевих дисків, у 3 (6,8%) – сколіоз шийного відділу хребта, у 1 (2,3%) – явища унковертебрального артрозу, у 1 (2,3%) – підвивих атланта-аксіаль-

ного суглоба справа. При цьому, у 38,6% дітей за даними денситометрії виявлено ознаки остеопенії, у 61,4% – остеопорозу.

Ретельний аналіз клінічних даних захворювання свідчить, що у всіх хворих основним клінічним синдромом був церебростенічний, у вигляді таких проявів, як запаморочення, знепритомнення, нападopodobний головний біль та ін. Слід відмітити, що у 38,6% дітей стан супроводжувався ваго-інсулярними, у 18,2% – симпат-адреналовими кризами, у 43,2% – синкопальні стани мали змішаний характер.

Аналізуючи показники доплерівського дослідження судин голови та ший виявлено, що у 59,1% дітей відмічались прояви ангіодистонії, у 18,2% – ангіоспазм з явищами венозної дисциркуляції, у 13,6% – вогнища доплерівського мігренозного патерну та інтракраніальне тотальне підвищення швидкості кровоплину, у 2 дітей встановлено природжену гіпоплазію лівої хребтової артерії без порушення мозкового кровоплину, у 1 дитини – тотальний стабільний ангіоспазм 1-2 ступенів, у 1 – гіпертонус середньої та передньої мозкових артерій, у 1 – помірне збільшення діаметра середньої мозкової артерії.

В результаті проведеної електроенцефалографії помірна дифузна дезорганізація біоритмів визначалась у 52,9% хворих, помірне зниження рівня біоелектричної активності мозку – у 52,9% пацієнтів, іригація серединних структур мозку – у 41,2% дітей. Ознак діенцефальної дисфункції, підвищення судомної готовності, пароксизмальної активності мозку та фокальних кіркових патологій при проведенні електроенцефалографії не відмічалось. У 5,9% при проведенні ехоенцефалографії виявлено пульсацію та зниження М-ехо сигналів.

Таким чином, проведені дослідження свідчать, що діти з пароксизмальною вегетативною недостатністю мають виражені гемодинамічні порушення з боку судин голови та ший, помірні зміни функціонування головного мозку, які взаємопов'язані зі ступенем змін шийного відділу хребта, виявлених на фоні остеопенії або остеопорозу. Отже, такі хворі потребують проходження необхідних досліджень з визначенням особливостей порушень шийного відділу хребта з наступним призначенням адекватних засобів коригуючої терапії.

ЗНАЧЕННЯ АНТИСТРЕСОВОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ ФОРМ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ

I.O. МІТЮРЯЄВА, М.Б. МОЙСІЄНКО

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

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності антистресової терапії заспокійли-

вими, снодійними, анксиолітичними засобами в комплексному лікуванні дітей з різними клінічними формами вегетативних дисфункцій (ВД).

Під спостереженням знаходилося 90 дітей з ВД: 60 дітей основної групи отримували антистресову терапію в комплексному лікуванні та 30 дітей групи контролю отримували стандартну терапію (вітаміни групи В, ноотропи, судинні препарати). Клінічні форми захворювання розподілялись таким чином: ПВН складало 14 дітей основної групи та 7 групи порівняння, ВСД за змішаним та гіпертензивним типом діагностовано у 44 хворих основної групи та 23 – групи контролю. Співвідношення хлопчиків та дівчаток складало 2:1 в обох групах. Обстеження пацієнтів проводили перед початком лікування, на 15-й день та по закінченню курсу (на 30-й день лікування).

Одержані дані свідчили про позитивну динаміку самопочуття та клінічного стану хворих в основній групі. Так, вже на 15-й день лікування зменшилась частота скарг на головний біль в основній та контрольній групах – в 5 та 1,3 рази відповідно, слабкість – в 6 та 3 рази відповідно, роздратованість – в 12 та 3 рази відповідно. Після 4-тижневого курсу комплексного лікування з седативними препаратами зберігалась позитивна динаміка щодо скарг церебростенічного характеру, а також було виявлено високу ефективність за показниками порушень з боку серцевої діяльності (зменшення в 4,9 рази).

За допомогою даних ЕКГ та Холтер-ЕКГ було встановлено, що у дітей основної групи порівняно з контрольною в результаті лікування спостерігалось зниження частоти виявлення порушень внутрішньощлуночкової провідності (10,0 проти 16,7%), випадків міграції водія ритму (6,7 проти 10,0%) та наявності суправентрикулярних екстрасистол (3,3 проти 6,7%). В ході проведення доплерографії судин голови та ший було виявлено, що в результаті комплексної терапії з комбінованим снодійним та заспокійливим фітопрепаратом Трипсидан зменшується швидкість кровоплину в загальній (V_{max} – на 29,03%, V_{min} – на 31,58%, V_{mean} – на 29,35%), зовнішній та внутрішній артеріях. Це зменшення майже на 1/3 свідчить про судинорозширюючий, спазмолітичний ефект Трипсидану в комплексній терапії лікування ВД та загалом сприяє нормалізації циркуляції крові. А зменшення показника ТІМсер (до лікування 0,625±0,03, після лікування 0,562±0,3) свідчить, що комплексне лікування з Трипсиданом поліпшує структурно-функціональні показники стінки судин та сприяє нормалізації АТ.

Психоемоційний статус дітей в ході дослідження вивчали за допомогою методики САН, яка дозволяє оперативно оцінити показники самопочуття, активність, настрій. Отримані дані показали, що в групі дітей, які приймали гомеопатичний препарат Тенотен, що має анксиолітичні та ноотропні властивості, спостерігалась

в основній групі не тільки значно швидша позитивна динаміка основних клінічних симптомів, але й психологічних показників. Крім того, нормалізуючи настрій, препарат впливає на нервову ланку підвищення АТ і, таким чином, опосередковано нормалізує його.

Таким чином, результати дослідження показали, що в групі дітей, які приймали фітотерапевтичні та гомеопатичні антистресові засоби в комплексній терапії ВД, спостерігалась нормалізація циркуляції крові, судино-, кардіопротекторний ефект, швидка позитивна динаміка проявів церебростенічного синдрому, психоемоційного стану. Це доводить, що антистресова терапія є необхідною в схемі лікування різних форм ВД у дітей.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ПЕДІАТРІЯ»

І.О. МІТЮРЯЄВА, Г.В. САЛТИКОВА

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

Протягом останніх трьох років на кафедрі педіатрії № 4 НМУ проводиться аналіз рівня теоретичної підготовки лікарів-інтернів з визначенням недоліків реалізації дворічного типового навчального плану за спеціальністю «Педіатрія».

Основною метою інтернатури є підвищення рівня професійної готовності лікарів-інтернів для їх самостійної роботи в якості спеціаліста-педіатра.

Анкетування та тестування інтернів наприкінці другого року навчання дозволило виявити маловивчені медичні розділи, яким приділялась незначна кількість годин навчання. Принаймні, лікарі-інтерни продемонстрували найнижчий рівень знань з таких важливих питань складання схем лікування, як побічна дія ліків, їх взаємодія, оптимальний підбір необхідних заходів терапії, вікові особливості призначення препаратів часто залишаються за межами семінарських занять. Так, як основні розділи клінічної педіатрії (дитяча пульмонологія, гастроентерологія, кардіологія, нефрологія) згідно з типовим навчальним планом не приділяють часу вивченню протоколів та стандартів лікування відповідних захворювань. Крім того, в останні роки в педіатричну практику активно впроваджуються фітотерапевтичні, гомеопатичні, антигомотоксичні та інші подібні препарати. На жаль, принципи призначення натуропатичних засобів в державних медичних навчальних закладах майже не викладаються, і ці питання залишаються відкритими для лікарів-інтернів.

В сучасних умовах широкого асортименту та вибору продукції дитячого та лікувального харчування лікарі-інтерни не мають достатньої

підготовки, оскільки розділ харчування здорових і хворих дітей фактично повторює курс вивчення пропедевтичної педіатрії. Детальне вивчення основ дієтотерапії залишається недостатнім.

Вивчення базових знань використання різноманітних методів фізіотерапевтичного лікування в педіатрії також мало висвітлюється для інтернів згідно з навчальним планом.

У процесі аналізу викладання теоретичного курсу для інтернів виявлено низький рівень знань за розділами: клінічної імунології (36 годин згідно з типовим планом) та алергології (24 год), нейрохірургії, урології, дитячої дерматології, дитячої психіатрії (з останніх дисциплін відсутні години навчання) та ін. Як правило, організація занять на суміжних кафедрах (медична генетика, дитяча неврологія, дитяча хірургія, дитяча отоларингологія, дитяча гінекологія, радіологія, трансплантологія), які заплановані на другому році навчання згідно з індивідуальними планами, реально утруднюється і майже зовсім не здійснюється.

Вдосконалення знань з питань інтерпретації результатів сучасних лабораторних, інструментальних та функціональних методів діагностики залишається для лікарів-інтернів обмеженим (розділу функціональної та лабораторної діагностики в навчальному плані немає).

В той же час, занадто багато часу приділяється питанням організації педіатричної допомоги дітям (114 годин на 1-му році та 72 години на 2-му році навчання).

Загалом, лікарі-інтерни демонструють труднощі в диференціальній діагностиці, визначенні показань для консультацій вузьких спеціалістів, в аналізі інструментально-лабораторних досліджень, в призначенні адекватної терапії. Вважаємо, що для підвищення кваліфікації підготовки інтернів-педіатрів необхідна корекція навчального плану з урахуванням визначених проблемних медичних розділів та з підвищенням обсягу лекційних занять.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Е.А. МИХАЙЛОВА, Т.Ю. ПРОСКУРИНА, Д.А. МІТЕЛЬОВ,
Т.М. МАТКОВСЬКА, С.М. ЦИЛЮРИК

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

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.

Традиційні способи профілактики девіантної поведінки спрямовані переважно на клі-

нічні варіанти тільки окремих форм девіантної поведінки (комп'ютерної залежності), не розраховані на неклінічні варіанти всього реєстру девіацій поведінки в дитячо-підлітковій, не існує цільної інтегральної системи діагностики та багаторівневої психопрофілактики. Ці проблеми є актуальними для держави та мають як медичне, так і велике соціальне значення.

Запропоновано концепцію діагностики девіантної поведінки, яка включає експертну клініко-психопатологічну кваліфікацію нервово-психічних розладів і девіантної поведінки (клінічних та неклінічних варіантів згідно з класифікацією Б.Д. Менделевича) та експертну оцінку психологічних патернів девіантної поведінки (агресії як стану, як меж особистості, як темперамент, як реакцію, як аутоагресію, як гетероагресію та контроль агресії, рівня співвідношення «цінності» та «доступності» в різних життєвих сферах – мотивації та внутрішніх конфліктів, комп'ютерної залежності).

Під час комплексного медико-психологічного обстеження 533 дітей та підлітків шкільного віку визначено структуру девіантної поведінки, що представлена агресивною поведінкою (69,4%), аутоагресією (3,2%), характерологічними та патохарактерологічними реакціями (60,0%), надцінними психологічними захопленнями (32,2%) у вигляді ігрової, комп'ютерної залежності, фобічної поведінки, зловживання речовинами, що впливають на психічну діяльність (тютюнопаління – 18,7%, алкоголь – 13,1%), порушення харчової поведінки (3,7%), аномалій сексуальної поведінки (9,7%), комунікативних девіацій (15,7%), аморальної поведінки (12,6%). У 56,2% підлітків виявлено явища порушеної соціалізації, зумовлені девіантною поведінкою, що визначає векторність соціальної спрямованості шкільної медицини, психогігієни та психопрофілактики.

Отримані дані щодо структури та особливостей девіантної поведінки у дітей шкільного віку склали основу системи психопрофілактики девіантної поведінки, яка включає вирішення основних форм медичних і соціальних інтервенцій первинної та вторинної профілактики порушень поведінки та адаптації. Програми психопрофілактики повинні здійснюватися на:

- *макросоціальному* рівні з урахуванням матеріальних і соціальних ресурсів, що необхідні для їх реалізації; участю державних, громадських організацій, засобів масової інформації;
- *рівні найближчого оточення* підлітка;
- *рівні самого підлітка з девіантною поведінкою*, коли проводяться індивідуальні, групові та сімейні форми психосоціальних втручань.

СУЧАСНЕ РОЗУМІННЯ СУТНОСТІ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ

Н.В. МОВЛЯНОВА, І.Л. БАБІЙ

Одеський державний медичний університет

Основним завданням вищої медичної школи держави забезпечення практичної медицини висококваліфікованими медичними кадрами. Якість професійної підготовки студентів на шляху руху вищої освіти України євроінтеграційним шляхом є найважливішим показником ефективності учбового процесу. При цьому зростає роль самостійної роботи студентів (СРС), підвищення її відповідальності за результати учбової діяльності.

У даний час існують дві загальноприйняті форми СРС: аудиторна і позааудиторна. Позааудиторна СРС – це планована учбова, учбово-дослідна, науково-дослідна робота учнів, виконувана у позааудиторний час за завданням і при методичному керівництві викладача, але без його безпосередньої участі. В якості головної ознаки СРС розглядається не те, що той, що навчається, працює без допомоги викладача, а те, що кожна дія, виконувана студентом, ним усвідомлена і підлягає меті, поставленій перед собою.

Основне дидактичне значення СРС полягає в тому, щоб мотивувати тих, хто навчається, до освоєння учбових програм; підвищити їх відповідальність за своє навчання; створити умови для вдосконалення інформаційної компетентності; сприяти розвитку професійних і соціальних значущих компетенцій, а також формувати системне мислення на основі самостійної роботи над виконанням індивідуальних і групових творчих завдань.

Основними ознаками СРС, перш за все, є наявність пізнавального і практичного завдання, проблемного питання або завдання і особливого часу на їх виконання; прояв розумового напруження студентів для правильного і якнайкращого виконання тієї чи іншої дії; прояв свідомості, самостійності й активності студентів в процесі вирішення поставлених завдань; наявність результатів роботи, які відображають розуміння проблеми студентом.

На кафедрі пропедевтики педіатрії Одеського державного медичного університету одночасно проходять навчання студенти II і III курсів медичного факультету. Це висуває до викладачів в процесі навчання певні вимоги удосконалення методики практичних занять, учбово-дослідної і науково-дослідної роботи, організації виробничої практики, оскільки саме ці види учбової діяльності студентів готують їх до самостійного виконання професійних завдань. Викладачі кафедри володіють методами, що спонукають студентів до активної самостійної діяльності, організують процес участі в дискусії, встановлюють клімат співпраці між студентами при вирішен-

ні ситуативних завдань, освоєнні практичних навичок догляду за хворими дітьми. Для моделювання ситуацій на кафедрі є всі необхідні навчально-методичні матеріали. Учбові кімнати обладнані стендами надання медичної допомоги при різних захворюваннях дитячого віку. На кожному занятті проводяться клінічні розбори з виявленням причин, що призвели до виникнення ускладнень, обговорюються методи обстеження та догляду за пацієнтами. Студенти беруть участь в науково-дослідній діяльності з доповідями на засіданнях студентських наукових гуртків і науково-практичних конференціях, опановуючи при цьому методами самостійної роботи. На виробничій практиці студенти виконують учбово-дослідну роботу з актуальних питань пропедевтики педіатрії і за темами, що їх цікавлять.

Таким чином, СРС спрямована на формування клінічного мислення, професійних компетенцій, уміння роботи в команді, набуття навичок практичної діяльності для вивірення поставлених цілей, що є основою успішного оволодіння практичними навичками на старших курсах і, надалі – основою успішної самостійної лікарської діяльності.

ДО ПРОЕКТУ КОНЦЕПЦІЇ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ ТА РОЗБУДОВИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕННЯМИ ЖИТТЕДІЯЛЬНОСТІ

Р.О. МОЙСЕЄНКО, В.В. ЗАЛЕСЬКА, А.В. ТЕРЕЩЕНКО,
В.Ю. МАРТИНЮК

Міністерство охорони здоров'я України

Щорічні статистичні дані показують, що кількість дітей з обмеженнями життєдіяльності рік у рік залишається на досить високих цифрах. Незважаючи, на удосконалення діагностичної та методичної лікувальної бази, число дітей з обмеженнями життєдіяльності принципово не знижується.

Об'єктивно оцінюючи заходи, що проводяться з реабілітації дитячого населення в Україні, можна констатувати, що вони не існують як цілісна система. Усі структури, що беруть участь у реабілітаційних заходах, діють розрізнено.

В Україні не впроваджені біопсихосоціальна модель хвороби (ICIDH), Міжнародна класифікація функціонування, обмеження функцій та здоров'я (ICF) та соціальна модель інвалідності.

Метою Програми є формування єдиного реабілітаційного простору навколо дитини з обмеженнями життєдіяльності через інтеграцію медичної частини реабілітаційного процесу в інші види реабілітації, розвиток та координацію зусиль громадськості, реабілітаційних установ та закладів різної підпорядкованості та форми власності.

Основними заходами Програми є:

1. Удосконалення організаційної та управлінської структури системи комплексної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності;
2. Заходи з удосконалення системи медичної, соціально-психологічної та педагогічної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності;
3. Розвиток системи підготовки кадрів для комплексної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності;
4. Науково-методичне та інформаційне забезпечення системи комплексної реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності;
5. Фінансове та матеріально-технічне забезпечення Програми.

Шляхи і способи розв'язання проблеми – надання дітям з обмеженнями життєдіяльності комплексного характеру реабілітаційних послуг з відповідним медичним, соціально-психологічним та педагогічним компонентами.

Очікувані результати виконання програми:

- Виконання заходів державної програми реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності дозволить здійснити реабілітацію шляхом індивідуальних потреб у медичній, професійній, соціальній і психологічній реабілітації.
- Надання переліку стандартизованих реабілітаційних заходів дозволить вивчити додаткові потреби дітей з обмеженнями життєдіяльності, що дасть змогу задовольняти їх в повному обсязі шляхом створення доступного середовища життєдіяльності і розширення обсягу реабілітаційних заходів, технічних засобів і послуг з урахуванням їхніх індивідуальних потреб.
- Створення передумов формування механізмів використання різних джерел фінансування реабілітаційних заходів з урахуванням фінансування потреб конкретної дитини.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

С.А. МОКІЯ-СЕРБІНА¹, Н.В. МОЛОЧЕК², Т.В. ЛИТВИНОВА¹,
Н.В. ВАСИЛЕНКО¹, С.В. ЮРКОВА¹

¹Дніпропетровська державна медична академія.
²Медичний інститут УАНМ, м. Київ

Останнім часом часто реєструються випадки нераціонального використання імуномодуляторів (ІМ) як з профілактичною, так і з лікувальною метою. При цьому має місце як одночасне призначення препаратів з однакою механізмом дії, так і комбінації ІМ різних груп без урахування їх механізму дії. На практиці часто призначають ІМ у вигляді схем, що передбачають послідовне застосування різних ІМ.

Сьогодні серед препаратів з доведеною високою ефективністю в імунопрофілактиці ГРІ

провідне місце зайняли рибомуніл (Euromedex), який є рибосомальною вакциною, та комплексний гомеопатичний препарат інфлюцид (DHU, Німеччина). Слід зазначити, що клініко-імунологічна ефективність та безпечність цих препаратів для класичної профілактики гострих респіраторних інфекцій була доведена в роботах цілої низки авторів. Однак механізм їх впливу на НК-клітини, які становлять первинну лінію захисту від вірусів, є предметом наукових дискусій, що і визначило необхідність проведення даного дослідження.

В дослідження було включено 62 дитини. При цьому, до основної групи ввійшли діти (30), які отримували інфлюцид, до групи порівняння – 17 дітей, котрі отримували рибомуніл. Групу контролю склали 15 дітей, яким ІМ не призначали. Препарати приймали за загальноприйнятою схемою. Імунологічне моніторування проводили в динаміці – до призначення препаратів та через 1 і 3 місяці від початку лікування. Вивчали морфологічні ознаки великих грануловмісних лімфоцитів (ВГЛ), які є морфологічним гомологом НК-клітин (CD56⁻/CD16⁺).

Встановлено, що призначення інфлюциду в профілактичному режимі дозування сприяє зниженню функціональної активності НК-клітин, про що свідчить зменшення кількості гранул в цитоплазмі ВГЛ, збільшення відсоткового вмісту слабозабарвлених гранул та гранул з дрібною зернистістю. Виявлені морфологічні зміни лімфоцитів зберігались протягом наступних двох місяців після припинення прийому препарату. Між тим, на фоні лікування рибомунілом визначено підвищення функціональної активності НК-клітин: збільшився в ВГЛ відсотковий вміст азурофільних (інтенсивно забарвлених), з крупною однорідною зернистістю гранул, розташованих біля мембран лімфоцитів. Підвищення цитолітичної активності НК-клітин визначалось також протягом наступних двох місяців на фоні переривчастої терапії рибомунілом.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про різну імуномодельючу дію інфлюциду та рибомунілу та вказують на недоцільність їх комбінованого призначення. Проміжок між призначенням цих препаратів повинен складати не менше трьох місяців.

НЕРОВО-ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЮ АНЕМІЄЮ

С.О. МОКІЯ-СЕРБІНА, Н.В. ВАСИЛЕНКО, С.В. ЮРКОВА

Дніпропетровська державна медична академія

Залізодефіцитні стани залишаються важливою проблемою охорони здоров'я у всьому світі у зв'язку з їх широкою розповсюдженістю, осо-

бливо серед дітей раннього віку, які складають групу високого ризику з розвитку дефіциту заліза. Актуальність проблеми залізодефіцитних станів виходить за межі анемії через те, що залізо є незамінним мікроелементом, що має велике значення для всіх живих організмів, бере участь в здійсненні основних функцій життєзабезпечення. Відомо, що дефіцит заліза системно впливає на життєво важливі функції організму, особливо в критичні періоди росту та розумового розвитку. У дітей раннього віку це проявляється затримкою нервово-психічного розвитку, у підлітків – порушенням когнітивних функцій, у дорослих – погіршенням якості життя.

Метою нашого дослідження була оцінка нервово-психічного розвитку дітей першого року життя з різним ступенем дефіциту заліза. До групи дослідження ввійшли 34 дитини першого року життя, які народились доношеними та не мали супутньої патології. У 5 дітей реєструвався латентний дефіцит заліза, анемію I ступ. мали 20 дітей, II ступ. – 9 дітей. Контрольну групу склали 17 здорових дітей першого року життя. Оцінку нервово-психічного розвитку дітей проводили щомісячно та оцінювали за Мюнхенською функціональною діагностикою розвитку.

Установлено залежність порушень нервово-психічного розвитку залежно від ступеня дефіциту заліза. Порушення нервово-психічного розвитку було виявлено не тільки у дітей з залізодефіцитною анемією, а й в групі дітей, котрі мали латентний дефіцит заліза. Так, у всіх дітей з латентним дефіцитом заліза виявлено затримку «віку хватання» на півмісяця від хронологічного віку. В групі дітей з ЗДА I ступ. тяжкості у 2 (10%) зареєстровано затримку віку «розвитку мови», та у 6 (30%) дітей – затримку розвитку віку «хватання», тоді як середу дітей з анемією II ступ. тяжкості 1 (11,1%) дитина мала затримку розвитку віку «хватання», 2 (22,2%) – затримку віку «розвитку мови» і 2 (22,2%) – затримку «віку перцепції» (перцепція – збірний термін, під яким в першу чергу розуміють чуттєве сприйняття, тобто здатність дитини до уяви та засвоєння). В контрольній групі у 1 (5,88%) дитини реєструвались відставання у віці «хватання» на 1 місяць від хронологічного віку.

Таким чином, проведені дослідження свідчать, що чим більш вираженим є дефіцит заліза в організмі дітей, тим значнішими є порушення нервово-психічного розвитку вже на першому році життя. Тому рання діагностика залізодефіциту та раціональна і своєчасна його корекція дозволить уникнути розладів нервово-психічного розвитку, порушень когнітивних функцій та погіршення якості життя населення.

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ СУЧАСНОЇ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ СТРАТЕГІЇ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

В. Ф. МОСКАЛЕНКО

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

В сучасних умовах глобалізації, мобільності, демографічних зрушень, збільшення тягаря хвороб, появи нових дороговартісних технологій та методів лікування перед системами охорони здоров'я надзвичайної актуальності набувають питання створення та реалізації нової концепції тотальної профілактики в охороні здоров'я з відходом від вузьковідомчого розуміння її як профілактики медичної та розглядом як соціальної профілактики в охороні здоров'я з широких державних міжвідомчих позицій.

Потреба в такому підході зумовлена величезними збитками держави і втратою людських ресурсів внаслідок захворювань, інвалідності і смертності, яким можна було б запобігти шляхом здійснення соціальних заходів державного характеру. Прикладом таких втрат є високі показники травматизму зі смертельними наслідками у вугільній промисловості внаслідок порушення техніки безпеки, неналежних умов праці, низького рівня контролю з боку санітарно-технічних і медичних служб, а також значні рівні дорожньо-транспортного травматизму, зумовлені недосконалим законодавством, недотриманням правил безпеки, поганою якістю дорожньої інфраструктури тощо, авіакатастрофи, викликані неналежним станом авіаційної техніки, прорахунками в роботі диспетчерських служб і т.п. Вказані причини і запізниті неадекватні дії щодо мінімізації їх наслідків призводять до трагедій, надзвичайних ситуацій, великих руйнувань і значного числа людських жертв.

Небезпечним для громадського здоров'я є низький рівень моральних засад суспільства, недотримання морально-етичних норм в роботі засобів масової інформації, громадських та державних структур. Про це свідчить демонстрація насилля і нездорової поведінки, широке рекламування алкогольних напоїв на телебаченні, у друкованих виданнях, засобах зовнішньої реклами, в т.ч. відомими популярними особистостями, що сприяє формуванню у молоді хибних ідеалів, викривленого уявлення про успішність, поширенню факторів ризику нездоров'я і прояву їх наслідків.

Надзвичайні ситуації, аварії техногенного і природного походження, асоціальні дії, що спричиняють негативні наслідки для здоров'я населення та економіки країн, піддаються попередженню та зменшенню їхньої шкоди в разі використання системи профілактичних соціальних заходів на державному, регіональному

та місцевому рівнях. Витрати на заходи з рятування людей, їх лікування, реабілітації, виплат по догляду, інвалідності, компенсації збитків та інші багаторазово перевищують витрати на соціальні профілактичні заходи щодо недопущення аварійних ситуацій, руйнувань, спалахів хвороб, асоціальних проявів, які призводять до негативних змін у громадському здоров'ї. Це підтверджує високу актуальність і потребу в обґрунтуванні і запровадженні соціальної профілактики в охороні здоров'я на системній державній основі.

Зважаючи на значущість профілактики, як найбільш ефективної перспективної стратегії збереження і зміцнення здоров'я, цей напрям повинен стати основоположним у розвитку національної системи охорони здоров'я, соціальної політики держави. Профілактичні стратегії мають здійснюватися на підставі комплексного інтегрованого підходу, охоплюючи наскрізно як вертикальні, так і горизонтальні напрями, базуватися на доказовості, результативності та економічній ефективності.

Горизонтальна спрямованість стратегії повинна охоплювати усі причетні до формування здоров'я населення сектори суспільства, включаючи промисловість, сільське господарство, транспорт, енергетику, будівництво, освіту, культуру, науку, релігію тощо. Вертикальний вектор спрямованості профілактичних заходів має передбачати їх реалізацію на рівні окремої людини, сім'ї, громади та суспільства в цілому.

Поєднання вертикальних і горизонтальних напрямів в реалізації профілактичних програм забезпечуватиме глобальну комплексну інтегровану міжсекторальну взаємодію на усіх рівнях і в усіх суспільних структурах, що дозволить ефективно запобігати негативним зрушенням в здоров'ї населення та подовжити його активне довголіття. Профілактичні стратегії мають реалізовуватися на усіх етапах розвитку, у різні вікові періоди, в усіх сферах буття, в процесі навчання, роботи, відпочинку, тобто мати тотальний характер.

Реалізація заходів глобальної комплексної інтегральної міжсекторальної системи профілактики вертикальної і горизонтальної спрямованості, від урядових структур до громад, сім'ї, кожної людини, на рівні всіх причетних секторів суспільства, дозволить суттєво скоротити поширеність факторів ризику серед населення, загроз для життя та здоров'я людей, реально зменшити їх вплив на здоров'я, поліпшити детермінанти та інтегральні показники здоров'я населення, підвищити якість життя і всебічно сприяти суспільному прогресу.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ В УКРАЇНІ

В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузева, Л.І. Галієнко

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
Київ

Світовим досвідом доведено, що грудне вигодовування є найбільш оптимальним природним харчуванням для новонародженої дитини, це найважливіша біологічна та емоційна основа розвитку немовляти, а також один із головних факторів зміцнення здоров'я матері. Висока біологічна цінність і унікальність материнського молока пояснюється оптимальною кількістю і співвідношенням білків, жирів, вуглеводів, вітамінів та мінеральних речовин, а також гормонів, імунних тіл, ферментів, антимікробних та біфідогенних факторів.

З метою підтримки грудного вигодовування дітей в Україні було здійснено низку організаційних заходів щодо охорони, сприяння і підтримки грудного вигодовування в рамках програм ВООЗ/ЮНІСЕФ, Національної програми «Діти України», «Програми підтримки грудного вигодовування дітей України» та ін., спрямованих на підвищення лактаційної здатності жінок та частоти охоплення малюків природним вигодовуванням. Завдяки реалізації зазначених заходів помітно збільшилась питома вага спільного перебування матерів і новонароджених у пологових будинках, запроваджено принципи грудного вигодовування ВООЗ/ЮНІСЕФ (годування дитини за потребою, раннє прикладання дитини до груді, вигодовування виключно материнським молоком до 4–6 міс.), досягнуто зниження рівня захворюваності і смертності дітей першого року життя, післяпологових ускладнень, поліпшення репродуктивного здоров'я жінок, проте суттєвих темпів розвитку цієї тенденції ще не досягнуто.

Встановлено, що успішність грудного вигодовування значною мірою залежить від соціально-демографічних, психологічних чинників, інформованості жінок з цих питань. Виявлено довшу тривалість грудного вигодовування у жінок віком понад 25 років (медіана – 12 міс), порівняно з жінками віком до 25 р. (9 міс); з вищою освітою (12 міс), проти решти жінок (9–9,5 міс); у жінок-державних службовців, осіб, зайнятих в галузі науки та культури; осіб, які годували попередню дитину 6 міс. та більше і мають більше 2-х дітей; у жінок, інформованих про переваги грудного вигодовування (9 міс), порівняно з жінками, які не володіють відповідною інформацією (1 міс). Тому просвіта матерів повинна стати пріоритетом державних та громадських програм, спрямованих на зміцнення здоров'я населення.

Подальша реалізація заходів, окреслених наказом МОЗ № 540 від 04.08.2006 р. «Про затвердження принципів підтримки грудного ви-

годовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини» відповідно до Закону України «Про охорону дитинства», Конвенції ООН про права дитини, Глобальної стратегії ВООЗ/ЮНІСЕФ щодо вигодовування немовлят та дітей раннього віку, Європейської стратегії ВООЗ «Здоров'я та розвиток дітей та підлітків», галузевої програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006 – 2010 рр.», сприятиме підтримці грудного вигодовування дітей в Україні.

ПОШИРЕНІСТЬ АЛКОГОЛЮ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

В.Ф. МОСКАЛЕНКО, Л.І. ГАЛІЄНКО, Т.С. ГРУЗЕВА,
Г.В. ІНШАКОВА

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

Сучасний стан споживання алкогольної продукції в Україні та її вплив на здоров'я характеризується поширенням цих негативних явищ у молодіжному середовищі. У рамках реалізації проекту ESPAD (Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин) в Україні (1995, 1999, 2003, 2007 рр.) встановлено, що більше 90% неповнолітніх мають досвід вживання алкоголю. Спостерігається омолодження алкогольної залежності. У 2002 р. захворюваність на гостру інтоксикацію від алкоголю було виявлено у 4901 підлітка (20-7,9 на 100 тис. підлітків) та 340 дітей (4,3 на 100 тис. дітей). Раннє залучення підростаючого покоління до алкоголю є несприятливим провісником стану проблеми в майбутньому. Вживання дітьми та молоддю алкоголю призводить до розладів психіки і поведінки, інтоксикації, захворювань.

У 2008 р. захворюваність дитячого населення України віком 0–17 років на хронічні алкогольні синдроми становила 0,6 на 100 тис. дитячого населення, їх поширеність – 0,7 на 100 тис. населення. За даними Українського інституту соціальних досліджень (УІСД), більшість підлітків уперше починає вживати алкогольні напої у віці 11–13 років (у дівчат перше знайомство відбувається з деяким відставанням від хлопців). Найчастіше знайомство зі спиртним починається з пива. З вином підлітки знайомляться у віці 11–14 років, а з міцними алкогольними напоями – у 13–15 років. Загалом найвагомішу роль у «знайомстві» підлітків зі спиртними напоями відіграють саме пиво та міцні алкогольні вироби, а не вина та інші слабоалкогольні напої. З віком зменшується кількість осіб, які протягом життя не вживали жодного разу алкогольні напої. Встановлено, що майже 3% хлопців та 1% дівчат фактично щоденно вживають

ті чи інші алкогольні напої. Основними мотивами вживання спиртного у підростаючого покоління наступні (УІСД): субкультуральний (краще проведення часу), особистісно-комунікаційний (радість, відкритість тощо), бажання підняти настрій (майже третина респондентів) і, нарешті, наркотичний (неможливість зупинитися). Причини, що спонукають дітей, підлітків та молодь до вживання алкогольних виробів різноманітні: допитливість (24–29% серед респондентів віком старше 12 років), приклад друзів (30–34% випадків), приклад батьків (для дітей віком 12–14 років), як засіб зняття напруження у стресових ситуаціях (кожен 4-й респондент у віці 15–20), для підтвердження своєї «дорослості».

Однією з головних причин зростання масштабів алкогольної проблеми залишається невиважена політика держави у сфері реклами алкогольних виробів. Результати досліджень з реклами доводять, що вона може як підсилити, так і послабити загальні тенденції у споживанні алкоголю. Вкрай негативно вона впливає на дітей та підлітків, оскільки вони сприймають рекламні повідомлення як заохочування до пиття. Якщо до недавнього часу рекламування спиртного формально було заборонено через електронні ЗМІ, то тепер воно йде безперервним потоком у вечірніх показах по телебаченню. Приблизно 20% зовнішньої реклами припадає на рекламування спиртних напоїв, реклама стає все більш нав'язливою та агресивною, чинить тиск на свідомість людей, перш за все підлітків та молоді, які відрізняються схильністю до ризику, експерименту тощо. Тому політика щодо скорочення споживання алкогольних виробів та зменшення пов'язаної з алкоголем шкоди для дитячого здоров'я повинна передбачати не лише відновлення державної монополії на торгівлю спиртними напоями, а й заборону реклами алкогольних виробів.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИРОДЖЕНОГО ГЕПАТИТУ У ДІТЕЙ

О.М. МУКВІЧ, Н.М. БАСАРАБА, Т.Л. МАРУШКО,
С.В. ДЮКАРЕВА, Н.Ю. БОНДАРЕНКО, Н.О. ГРЕГУЛЬ

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

В Україні, як і у всьому світі, відмічається тенденція до збільшення дифузних захворювань печінки, які є причиною інвалідизації та смертності людей різного віку. Значною мірою зростання кількості хворих на хронічні гепатити серед дорослих зумовлено вірусним ураженням печінки в дитячому віці.

Обстежено 46 дітей з періоду новонародженості до трьох років життя, які знаходилися на обстеженні та лікуванні у відділенні проблем

харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ДУ «Інституту педіатрії, акушерства і гінекології АМН України».

Діагностику гепатиту проводили на підставі визначення його класичних симптомів: стійка жовтяниця, гепато-спленомегалія, гіпербілірубінемія, підвищення трансаміназ крові, наявність коагулопатії. Для встановлення етіології захворювання визначали специфічні маркери вірусної інфекції, антинуклеарні (АНА) та антитітохондріальні (АМА) антитіла, амінокислотний та ліпідний спектр крові, альфа-1 антитрипсин, за показаннями проводили генетичні дослідження.

Основними факторами ризику розвитку вірусного гепатиту у дітей раннього віку були обтяжений акушерський анамнез, загроза переривання вагітності, хронічна фетоплацентарна недостатність, матково-плацентарна інфекція, гострі респіраторні вірусні інфекції або персистенція хронічних вірусних інфекцій. Основними клінічними синдромами, що реєструвалися у хворих на вірусний гепатит в ранньому віці, були гепатолієнальний, геморагічний, диспетичний, неврологічний. Природжений гепатит протікав з порушенням білірубінового обміну, мезенхімально-запальними змінами, синдромом цитолізу та холестази. Ураження гепатобіліарної системи негативно впливає на трофологічний статус особливо дітей раннього віку. Практично у всіх хворих відмічено синдром недостатності травлення, всмоктування та порушення мікроекології кишечника. При ультразвуковому дослідженні визначалися значні зміни в структурі тканини печінки (ущільнення стінок внутрішньопечінкових жовчних проток та стінок судин печінки, ущільнення паренхіми печінки) незалежно від етіології процесу. У 69,5% дітей мали місце вади розвитку жовчовивідної системи: деформації жовчного міхура, зменшення розмірів жовчного міхура (у 23,9%), у 3,3% дітей мала місце атрезія жовчних ходів.

Встановлено, що найчастішою причиною розвитку гепатиту у обстежених дітей були: цитомегаловірусна інфекція – у 60,8%, вірус гепатиту В – у 17,4%, вірус гепатиту С – у 4,3%, герпесу I та II типу – у 4,3% обстежених дітей. У 4,3% дітей діагностовано аутоімунний гепатит. Значущими для діагностики природженого гепатиту у дітей раннього віку є наявність специфічних IgG, що перевищують в 4 рази допустимий рівень при повторному дослідженні (мінімум двократно) паралельно з матір'ю, підвищення IgM та наявність специфічної вірусної ДНК. Відсутність IgM до збудників внутрішньотробоїчних інфекцій та вірусної ДНК не завжди відображає відсутність інфекції.

Спостереження за перебігом вірусного гепатиту у обстежених дітей свідчить, що 8,7% дітей (двоє – з цитомегаловірусним і двоє – з герпетичним гепатитом) видужали, у 73,9% захво-

рювання набуло хронічного перебігу. 4 (17,4%) дітей з цитомегаловірусним гепатитом, 3 (6,5%) з гепатитом В та 1 з криптогенним гепатитом загинули. Причиною смерті став геморагічний синдром, зумовлений печінково-клітинною недостатністю.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ЕНАМУ В ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ

Н.В. НАГОРНА, О.В. БОРДЮГОВА, О.В. ПШЕНИЧНА,
Н.М. КОНОПКО, С.О. ПАРШИН

Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

Артеріальна гіпертензія (АГ) є актуальною проблемою охорони здоров'я в більшості країн, у тому числі й в Україні, де поширеність АГ складає 44% в дорослій популяції і 1–3% серед дітей. При цьому у 33–42% дітей АГ залишається підвищеним, а у 17–26% трансформується в гіпертонічну хворобу в подальші вікові періоди. Вказане визначає важливість проведення адекватних лікувально-реабілітаційних заходів, що включають немедикаментозні і, за показаннями, медикаментозні методи. Завданням фармакотерапії АГ є індивідуальне призначення препаратів, у тому числі інгібіторів АПФ з доведеною гіпотензивною, кардіо- і нефропротективною дією, дозволеною для використання в дитячому віці.

Мета дослідження: вивчення ефективності і безпеки інгібітора АПФ – препарату Енам в лікуванні АГ у дітей.

В дослідженні брали участь 34 дитини (18 дівчаток, 16 хлопчиків) 7–18 років, які знаходилися у відділенні дитячої кардіології, кардіохірургії і реабілітації ІНВХ ім. В.К. Гусака АМН України: 21 (61,8%) дитина – з АГ I ступ., низьким і середнім серцево-судинним ризиком після неефективної немедикаментозної терапії протягом 3 міс; 13 (38,2%) дітей – з АГ II ступ.

Верифікацію діагнозу здійснювали згідно з рекомендаціям Європейського товариства з артеріальної гіпертензії і Європейського товариства кардіологів (2007); Асоціації дитячих кардіологів Росії (2008), класифікували АГ за В.Г. Майданником (2007).

Індивідуальний підбір дози Енаму проводили протягом 5–7 днів під контролем самопочуття, вимірювання САД і ДАД двічі на добу; мінімальний курс терапії складав 3 міс. Оцінку ефективності лікування проводили на підставі динаміки самопочуття; вимірювання САД, ДАД в перші 2 тижні – щодня, потім 1 раз на тиждень; показників добового моніторингування ЕКГ і АТ початково, через 3 і 6 місяців.

Виявлено, що на фоні терапії Енамом у 29 (85,3%) обстежених разом з поліпшенням само-

почуття констатовано зниження рівня АТ, що носило плавний і стійкий характер. При цьому у 22 (64,5%) дітей стійке зниження рівня САД нижче 95 перцентилю для даного віку, статі і зросту зареєстровано на 2-му тижні терапії, у 7 (20,1%) пацієнтів – на 4-му тижні курсу. Профіль ДАД нормалізувався у 27 (79,4%) хворих на 2-му тижні прийому Енаму і у 2 (5,9%) – на 3-му тижні. У всіх пацієнтів досягнутий гіпотензивний ефект зберігався протягом 3-х міс на фоні курсу Енаму, а також в динаміці 3-місячного спостереження після його відміни. Всі пацієнти відмічали добру переносимість препарату. У 3 (8,8%) хворих з вторинною АГ на фоні монотерапії Енамом зберігався гіпертензивний профіль АТ, що було підставою для призначення комбінованої гіпотензивної терапії. Одній (2,9%) дитині препарат було відмінено у зв'язку з появою шкірної алергічної реакції через 3 доби від початку курсу, одній (2,9%) – за рішенням батьків через 1 міс лікування.

Отримані дані свідчать про високу ефективність і безпеку Енаму у дітей з АГ і дозволяють рекомендувати його в практиці дитячих кардіологів, педіатрів і сімейних лікарів.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО І ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

Н.В. НАГОРНА, О.В. БОРДЮГОВА, Г.І. БАЄШКО,
Н.О. ЧЕТВЕРИК

Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

Функціональні порушення шлунково-кишкового тракту (ШКТ) займають одне з провідних місць в структурі захворювань травної системи у дітей. Велику кількість нозологічних форм функціональних захворювань ШКТ об'єднує наявність трьох провідних синдромів: больового, диспепсичного та астено-невротичного. Актуальним залишається пошук засобів для ліквідації цих синдромів.

Метою нашої роботи було вивчення ефективності та безпеки комплексного фітопрепарату Іберогаст (настоянки лікарських рослин іберійки гіркої, коренів дягелю, квітів ромашки, плодів кмину, плодів розторопші, листя меліси, листя м'яти перцевої, трави чистотілу, коренів солодки) у 45 дітей від 2 місяців до 6,5 року з функціональними порушеннями ШКТ. Всі діти отримували базисну терапію, що включала лікувальне харчування, електрофорез з бромідом натрію за Щербаком, розслаблюючий масаж, ванни з настоєм валеріани. Діти I і II груп, окрім базисної терапії, отримували препарат Іберогаст у віковій дозі. Термін прийому препарату дітьми I групи – 2 тижні, II групи – 3 тижні. Пацієнти, які отримували тільки базис-

ну терапію, склали контрольну групу. Контроль ефективності терапії проводили на 14- та 21-й день прийому препарату та через 30 днів після завершення курсу лікування.

Через 14 днів лікування у всіх дітей обох груп достовірно ($p < 0,05$) позитивно змінився (за якістю і кількістю) больовий абдомінальний синдром, метеоризм, кишкові випорожнення, апетит. Через 21 день у $93,3 \pm 6,4\%$ дітей II групи були повністю ліквідовані симптоми абдомінального болю (динаміка середньої якісної оцінки – мінус 2,3 бала) та диспептичного синдрому (динаміка середньої якісної оцінки блювоти – -3,0; зригування – -2,2; печії – -2,0; нудоти – -1,0), нормалізувався сон, зникли неспокій і роздратованість у $66,7 \pm 12,2\%$ пацієнтів (динаміка середньої якісної оцінки – -1,0). Порівняльна оцінка 2- та 3-тижневого курсів лікування дозволяє вважати оптимальною 21-денну тривалість терапії, що супроводжується достовірним зникненням больового абдомінального, диспептичного синдромів та значним зменшенням астено-невротичних проявів. Переносимість препарату була доброю у всіх пацієнтів. Побічні дії були відсутні.

ПРОФИЛАКТИКА АНТИБИОТИКО-АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Н.В. НАГОРНАЯ, Е.В. БОРДЮГОВА, А.В. ЛЕБЕДЕВА,
О.С. КАРТАШОВА*

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького.

*Институт неотложной и восстановительной хирургии
им. В.К. Гусака АМН Украины

Диарейный синдром – частая патология у детей, получающих антибактериальную терапию после хирургических вмешательств. Выбор эффективного и безопасного препарата для профилактики антибиотико-ассоциированной диареи – актуальная проблема педиатрии.

Целью работы была оценка эффективности и безопасности препарата Лацидофил у детей, получавших антибактериальную терапию после оперативной коррекции врожденных пороков сердца.

Оследованы 22 ребенка (10 мальчиков и 12 девочек) в возрасте от 20 дней до 4-х лет, находившиеся на стационарном лечении в отделении детской кардиологии и кардиохирургии по поводу врожденного порока сердца. При поступлении у пациентов отмечались следующие жалобы: снижение аппетита (72,7%), боль в животе (54,5%), рвота после еды (9%), срыгивания (54,5%), отрыжка воздухом (36,4%), вздутие живота (63,6%), запоры (27,3%), неустойчивый

стул (27,3%). Выявлены также изменения психоэмоционального состояния: вялость (54,5%), беспокойство (90,9%), нарушения сна (54,5%). Все дети в послеоперационном периоде на фоне антибактериальной терапии получали лацидофил: грудные дети и дети до 12 месяцев по 1 капсуле в день, дети от 1 года до 3 лет по 1 капсуле 2 раза в день, дети старше 3 лет по 1 капсуле 3 раза в день в течение 7 дней. После отмены антибиотиков доза препарата составила: детям до 3 лет по 1 капсуле через день, детям старше 3 лет по 1 капсуле 1 раз в день в течение 20 дней. Эффективность препарата оценивали по динамике клинической симптоматики.

На фоне приема антибактериальных препаратов и лацидофила отсутствовала антибиотико-ассоциированная диарея, регрессировали диспептические проявления уже на 2-й день лечения, у одного ребенка после завершения курса терапии сохранялся метеоризм, периодически появлялась кишечная колика. У всех пациентов отмечалась хорошая переносимость препарата, побочные явления отсутствовали.

Лацидофил является эффективным и безопасным средством для профилактики антибиотико-ассоциированной диареи у детей с врожденными пороками сердца в послеоперационном периоде.

ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ ОРГАНІЗМУ ТА ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ ЙОГО ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ В ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ УМОВАХ

Н.В. НАГОРНА, Г.В. ДУБОВА

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького.

Лікувально-діагностичний центр «Біотична медицина»,
м. Донецьк

Прогресуюче зниження якості здоров'я дітей в Україні, наявна доказова база про значну участь в цьому патогенних факторів зовнішнього середовища, зростання частоти екозалежної патології визначають актуальність оцінки елементного складу організму та розробки шляхів корекції його порушень у дітей, які мешкають в екологічно несприятливих умовах.

Об'єктом обстеження стали 123 дитини (63 хлопчики та 60 дівчаток) віком від 6 міс до 18 років, які мешкають в екологічно несприятливих умовах Донбасу. Вміст 33 хімічних елементів (9 токсичних, 8 потенційно токсичних та 16 життєво необхідних) в організмі дітей визначали за їх рівнем у волоссі методами атомно-абсорбційної спектрометрії та атомно-емісійної спектрометрії в індуктивно-зв'язаній плазмі в умовах лікувально-діагностичного центру «Біотична медицина» (м. Донецьк).

Одержані результати спектрального багатоелементного аналізу волосся свідчили про від-

сутність фізіологічних показників макро- та мікроелементів в обстежених. Разом з тим, у 85 (69,1%) дітей констатовано наявність токсичних елементів, при цьому у 50 (40,7%) осіб – кадмію, у 16 (13,0%) – свинцю, у 10 (8,1%) – алюмінію, у 5 (4,1%) – ртуті, у 3 (2,4%) – вісмуту, у 3 (2,4%) – барію. У 92 (74,8%) дітей виявлено перевищення концентрації потенційно токсичних мікроелементів: у 19 (15,5%) осіб – стронцію, у 14 (11,4%) – нікелю, у 7 (5,7%) – миш'яку. У всіх дітей констатовано дефіцит життєво необхідних елементів: у 78 (63,4%) осіб – хрому, у 75 (61,0%) – йоду, у 74 (60,2%) – кобальту, у 73 (59,3%) – кальцію, у 70 (56,9%) – заліза, у 70 (56,9%) – фосфору, у 63 (51,2%) – селену, у 52 (42,3%) – марганцю, у 51 (41,5%) – сірки, у 48 (39,0%) – калію, у 30 (24,4%) – магнію, у 25 (20,3%) – цинку, у 24 (19,5%) осіб – міді.

Отримані дані стали підставою для проведення корекції диселементозу у дітей. Перший етап полягав у використанні ентеросорбенту протягом 14 днів. Через 2 місяці після курсу ентеросорбції у 78 (84,8%) осіб знизився до допустимого рівня вміст токсичних та потенційно токсичних елементів. Дефіцит заліза, міді та марганцю був підставою для проведення у 20 дітей курсу Тотема у віковій дозі протягом 1 місяця. Через 2 місяці після закінчення курсу Тотема констатовано позитивні зміни в елементному складі організму, що стосувалися нормалізації вмісту заліза у 9 (45,0%) дітей, міді – у 6 (30,0%), марганцю – у 6 (30,0%), а також (за рахунок синергічних взаємодій) селену – у 5 (25,0%), магнію – у 4 (20,0%), фосфору – у 4 (20,0%), хрому – у 3 (15,0%) та калію – у 2 (10,0%) осіб. Дефіцити, що залишилися, стали підставою для застосування у 10 дітей препарату Мульти-табс® Малюк Макс віковою дозою протягом 1 місяця. Контрольний спектральний аналіз волосся, який проведено через 1 місяць після закінчення курсу препарату, свідчив про позитивні зміни в елементному складі організму, що стосуються нормалізації вмісту йоду та сірки у 4 (40,0%) осіб.

Таким чином, у всіх дітей, які мешкають в екологічно несприятливих умовах, виявлено патологічні зміни елементного складу організму. Проведений курс ентеросорбції з подальшим використанням препаратів Тотема та Мульти-табс® Малюк Макс сприяв зникненню надлишкової кількості токсичних та потенційно токсичних елементів у 84,8% осіб, нормалізації життєво необхідних елементів – у 70,0% дітей. Дефіцити, що залишилися, зумовлювали проведення подальшої індивідуальної диференційованої корекції.

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ШЛЯХИ ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

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

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

Діти шкільного віку – це найбільш розповсюджений контингент дитячого населення країни, від стану здоров'я яких великою мірою залежить здоров'я старших вікових груп населення.

На жаль, в останні роки здоров'я школярів не має тенденції до поліпшення. Проведення нами дослідження з приводу оцінки здоров'я школярів різних вікових груп свідчать про погіршення фізичного розвитку, соматичного, фізичного здоров'я та психологічного стану дітей протягом навчальних років, що пов'язано з впливом на них значної кількості негативних факторів шкільного і сімейного характеру. Серед негативних факторів значне місце посідають: нервово-психічне перевантаження дітей, недостатня увага до фізичного виховання, недотримання великою кількістю дітей режимних вимог, послаблення організації медичного забезпечення навчальних закладів з боку дитячих поліклінік.

Отримані результати з вивчення стану здоров'я школярів спонукали нас до розробки заходів, які могли б поліпшити організацію збереження їх здоров'я.

Об'єднання зусиль дирекції, педагогічних колективів, медичного персоналу шкіл та батьківських комітетів дало можливість створити умови в навчальних закладах з проведення оздоровчих заходів для дітей з відхиленнями в стані здоров'я та профілактичної роботи.

З цією метою в двох школах було організовано оздоровчі кабінети, оснащені фізіотерапевтичною апаратурою, для проведення синглетно-кисневої і магнітнолазерної терапії. Кабінети відвідували частохворюючі діти, школярі з захворюваннями верхніх дихальних шляхів та органів травлення під контролем педагогів.

До оздоровчого комплексу, крім цього, входили перегляд організації уроків з фізичного виховання, на яких навантаження дітей проводилось з врахуванням їх функціонального стану організму, та розробка рекомендацій для педагогів і батьків щодо підвищення розумової працездатності школярів, дотримання режиму праці та відпочинку школярів.

Проведена робота протягом двох навчальних років з оздоровлення дітей в умовах школи дала можливість зменшити кількість дітей з відхиленнями в стані здоров'я, підвищити відсоток дітей з задовільною адаптацією до навчання, збільшити показники фізичного здоров'я на 28,9% серед хлопчиків та на 33,3% серед дівчат, зменшити кількість пропусків уроків з приводу захворювань на 25,3% серед дітей молодших класів, на 20,3% серед дітей середніх класів, на 34,4% серед дітей старших класів.

Отримані результати дають можливість стверджувати про доцільність проведення оздоровлення школярів в умовах навчального закладу, не відриваючи їх від навчання, а батьків від роботи.

Більш повні дані про організацію проведеної роботи викладено в методичних рекомендаціях «Організація профілактичних і оздоровчих заходів для дітей в умовах загальноосвітніх навчальних закладів» (Київ, 2009).

МЫШЛЕНИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ

Т.В. НЕСТЕРОВА

Луганский государственный медицинский университет

В филогенезе, как и в онтогенезе, речь выступает вначале как средство общения, а также обозначения, а в дальнейшем приобретает свойство орудия, с помощью которого человек мыслит и выражает свои мысли. Частота расстройств речи колеблется от 3 до 10% у детей школьного возраста. В 2–3 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, и более часто среди детей с отягощенным семейным анамнезом. Задержка развития речи часто сопровождается трудностями в чтении и письме, нарушениями межперсональных связей, эмоциональными и поведенческими расстройствами. Для этиологии нарушения речи у детей характерна многофакторность. Наиболее значимые взаимодействующие группы факторов: наследственность, темперамент, минимальная мозговая дисфункция, соматическая патология, особенно с поражением мозга, социально-экономические и культуральные факторы. Вопросам соотношения мышления, языка и речи посвящено много исследований.

Целью настоящей работы было изучение особенности мышления у дошкольников с нарушением речи. Исследование показало:

1. Предварительная диагностика системного мышления детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи выявила недостаточную сформированность аналитических и конструктивных компонентов системности.

2. Разработан пакет развивающих игровых занятий, направленных на формирование системности мышления у таких детей.

3. Апробация пакета развивающих методик в условиях специального обучения для детей с речевыми нарушениями выявила его эффективность в плане формирования аналитических и конструктивных компонентов системности, а также формирования элементов произвольного поведения, познавательной мотивации и навыков общения.

Более внимательно нужно относиться к случаям, когда у ребенка выражена двигательная расторможенность, повышенная утомляемость, рассеянность, несобранность и т. д.; взаимоот-

ношение его с коллективом сверстников, особенно в тех случаях, когда ребенок драчлив, агрессивен или, наоборот, чрезмерно пассивен. Нужно учитывать, как относятся к нему другие дети, какие меры коррекции применялись, и их эффективность (дополнительные занятия, щадящий режим и т. д.).

Положение ребенка в коллективе нередко становится очень тяжелым. Он начинает отставать все больше и больше, не понимает объяснений воспитателя, ему все труднее найти контакт со сверстниками. В результате у него совершенно пропадает интерес к обучению, он становится грубым, упрямым, нервным и, в конце концов, начинает ненавидеть учебу.

Практический опыт показывает, что почти все дети с неосложненной формой временной задержки развития речи могут стать успевающими. Главное – их необходимо своевременно заметить и найти наиболее эффективный способ индивидуальной работы. Правильная оценка характера речевых отклонений у ребенка дает возможность найти наиболее успешные пути медико-педагогического воздействия. При этом очень важно, чтобы воспитатель и родители знали, что трудности на начальном этапе обучения ребенка почти никогда не являются результатом нерадивости или лени, а имеют объективные причины и могут быть успешно преодолены.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКІВ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ЗІ ЗМІНАМИ У ДОПАМІНЕРГІЧНІЙ НЕЙРОТРАНСМІСІЇ

Д.Ю. НЕЧИТАЙЛО, А.Б. МІГАЛЧАН, І.Д. ШКРОБАНЕЦЬ,
Ю.М. НЕЧИТАЙЛО

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Перинатальні ураження центральної нервової системи (ЦНС) займають одне з перших місць у структурі неврологічної захворюваності дітей раннього віку. Комітет експертів ВООЗ відмічає, що майже у 10% дитячої популяції можна діагностувати нервово-психічні захворювання, 80% з яких пов'язані із перинатальними ураженнями мозку. За даними дослідників близько 70% захворювань ЦНС у дітей пов'язані із несприятливим перебігом перинатального періоду. В нервовій системі нейротрансмісія відбувається за допомогою 4 підсистем, в одній із яких основним трансмітером є допамін. Добре відомо, що зміни в допамінергічній системі лежать в основі когнітивних порушень та таких станів, як хвороби Паркінсона та Хантінгтона, синдромів Турета та дефіциту уваги/гіперактивності, шизофренії та деяких наркотичних зловживань.

На даний момент виділяють дві родини допамінергічних рецепторів: D1 та D2. До групи

D1-рецепторів належать власне D1 та D5. Ці рецептори стимулюють вивільнення аденілатциклази і таким чином посилюють нейротрансмісію В той же час рецептори групи D2 (D2, D3, D4) гальмують постсинаптичний біохімічний каскад та «вимикають» аденілатциклазу.

Виділяють три основних місця в головному мозку де спостерігається максимальне скупчення допамінових рецепторів: substantia nigra, ventral tegmental area та гіпоталамічні ядра. Рядом вчених з міста Хельсінкі вивчався взаємозв'язок між щільністю допамінових рецепторів в головному мозку дітей при народженні, їх масою тіла та схильністю до навчання. Виявилось, що діти у яких спостерігалась підвищена кількість допамінових рецепторів при народженні, достовірно частіше мають нормальну масу при народженні і в подальшому виявляють кращі здібності до навчання: в них спостерігалась краща пам'ять, увага та здатність до утворення нових асоціативних зв'язків. Підвищення активності D4-рецепторів, тобто порушення нормального балансу в допамінергічній системі в цілому, призводить до появи агресивності, синдрому гіперактивності та уповільнення розвитку мнестичних функцій, зниження уваги, погіршення когнітивних процесів. Крім того, виявилось що ураження центральної нервової системи різного генезу, в тому числі і перинатальна патологія, призводять до дискоординації у допамінергічній нейротрансмісії і активації D2-рецепторів.

Метою нашого дослідження було з'ясувати взаємозв'язок віддалених наслідків перинатальних уражень із змінами у допамінергічній нейротрансмісії та застосувати медикаментозну корекцію цих відхилень.

Було обстежено 43 дитини дошкільного віку з наслідками перинатальних уражень. На електроенцефалограмі у обстежених дітей спостерігалися зміни, притаманні ураженням допамінергічних структур. Діти основної групи (23 дитини) отримували з метою корекції блокатор допамінових D2/D3-рецепторів сульпірид (препарат Еглоніл фірми «Sanofi-Aventis») добовою дозою 5 мг/кг маси тіла в два прийоми, зранку та в обід впродовж 12 днів. У дітей основної групи поліпшувалася якість нічного сну, зрівноважувалися процеси збудження та гальмування, зростала розумова працездатність (за даними коректурної проби).

Таким чином, допамінова нейротрансмісія ЦНС відіграє важливу роль в нормальному розвитку дитини. В той же час її ураження може призводити до тонких дискоординаційних змін, які, в свою чергу, індукують затримку психомоторного розвитку, виникнення синдрому гіперактивності, а також порушення моторних функцій і з метою корекції яких можна застосувати блокатор допамінових D2/D3-рецепторів сульпірид.

ЛІКУВАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ HUMANA ПРИ ДІАРЕЙНОМУ СИМПТОМІ У ДІТЕЙ З НАБУТИМ СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦІЇ

С.О. НИКИТЮК, Л.З. ВОНС, В.Б. ФУРДЕЛА, С.С. ЛЕВЕНЕЦЬ, Р.М. САБАЛА, І.О. БАГІРЯН, Н.Л. ЧЕРВОНА

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського
Тернопільська центральна районна поліклініка

Синдром мальабсорбції – це клініко-лабораторний симптомокомплекс, при якому порушується травлення і всмоктування за рахунок первинних (генетично зумовлених) чи вторинних (набутих) ферментопатій.

Метою нашого дослідження було підібрати суміші, які б повністю відповідали потребам дітей у харчових речовинах і мали лікувальні властивості при діарейному синдромі. Найбільш адекватними, на нашу думку, є лікувальні суміші Humana HN mit MCT та Humana HN.

Під нашим спостереженням знаходилося 30 дітей віком від 0 до 1 року, з набутим синдромом мальабсорбції. Серед клінічних проявів у 20 дітей цієї категорії відмічалась наявність диспепсичного синдрому (поганий апетит, блювота, пронос, неприємний запах з рота) від дня народження чи з перших місяців життя, слабо вираженого інтоксикаційного синдрому (млявість, втомлюваність, слабкість, плаксивість, поганий сон, емоційна лабільність, блідість шкіри та слизових оболонок, «синячки» під очима, ослаблені серцеві тони з нижнім систолічним шумом, субфебрильна температура тіла) у 10 дітей, відставання у фізичному розвитку (зниження маси тіла відносно вікової норми) у 3 дітей.

У якості лікувального харчування дітям було призначено безлактозні та низько – лактозні суміші, а саме Humana HN mit MCT - 8 дітей та Humana HN – у решти 22 дітей. Ці суміші були харчуванням вибору при гострій діарейі у дітей, які знаходились на змішаному та штучному вигодовуванні. Вибір харчового продукту ґрунтувався на повністю збалансоване харчування, яке відповідає потребам дитини. На 2–3-ій день зменшувалися прояви діарейі, зникав інтоксикаційний синдром. Діти переставали втрачати масу тіла і починаючи з 4–6-го дня відбувалась стабілізація маси тіла з поступовим її наростанням. У всіх випадках ми спостерігали відновлення функції травлення і нормалізацію діяльності шлунково-кишкового тракту на 5–7-й день захворювання.

Проведене нами спостереження показало, що суміші Humana HN та Humana HN mit MCT доцільно використовувати при діарейному симптомі у дітей з набутим синдромом мальабсорбції, які знаходяться на штучному чи змішаному вигодовуванні, оскільки завдяки їх збалансованому складу ця група дітей забезпечується поживними речовинами, мікроелементами та ві-

тамінами у необхідній кількості, а їх лікувальні властивості покращують якість життя і прискорюють одужання.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Л.І. ОМЕЛЬЧЕНКО, Л.О. ДАЦЕНКО, О.В. МІРЗА,
М.О. КОНОНЮК, М.О. ВАСИЛЕНКО, В.В. ЗАВГОРОДНЯ

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

Однією з актуальних медико-соціальних проблем охорони здоров'я дітей є лікування захворювань опорно-рухового апарата, в структурі яких провідне місце займають хронічні ювенільні артрити, частота яких за даними МОЗ України в 2006–2008 роках склала 0,40–0,41 на 1000 дитячого населення.

Захворюваність на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА), незважаючи на удосконалення лікувальних заходів, продовжує повільно зростати. Одним із можливих факторів розвитку ЮРА, як психосоматичної патології, є психоемоційний стрес та наступний зрив імунного гомеостазу з реалізацією хронічного запального процесу переважно на рівні опорно-рухового апарата.

Отримано дані про наявність у хворих на ЮРА характерних змін як у емоційній, так і в поведінковій сферах (підвищений рівень тривожності, емоційний стрес, прихована агресія тощо), що ускладнює перебіг основного захворювання та його прогноз.

Метою дослідження була розробка методу поліпшення психоемоційного стану хворих на ЮРА. Обстежено 48 дітей, хворих на ЮРА, віком від 3 до 15 років, із них 19 – з суглобовою, 26 – з суглобово-вісцеральною формами захворювання, активністю I–II ступеня, в стадії загострення хвороби.

Обґрунтовано та розроблено спосіб діагностики психоемоційних порушень у дітей з ЮРА, в якому додатково, протягом першого тижня лікування в стаціонарі всім пацієнтам проводилось психологічне обстеження: вивчення внутрішньосімейних відносин, визначення рівня тривожності та агресії, самооцінки психічного стану та спрямованості особистості тощо.

На підставі отриманих даних у більшості хворих виявлено підвищений рівень тривожності, стресу, прихованої агресії тощо. Таким пацієнтам призначалась групова психокорекція з застосуванням ароматерапії, музикотерапії, м'язової релаксації та аутогенного тренування одночасно з проведенням базисної та протизапальної терапії.

Після закінчення курсу терапії та проведення аналізу його результатів відмічено значне

зниження рівнів ситуативної (з 78,6 до 42,9%, $p < 0,02$) та особистісної тривожності хворих (з 42,8 до 35,7%, $p < 0,05$), знизився також середній показник агресивності дітей (з 50,0 до 28,2%, $p < 0,05$), збільшився ступінь опору їх до стресу (з 42,8 до 71,4%, $p < 0,06$).

Таким чином, застосування комплексу групової психотерапії в поєднанні з ароматерапією, музикотерапією, м'язовою релаксацією та аутогенним тренуванням сприяє зменшенню рівня тривожності та проявів стресу, що, в свою чергу, поряд з базисною та протизапальною терапією зумовлює поліпшення психоемоційного стану та підвищення якості життя хворих на ЮРА.

РОЛЬ ОКСИДАНТНОГО СТРЕСУ В РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Л.І. ОМЕЛЬЧЕНКО, І.В. ДУДКА, О.А. ОШЛЯНСЬКА,
В.К. ТИЩЕНКО, В.Б. НІКОЛАСНКО, Т.А. ЛЮДВІК,
Л.О. ДАЦЕНКО, Л.Б. ПЕТРЕНКО

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

Ревматоїдний артрит (РА) – одне з найбільш поширених захворювань у дітей, при якому ураження суглобів супроводжується змінами з боку багатьох органів і систем та значним порушенням метаболічного гомеостазу в організмі. У хворих виявляються ознаки оксидантного стресу з накопиченням у тканинах та біологічних рідинах вторинних продуктів окисної модифікації макромолекул білків, що, в свою чергу, є пусковим механізмом ушкодження внутрішніх органів і систем, зокрема гепатобіліарної системи. Довготривале застосування протизапальної та базисної терапії при РА також негативним чином впливає на функціональний стан печінки, жовчовивідних шляхів та процеси вільно-радикального окислення і синтезу білків в організмі.

Метою дослідження було виявлення можливих взаємозв'язків порушень вільно-радикальних процесів в організмі за показниками ступеня окисної модифікації білків в сироватці крові зі станом гепатобіліарної системи у хворих на ЮРА.

Ступінь окисної модифікації білків в сироватці крові визначали за методом Є.Є. Дубіної, в основі якого реакція взаємодії окислених амінокислотних залишків білків з 2,4-динітрофенілгідразином і утворення похідних 2,4-динітрофенілгідразонів. Дослідження функціонального стану гепатобіліарної системи проводили шляхом визначення лабораторних показників та ультразвукового дослідження печінки і жовчовивідних шляхів.

Обстежено 37 дітей, хворих на РА віком 3–17 років, середня тривалість захворювання $3,6 \pm 1$ -

,7 року, суглобову форму захворювання діагностовано у 21, суглобово-вісцеральну – у 16 пацієнтів, які знаходилися в активному періоді хвороби (I–II ступінь активності), отримували протизапальну (НПВП та ГК) і базисну (метотрексат) терапію. Контрольну групу склали 10 здорових дітей. У більшості обстежених хворих (84,3%) виявлено структурні зміни білкових молекул порівняно з показниками здорових осіб. Найбільш виражені кількісні відмінності рееструвались при довжині хвилі 356 та 370 нм, що зумовлювалось зростанням аліфатичних кетон-динітрофенілглідрозонів нейтрального характеру і свідчило про перебудову просторової архітектури найчутливіших поліпептидних ланцюгів в макромолекулах білків. Такі перебудови в білкових молекулах можуть лежати в основі реалізуючих механізмів щодо порушення метаболічних процесів в організмі. При біохімічному обстеженні у 8,5% хворих на РА відмічено помірне підвищення рівнів загального білка, активності аланінамінотрансферази (АЛАТ), аспаратамінотрансферази (АсАТ), лужної фосфатази, показника тимолової проби ($p < 0,05$). При УЗД у 75% пацієнтів реестрували помірне збільшення печінки, у 44,4% хворих – зміни структури її паренхіми, у 62,9% – ознаки дискінезії жовчовивідних шляхів. Виявлено прямий кореляційний зв'язок між вмістом СРБ в сироватці крові і рівнем продуктів перекисної модифікації білків при довжині хвилі 370 нм ($r = 0,59$) та слабкий прямий кореляційний зв'язок між активністю АЛАТ і вмістом продуктів перекисної модифікації білків при довжині хвилі 530 нм ($r = 0,36$).

Наведені дані свідчать про підвищення інтенсивності процесів перекисної модифікації білків за наявності аутоімунного запального процесу в організмі дитини та зв'язок цих порушень з структурно-функціональними змінами печінки. Результати досліджень обґрунтовують доцільність включення до комплексу лікувальних заходів хворих на ЮРА дітей препаратів антиоксидантної та гепатопротекторної дії.

ДІАГНОСТИКА ОРОФАЦІАЛЬНИХ ЩІЛИН У ДІТЕЙ

З.В. ОСАДЧУК, О.З. ГНАТЕЙКО, Н.І. КІЦЕРА, Н.В. МАРКЕВИЧ

ДУ «Інститут спадкової патології АМН України», м. Львів

Своєчасна комплексна медична допомога дітям із щілинами губи і/або піднебіння вважається однією з важливих проблем педіатрії, яка межує з генетикою, дитячою хірургією та стоматологією, а єдиний підхід щодо співпраці фахівців цих спеціальностей не розроблений.

Серед загалу природженої патології щілини губи і/або піднебіння (Q 35,0– Q 37,9 за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб

та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду – МКХ-10) відноситься до, так званих, «сторожових» вад, які мають помітну частоту і задовільно діагностуються в період новонародженості.

Метою роботи було формування єдиної бази даних пацієнтів з орофаціальними щілинами за 2007–2009 роки та I квартал 2010 року для молекулярно-генетичних досліджень та вдосконалення системи лікувально-консультативної допомоги цим хворим.

Пацієнти спостерігалися у Львівському міжобласному медико-генетичному центрі, Інституті спадкової патології АМН України, медико-генетичних кабінетах Західного регіону України та проходили стаціонарне лікування у відділеннях Львівської обласної дитячої спеціалізованої клінічної лікарні (ЛОДСКЛ) та Обласної дитячої клінічної лікарні (ОХМАДИТ). Обстеження включало клініко-параклінічні дані, медико-генетичне консультування, цитогенетичне, молекулярно-генетичне дослідження та ретроспективний аналіз медичної документації за 2007–2009 роки та I квартал 2010 року.

Створена база даних налічує 297 випадків цієї природженої патології. Встановлено, що в структурі орофаціальних щілин найбільшу питому вагу складали щілини верхньої губи та піднебіння – 184 (62,0%) випадки, щілини піднебіння – 55 (18,5%) та ізольовані щілини верхньої губи – 58 (19,5%) випадків.

Згідно з статевим розподілом, питома вага щілин піднебіння та ізольованих щілин верхньої губи була вищою серед дівчаток (21,9 та 11,2% відповідно), проте у хлопчиків частіше зустрічались природжені щілини губи і піднебіння – 29,9%, що корелює з даними літератури.

Серед 297 прооперованих хворих дітей: 103 (34,7%) – із Львівської області, 40 (13,5%) – із м. Львова, 57 (19,2%) – з Івано-Франківської області, 24 (8,1%) – із Волинської, 18 (6,1%) – із Рівненської, 10 (3,4%) – із Кримської АР, 11 (3,7%) – із Харківської області, 9 (3,0%) – із Одеської, по 5 (1,7%) випадків із Донецької та Тернопільської областей, по 4 (1,4%) випадки із Закарпатської та Чернівецької, по 2 (0,7%) випадки із Вінницької, Дніпропетровської та Київської областей та один (0,3%) випадок – із Луганської області.

Досліджено клініко-генетичний поліморфізм наведених випадків. В результаті проведеного комплексного обстеження діагностовано: 5 (1,7%) синдромів П'єра-Робена та 2 (0,7%) дитини із хромосомною патологією (кільцева хромосома 18), решті – 290 (97,5%) дітям було встановлено діагноз природженої щілини губи і/або піднебіння. Проте серед дітей, які були прооперовані у ЛОДСКЛ протягом зазначеного періоду, лише 22% дітей отримали своєчасну консультацію лікаря-генетика.

Таким чином, отримана характеристика природжених щілин губи і/або піднебіння вказує

на потребу запровадження єдиних організаційних заходів, здатних поліпшити рівень синдромальної діагностики наведеної патології, що є необхідним як для вибору адекватної тактики хірургічної та ортодонтої корекції, так і для ефективного прогнозування можливих нових захворювань у родині.

ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ В СИСТЕМІ МОНІТОРИНГУ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ РОБОТИ ПЕДІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

М.М. ОСТРОВЕРХОВА¹, В.Г. МАЙДАННИК², А.П. ГУК³

¹Міністерство охорони здоров'я України.

²Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.

³ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Регулярний збір даних про діяльність системи охорони здоров'я повинен забезпечити органи управління охороною здоров'я, службу інформатикою про якість медичних послуг, а також їх соціальну та економічну ефективність, але показники існуючої статистичної звітності переважно своєю більшістю відображають не якість, а «кількість» медичної допомоги. Облік цих показників часто недосконалий, що робить їхній аналіз малоефективним.

Важливо, щоб індикатори використовувалися для оцінки якості медичної допомоги на всіх рівнях системи охорони здоров'я. Очевидно, що на регіональному рівні може збиратися й аналізуватися тільки невеликий перелік найбільш значущих індикаторів. Водночас у кожній медичній організації існують власні проблеми: деє слабким місцем є своєчасність надання допомоги, деє результативність, деє економічна ефективність. Відповідно, для кожної служби, на кожній території й кожного типу лікувальної установи повинні, поряд з загально визначеним переліком, існувати свої індикатори, що дозволяють оцінювати досягнення актуальних для них завдань. На національному рівні індикатори якості повинні оцінювати стан медичної допомоги при найбільш значущих захворюваннях і формуватися на підставі регіональних індикаторів, а ті, у свою чергу, – на базі індикаторів діяльності лікувальних установ.

Наприклад, оцінки якості надання медичної допомоги дітям в умовах обласних дитячих лікарень, типові індикатори якості медичної допомоги можуть бути сформовані за принципом «структура-процес-результат». Так, індикаторами структури можуть бути забезпеченість кадрами (лікарями, середнім медичним персоналом), питома вага атестованих працівників, забезпеченість дитячого населення регіону лікарняними ліжками, питома вага реанімаційних місць, наявність виїзної реанімаційної неонатологічної бригади, наявність сучасного лабораторного об-

ладнання, кількість напрямів надання амбулаторної й стаціонарної медичної допомоги дітям та інші показники, які характеризують сучасну структуру дитячої обласної лікарні.

Застосування уніфікованої формалізованої методики збору показників діяльності системи охорони здоров'я дозволить створити єдину інформаційну базу, яка може використовуватися органами управління охороною здоров'я при оцінці ефективності реалізованих у галузі програм, виявленні напрямків неефективного використання ресурсів, прийнятті управлінських рішень щодо своєчасного усунення виявлених недоліків.

РЕАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З УРАЖЕННЯМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Г.А. ПАВЛИШИН, А.О. СКОВРОНСЬКА, Н.М. СВІРСЬКА,
Н.Д. БЕРКИТА, В.В. СТЕЦЕНКО

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачовського. Тернопільська обласна комунальна
дитяча клінічна лікарня

За даними центру медичної статистики МОЗ України, показник дитячої інвалідності має стійку тенденцію до зростання. В Україні щорічно статус дитини-інваліда отримує близько 16000 дітей або 20,0 на 10000 дітей. Аналіз причин первинної інвалідності, пов'язаних із захворюванням на ДЦП, засвідчує запізнiлу діагностику органічних змін в неврологічному статусі новонароджених та несвоечасність адекватного відновного лікування. Своєчасність ранньої реабілітації дає можливість у 70–80% дітей з перинатальною патологією нервової системи запобігти формуванню грубого неврологічного дефекту. Тому питання виходжування, адаптації новонароджених з групи ризику, особливо недоношених, та їх реабілітації має велике не лише медичне, але й соціальне значення.

На базі Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні у 2002 р. створено центр ранньої медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи та природженою патологією, пріоритетним напрямком якого є робота з дітьми першого року життя.

Мета роботи – оцінка ефективності відновного лікування з комплексним використанням методів корекції (лікувальний масаж, ЛФК, водні процедури, рефлексотерапія, психолого-педагогічна реабілітація) у дітей першого року життя з ураженням нервової системи, природженою патологією.

Під нашим спостереженням перебувало 158 дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні з приводу тяжких форм перинатальних уражень нервової системи у відділеннях інтенсивної терапії, патології новонароджених та не-

доношених обласної дитячої лікарні. З них доношені склали 49%, недоношені – 51; за статевим диморфізмом переважали хлопчики (64%). Анамнестичний аналіз засвідчує наявність несприятливих чинників анте- та інтранатального періодів у всіх дітей, які перебували на відновному лікуванні. Основними проявами неврологічних порушень були патологічні синдроми відновного періоду (рухових порушень, гідроцефальний, синдром затримки стато-кінетичного розвитку та вегето-вісцеральних розладів). Третина всіх спостережуваних отримувала повторні курси відновної терапії, що проводились в основні періоди їх стато-кінетичного розвитку (2–3, 5–7 та 9–11 міс). Перший курс реабілітаційної програми розпочинався на першому місяці життя, перебуваючи на лікуванні у неонатальних відділеннях. Базова терапія включала немедикаментозні методи (класичний ручний масаж, ЛФК, рефлексотерапію, бальнеотерапію) в поєднанні з медикаментозними засобами (за показаннями сечогінні, заспокійливі, ноотропи – гліцин, пантогам, когітум, антиконвульсанти).

На фоні проведеного комплексного відновного лікування у 60% дітей віком 12 місяців констатовано видужання та знято з диспансерного спостереження, 35% дітей продовжували знаходитись під диспансерним спостереженням у невролога з діагнозом мінімальної мозкової дисфункції, у 5% дітей – встановлено діагноз ДЦП.

Таким чином, впровадження раннього відновного лікування з перших місяців життя та забезпечення безперервності у здійсненні реабілітаційної програми впродовж першого року дозволяє досягнути видужання у 60% випадків. Раннє відновне лікування, розпочате з періоду новонародженості, до моменту формування патологічних поз та установок, забезпечить ефективність фізичної та соціальної реабілітації цієї групи дітей. Комплексний підхід до відновного лікування з поєднанням немедикаментозних методик з ранньою корекційно-педагогічною взаємодією та призначенням ноотропних препаратів м'якої дії збільшує ефект реабілітаційних заходів, позитивно впливаючи на розвиток моторних і вегетативних функцій, темпи сенсорних реакцій, біоелектричну активність головного мозку.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛИ STEINBROCKER ТА ОПИТНИКА CHAQ ДЛЯ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ПЕДІАТРИЧНІЙ РЕВМАТОЛОГІЇ

Г.А. ПАВЛИШИН, Т.А. КОВАЛЬЧУК

Тернопільський медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

На сучасному етапі обов'язковою вимогою для проведення масштабних досліджень з ви-

вчення проблематики ювенільного ревматоїдного артриту є використання функціонального індексу CHAQ (the Childhood Health Assessment Questionnaire), який практично витіснив шкалу функціональних класів Steinbrocker. На жаль, досвід застосування опитника CHAQ у вітчизняній ревматології відсутній.

Метою роботи було провести порівняльний аналіз можливостей використання шкали Steinbrocker та опитника CHAQ для оцінки функціональних порушень хворих на ювенільний ревматоїдний артрит серед української популяції дітей.

Обстежено 31 хворого на ювенільний ревматоїдний артрит – 14 хлопців і 17 дівчат середнім віком $14,0 \pm 0,6$ року й тривалістю захворювання $3,0 \pm 0,4$ року. За даними шкали Steinbrocker I функціональний клас реєструвався у 16,65%, II – у 48,25%, III – у 35,10% дітей. Використання опитника CHAQ дозволило виявити відсутність функціональних порушень у 31,3% пацієнтів (CHAQ = 0), тоді як мінімальні порушення функції суглобів – у 31,60% (CHAQ = 0,1–0,5), помірні (CHAQ = 0,6–1,5) та значні (CHAQ > 1,5) функціональні порушення – у 22,45 та 14,65% хворих.

Проведений кореляційний аналіз між функціональними можливостями дітей та окремими клініко-лабораторними параметрами хвороби показав, що функціональний клас взаємопов'язаний із клінічною симптоматикою захворювання (перебіг – $r = 0,41$, рентгенологічна стадія – $r = 0,39$, ступінь активності – $r = 0,59$, індекс DAS – $r = 0,50$, індекс DAS28 – $r = 0,61$, рівень болю – $r = 0,39$, загальна оцінка здоров'я лікарем за даними візуальної аналогової шкали – $r = 0,67$; $p < 0,05$) та лабораторними параметрами (лейкоцити – $r = 0,61$, С-реактивний протеїн – $r = 0,67$, сіалові кислоти – $r = 0,52$, серомукоїди – $r = 0,65$, ревматоїдний фактор – $r = 0,48$; $p < 0,05$). На відміну від функціонального класу Steinbrocker, функціональний індекс CHAQ корелював лише із деякими клінічними параметрами захворювання (індекс DAS – $r = 0,53$, індекс DAS28 – $r = 0,45$, рівень болю – $r = 0,56$, загальна оцінка здоров'я пацієнтом – $r = 0,84$, загальна оцінка здоров'я лікарем за даними візуальної аналогової шкали – $r = 0,57$; $p < 0,05$). Високу кореляційну здатність функціональних класів Steinbrocker можна пояснити посиленням при їх оцінці лікарем саме на клініко-лабораторні прояви захворювання, а не на індивідуальні функціональні можливості пацієнта. Між функціональним індексом CHAQ та класом за Steinbrocker було виявлено прямий лінійний зв'язок ($r = 0,36$, $p < 0,05$).

Окрім ступеня функціональних порушень, опитник CHAQ дає змогу з'ясувати будь-яку допомогу чи пристосування, які використовує хворий на ювенільний ревматоїдний артрит для виконання певних чітко вказаних дій (одягання і догляд, піднімання, споживання їжі, прогу-

лювання, гігієна, досяжний радіус дії, сила кистей, доручення, господарські роботи, гра).

Проведений аналіз опитників США дозволив встановити, що ніхто із обстежених дітей не використовував жодних додаткових пристосувань у повсякденному житті. Хоча функціональні можливості хворих були обмежені, однак вони могли виконувати елементарні побутові дії без допомоги оточуючих.

Таким чином, використання індивідуального підходу до оцінки функціональних порушень у хворих з ревматоїдним артритом із застосуванням опитника США дозволяє виявляти не лише ступінь функціональних порушень, але й щонайменше порушення функції суглобів при виконанні конкретних щоденних дій.

ЦЕНТРИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІДЛІТКАМ НА ПІДСТАВІ ДРУЖЬОГО ПІДХОДУ ДО НИХ. ДЛЯ ЧОГО ВОНИ ПОТРІБНІ?

Л.К. ПАРХОМЕНКО, О.М. МЕШКОВА*

Харківська медична академія післядипломної освіти.

*Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ

Здоров'я населення є показником цивілізованості суспільства та відображає рівень соціально-економічного розвитку держави. Загально-визнано, що здоров'я й розвиток дітей визначаються безліччю факторів. Багато в чому залежить воно від спадковості, від середовища перебування, в якому зростає та розвивається дитина, від морального й матеріального стану родини, мікроклімату в навчальному закладі та від контакту з однолітками. У всьому світі протягом останніх 10–15 років постійно зростає розуміння і визнання важливості створення особливих служб здоров'я для підлітків, які відповідають їх потребам, а також вдосконалюється і визнається поняття «підліткової медицини». Підлітки мають цілу низку проблем, пов'язаних із дорослішанням, їхньою поведінкою та ризиками, на які вони наражаються. Соціальна вагомість здоров'я дітей підліткового віку зумовлена тим, що вони становлять репродуктивний, інтелектуальний, економічний, соціальний, політичний та культурний потенціал держави.

Проблема здорового способу життя є однією з принципово важливих для забезпечення здоров'я підростаючого покоління, гармонійного розвитку особистості. Сьогодні підлітки – це діти, котрі народились у складний час початку 90-х років та живуть в період стрімкого поширення ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та інших соціально-небезпечних хвороб. Початковий період юнацтва – це критичний період біологічної і психологічної перебудови. Саме у ці роки формуються навички поведінки і звичок, пов'яза-

них зі здоров'ям. Долучаючись до життя дорослих, підлітки мають потребу у попередній інформації з таких життєво важливих питань, як психофізіологія організму людини, проблеми збереження і зміцнення здоров'я, а також поведінкова адаптація

Досвід вказує на необхідність зміни відношення до охорони здоров'я підлітків та відповідно створення служб, що здатні вирішити проблеми ризикової поведінки сучасних підлітків. Такими службами покликані стати «Клініки, дружні до молоді» (далі КДМ), які мають надавати допомогу підліткам та молоді через розуміння їх проблем і спільний пошук шляхів їх вирішення задля зміни ризикової поведінки, збереження здоров'я та через підготовку персоналу, який вміє та має бажання працювати з дітьми підліткового віку й молоддю. КДМ мають відігравати значну роль у профілактиці ВІЛ/СНІДу і формуванні відповідального відношення серед підлітків та молоді до власного здоров'я. Для молодих людей потрібні послуги, які за формою відрізняються від послуг, що надаються дорослим. Підлітки й молоді люди часто не вважають себе хворими, і в більшості випадків медична допомога їм необхідна не тільки через захворювання. Тому КДМ повинні орієнтуватися як на лікування найтипівших захворювань, так і займатися іншими аспектами здоров'я, пов'язаними з: адиктивною поведінкою – вживання алкоголю, наркотиків, тютюнопаління; статевою поведінкою – ранні сексуальні відносини, непланована вагітність, раннє материнство; інфекції, що передаються статевим шляхом; ВІЛ; поганим харчуванням; депресіями, схильністю до суїцидальних вчинків; нещасними випадками, травматизмом.

ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ДЛЯ РОБОТИ З ПІДЛІТКАМИ НА ПІДСТАВІ ДРУЖЬОГО ПІДХОДУ ДО НИХ

Л.К. ПАРХОМЕНКО, Л.А. СТРАШОК, Е.М. ЗАВЕЛЯ,
М.Ю. ІСАКОВА, Т.О. ГЛІБОВА, А.В.ЄЩЕНКО

Харківська медична академія післядипломної освіти

Охорона здоров'я підлітків – важлива проблема для медичної спільноти всіх країн. З одного боку, проблеми репродуктивного здоров'я, запобігання незапланованій вагітності, ВІЛ/СНІД, наркоманія, алкоголізм, тютюнопаління є не лише медичними, а медико-соціальними, і їх рішення лежить не лише в медичній площині. З іншого боку, витоки цих проблем сучасного суспільства починаються саме в підлітковому віці, що зумовлено особливостями фізичного, психосоціального, статевого розвитку підлітків. Отже, і вирішення таких болючих питань повинно розпочинатися саме в підлітковому віці. Для цього необхідна взаємодія

медиків-фахівців, підготовлених до роботи з підлітковим контингентом, психологів, соціальних працівників.

Протягом останніх 10 років в Україні створюються лікувально-профілактичні відділення «Клініка, дружба до молоді» (КДМ), які надають медичну допомогу підліткам та молоді на основі дружнього підходу, рекомендованого ВООЗ, Дитячим фондом (ЮНІСЕФ). Основними принципами роботи КДМ є добровільність, доброзичливість, доступність, конфіденційність, анонімність та підхід до пацієнта без осудження. Суттєвою особливістю роботи КДМ є мультидисциплінарний підхід до надання допомоги підліткам.

Для надання медичної допомоги підліткам за такими стандартами кафедрою підліткової медицини ХМАПО створено цикли тематичного удосконалення «Медико-соціальна допомога підліткам» (1 міс) – для педіатрів, підліткових терапевтів та «Медико-соціальна допомога підліткам в «Клініках, дружніх до молоді» (0,5 міс) – для лікарів КДМ. Основною метою циклів є удосконалення лікарів з питань анатомо-фізіологічних особливостей підліткового віку, особливостей репродуктивного, психосоціального та психосексуального розвитку, проблем ВІЛ/СНІДу, тютюнопаління, наркоманії, збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. Значна увага приділяється питанням профілактики зазначених проблем, методам та засобам профілактичної роботи. Важливим є навчання лікарів особливостям спілкування з підлітковим контингентом, навчання дружньому підходу, доброзичливому ставленню, а також особливостям консультування підлітків з загальних та окремих питань, організації медико-соціальної допомоги підліткам в умовах КДМ.

Для мотивації лікарів до навчання та більш ефективного засвоєння матеріалу кафедрою застосовуються такі форми занять, як проблемні лекції, інтерактивні семінари, семінари-тренінги з окремих питань, практичні заняття у формі ділової клінічної гри. Проводяться заняття з вирішенням життєвих ситуацій за листами підлітків. Проводяться практичні заняття на базі КДМ. Активне навчання передбачає активізацію пізнавальної діяльності, допомагає розвинути навички комунікації. Подібне викладання, без чіткого розділення на вчителя та учня – це метод, при якому відбувається обмін особистим досвідом. Такий підхід до викладання допомагає слухачам, спираючись на свій досвід, проходити навчання активним способом, дає можливість встановити рівноправні стосунки між учасниками семінару. Таким чином, слухачі приймають рішення на підставі індивідуального аналізу, групової дискусії та наставництва викладача.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ХОЛТЕР-МОНІТОРИНГУ В ДІАГНОСТИЦІ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

М.М. ПЕШИЙ, С.М. ТАНЯНСЬКА, В.П. БОЙКО, О.Е. ХОРОШ,
С.М. КОВАЛЕВСЬКА

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава

В останні роки на сучасному етапі розвитку медицини спостерігається чітка тенденція до збільшення серцево-судинної патології у дітей та підлітків. Особливе місце в структурі цієї патології займають порушення серцевого ритму (ПСР), які набувають все більшої поширеності в дитячій популяції. Але діагностика аритмій іноді викликає труднощі через прихований характер, періодичність їх виникнення, відсутність іноді суб'єктивних відчуттів, особливо у дітей молодшого віку. Нерідко виникає несприятливий прогноз при деяких видах ПСР, що визначає актуальність даної проблеми і обґрунтовує необхідність проведення ретельного клінічного обстеження дітей та підлітків з аритміями з обов'язковим призначенням цілодобового моніторингу ЕКГ для диференціальної діагностики ПСР.

З метою оцінки структури аритмій у дітей та підлітків нами на базі педіатричного відділення № 1 Полтавської обласної клінічної лікарні проведено аналіз холтер-моніторингу ЕКГ у 48 дітей віком від 10 до 15 років (25 хлопчиків та 23 дівчинки).

Добовому моніторингу підлягали діти, у яких при ЕКГ-дослідженні виявлено ті чи інші порушення ритму серця. Крім того, всім обстеженим проведено об'єктивні та загальноприйняті лабораторні методи дослідження, а також ехокардіографію.

Значущі порушення ритму та провідності виявлено у 43 (89,5%) дітей. Найчастіше реєструвалась екстрасистолічна аритмія (65,1%). У 19 дітей зафіксовано суправентрикулярну і у 8 – шлуночкову екстрасистолію, при цьому у 3 обстежених екстрасистолія мала алоритмічний характер (за типом бігемінії). У 6 (13,9%) пацієнтів зареєстровано суправентрикулярну та у 2 (4,7%) – шлуночкову пароксизмальну тахікардію. Атріовентрикулярну блокаду відмічено у 2 (4,7%) дітей, а синдром слабкості синусового вузла – у 1 (2,32%) дитини. У 4 (9,3%) пацієнтів виявлено міграцію водія ритму, частіше це було у пацієнтів з вегетативними порушеннями.

Таким чином, у дітей та підлітків виявлено високий відсоток різноманітних порушень ритму серця, що обґрунтовує необхідність та доцільність проведення в обов'язковому порядку холтерівського моніторингу ЕКГ, оскільки наявність складних порушень ритму серця вимагає тільки ретельного спостереження за такими дітьми.

ВПЛИВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ НА ПЕРЕБІГ РЕЦИДИВУЮЧОЇ ТА ХРОНІЧНОЇ БРОХОЛЕГЕНЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

О.М. ПЛАТОНОВА, І.Л. БАБІЙ, А.В. СОЧИНСЬКИЙ

Одеський державний медичний університет. ДМЛ № 1
ім. акад. Б.Я. Резніка, м. Одеса

Останні роки в усьому світі відбувається тенденція до збільшення кількості хворих на гастроєзофагальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ). Ця патологія найбільш поширена у Європі, США, менший її відсоток спостерігається у країнах Сходу. Щодо поширеності цієї хвороби серед населення України (в тому числі і серед дітей), достовірних даних досі немає. Однак хронічний рецидивуючий перебіг ГЕРХ негативно впливає на якість життя хворих. Наявність нетипових «позастравохідних» клінічних проявів ГЕРХ ускладнює діагностику хвороби, призводить до гіпердіагностики інших хвороб. В той же час ГЕРХ погіршує перебіг рецидивуючих та хронічних бронхолегеневих захворювань (рецидивуючий бронхіт, бронхіальна астма, хронічний бронхіт, вторинна хронічна пневмонія при муковісцидозі та ін.). Дискутабельним залишається питання, що за цих нозологічних форм є первинним, а що вторинним. З одного боку, рецидивуючі та хронічні бронхолегеневі захворювання супроводжуються кашлем, внаслідок чого підвищується внутрішньочеревний тиск, що призводить до розвитку ГЕРХ. З іншого боку, сама ГЕРХ за двома відомими теоріями (рефлекторною та аспіраційною) може провокувати появу бронхолегеневої патології та ускладнювати її перебіг.

Метою нашого дослідження було проаналізувати наявність та клініко-морфологічний перебіг ГЕРХ у дітей з рецидивуючою та хронічною бронхолегеневою патологією. Під спостереженням було 12 дітей з рецидивуючим бронхітом та 17 дітей з бронхіальною астмою віком від 12 до 18 років. Серед хворих дещо переважали хлопчики – 62%. При госпіталізації всі діти перебували у стані середньої тяжкості. Всі обстежуваних дітей було опитано згідно з розробленою нами анкетною щодо скринінгу ГЕРХ. За даними літератури опитування пацієнтів зі скаргами, характерними для ГЕРХ, а також пацієнтів без характерних для ГЕРХ скарг продемонструвало високу чутливість та специфічність цього методу. Характерні скарги для ГЕРХ – це печія та регургітація. Їх мали 24,1% обстежених нами хворих. У цієї ж групи пацієнтів при об'єктивному обстеженні відмічалась обкладеність язика, біль при пальпації живота. Всім дітям було проведено Хелік-тест. 13,8% хворих мали позитивні результати цього дослідження. 7 хворим проведено фіброєзофагогастроудоденоскопію (ФЕГДС). У 5 хворих виявлено ГЕРХ I ступ., у 2 – ГЕРХ II ступ., 3 дити-

ни мали гастрит (з них 2 – поверхневий, а 1 – ерозивний), 6 – гастродуоденіт (4 дитини – поверхневий, 2 – ерозивний), недостатність кардії спостерігалась у 1 дитини.

Таким чином, анкетування є неінвазивним методом діагностики ГЕРХ. Впровадження методів скринінгу ГЕРХ серед хворих на рецидивуючу та хронічну бронхолегеневу патологію дозволить виявляти типові та атипові форми захворювання вже на ранній стадії захворювання, своєчасно призначати адекватну медикаментозну терапію, поліпшувати якість життя хворих. Обстеження дітей з рецидивуючою та хронічною бронхолегеневою патологією з використанням інвазивних методів дослідження, таких як ФЕГДС, є необхідним для підтвердження діагнозу ГЕРХ. Необхідно розробити диференційовані підходи щодо діагностики ГЕРХ серед хворих на рецидивуючу та хронічну бронхолегеневу патологію, використовуючи і «золоті стандарти» діагностики (добова рН-метрія), і менш інвазивні методики, враховуючи стан цих хворих і принципи біоетики.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА, РОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫМИ

С.В. ПОПОВ, С.И. БОКОВА

Сумский государственный университет

Количество детей, рожденных раньше срока, имеет тенденцию к увеличению, что связано с повышением уровня оказания медицинской помощи, совершенствованием медицинских технологий. Все большее число женщин, имеющих разнообразные патологические состояния, обуславливающие невынашивание, в конечном итоге благополучно родоразрешаются. Как за рубежом, так и в Украине существующие технологии позволяют выживать до 80% недоношенных новорожденных даже с экстремально низкой массой тела при рождении. В то же время, заболеваемость таких детей существенно выше, нежели рожденных в пределах нормальных значений гестационного возраста. Это обуславливает, с одной стороны, более высокую заболеваемость и смертность в неонатальном периоде, с другой – возникновение определенных проблем и после завершения неонатального периода.

Ряд исследований, проведенных, прежде всего, зарубежными авторами, показывают наличие отклонений, связанных с функционированием центральной нервной системы. Отмечался худший уровень ментального развития, проблемы со слухом, зрением. В то же время одной из систем, функция которой также может быть нарушена в более позднем возрасте, является сердечно-сосудистая. Ряд авторов

указывают на большую вероятность развития гипертонических состояний, признаков вегетативной дисфункции у детей в старшем и подростковом возрасте.

Было проведено исследование по изучению эхокардиографических особенностей у детей, рожденных раньше срока и достигших возраста 10–12 лет. Изучались показатели сердечной гемодинамики, доплерографические параметры магистральных сосудов. Результаты исследования сравнивались с аналогичными параметрами контрольной группы – сверстников, рожденных в срок.

Полученные данные показывали наличие в основной группе большего количества детей с параметрами эхокардиограмм ниже нормативных. В числе таких показателей преимущественно были показатели сократительной способности миокарда, а также показатели максимальных скоростей тока крови магистральных сосудов. В то же время, сравнение средних значений между группами не давало четких различий основных параметров. Анализ коррелятивных зависимостей в основной группе не показал наличия связей между гестационным возрастом и основными показателями кривых скоростей кровотока. Большую связь последние показатели имели с наличием и тяжестью перенесенных в неонатальном периоде заболеваний.

Таким образом, дети, рожденные раньше срока, в старшем возрасте имели ряд отклонений эхокардиографических показателей, свидетельствующих о более низком уровне функционирования сердечно-сосудистой системы. По-видимому, более важным фактором, способствующим развитию указанных изменений, является наличие и тяжесть перенесенных в неонатальном периоде заболеваний.

ГЕНЕТИЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ РОЗВИТКУ ДЕЯКИХ СТАНІВ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ, ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ДО ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

В.І. ПОХИЛЬКО, О.М. КОВАЛЬОВА, З.І. РОССОХА*

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

*Референс-центр з молекулярної діагностики МОЗ України, м. Київ

На сучасному етапі дослідження будь-яких процесів, що відбуваються в організмі дитини, неможливо розглядати без урахування генетичної детермінанти. Зважаючи на те, що гени сімейства глутатіон-S-трансферази (GST) кодують систему прооксидантно-антиоксидантного захисту та впливають на дозрівання легеневої функцій, вивчення зв'язків між поліморфізмом цих генів та розвитком захворювань дихальної системи у немовлят є особливо актуальним.

Метою роботи було дослідити генетичні детермінанти розвитку деяких захворювань у передчасно народжених дітей на прикладі генів сімейства глутатіон-S-трансфераз.

Дослідження було проведено в когорті передчасно народжених дітей (n = 120), які лікувалися у відділеннях інтенсивної терапії (ВІТН) пологових стаціонарів та дитячих лікарень Полтавської області. Генетичний моніторинг новонароджених включав дослідження алейного поліморфізму генів *GSTT1*, *GSTM1* та *GSTP1* за допомогою мультиплексної полімеразної реакції.

Результати дослідження продемонстрували, що делеція гена глутатіон-S-трансферази T1 (нульовий генотип *GSTT1*) зустрічалась у 15,0% дітей, делеція гена глутатіон-S-трансферази M1 (нульовий генотип *GSTM1*) – у 54,2% дітей, а GG генотип *GSTP1* – у 6,7% дітей.

Розрахунки операційних характеристик діагностичних тестів показали, що визначення нульового генотипу *GSTT1* у передчасно народжених дітей має високу специфічність, але низьку чутливість щодо прогнозування розвитку у них пневмонії (специфічність – 0,93, чутливість – 0,17), харчової інтолерантності (специфічність – 0,93, чутливість – 0,17) та внутрішньошлункових крововиливів – ВШК (специфічність – 0,95, чутливість – 0,06) і дещо нижчу специфічність щодо розвитку РДС (специфічність – 0,79, чутливість – 0,28). Визначення нульового генотипу *GSTM1* у дітей також має високу специфічність, але низьку чутливість щодо прогнозування розвитку у них харчової інтолерантності (специфічність – 0,97, чутливість – 0,17), ВШК (специфічність – 0,97, чутливість – 0,06) і дещо нижчу специфічність щодо розвитку пневмонії (специфічність – 0,85, чутливість – 0,06) та РДС (специфічність – 0,78, чутливість – 0,22). Визначення GG генотипу *GSTP1* також має високу специфічність щодо розвитку ВШК (специфічність – 1,0, чутливість – 0,38) та пневмонії (специфічність – 0,96, чутливість – 0,13) і нижчу щодо розвитку РДС (специфічність – 0,75, чутливість – 0,25).

Наявність нульового генотипу *GSTT1* у передчасно народжених дітей збільшує ймовірність застосування у них штучної вентиляції легень – ШВЛ (відносний ризик – 1,11) та кисневої терапії (відносний ризик – 1,06). Наявність нульового генотипу *GSTM1* збільшує ймовірність застосування кисневої терапії (відносний ризик – 1,13), а GG генотип *GSTP1* – ШВЛ (відносний ризик – 1,59) та кисневої терапії (відносний ризик – 1,47, 95% ДІ 1,34:1,60).

Отже, визначення нульових генотипів *GSTT1*, *GSTM1* та GG генотипу *GSTP1* є високоспецифічними діагностичними тестами щодо прогнозування розвитку у дітей пневмонії, ВШК, харчової інтолерантності, а наявність алейного поліморфізму збільшує ризики застосування у них штучної вентиляції легень та кисневої терапії.

ПІВВІКОВИЙ ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ МІОКАРДА У ДІТЕЙ

В.С. ПРИХОДЬКО, Г.С. СЕНАТОРОВА, К.В. СЕРГІЄНКО,
Х.Н. КАКАБАДЗЕ, І.О. СТЕНКОВА, Г.Р. МУРАТОВ,
О.І. СТРАШОК

Харківський Національний медичний університет

Захворювання міокарда тривалий час залишаються найтяжчою патологією серця у зв'язу із труднощами діагностики, диференціальної діагностики та поганим прогнозом. Показники захворюваності й смертності від серцево-судинних захворювань в Україні перевищують аналогічні показники високорозвинених європейських країн у молодших вікових групах (в 3–7 разів!).

Метою роботи було удосконалення діагностики і диференціальної діагностики захворювань міокарда у дітей та запобігання прогресуванню їх у дорослих.

Обстежено 389 хворих, серед яких 27 дітей із дилатаційною кардіоміопатією (ДКМП); 17 – з фіброеластозом ендоміокарда (ФЕ); 29 – з неревматичним міокардитом (НРМ); 255 – із вторинними кардіоміопатіями (постгіпоксичними вторинними КМП – 53, інфекційно-токсичними – 39 і дисметаболічними КМП – 163 дитини). Окрему групу склали діти з порушенням серцевого ритму (ПРС) – 58 хворих та 3 підлітків зі стресіндукованою кардіоміопатією (КМП Тако-Цубо). Строк катамнестического спостереження становив від 1 до 20 років.

У віддаленому катамнезі в групі дітей з первинним діагнозом ДКМП (27 хворих) спостерігалися 22 дитини. Діагноз ДКМП не змінився в 8 хворих: 5 – померли, 3 дітей спостерігаються на цей час з діагнозом ДКМП. 14 хворим цієї групи за результатами катамнестического спостереження діагноз ДКМП було змінено: на НРМ (13 дітей); природжений порок серця (1 дитина). Групу катамнезу з 17 дітей з первинним діагнозом ФЕ склали 16 хворих, серед яких діагноз не змінився тільки у 5 померлих. Іншим дітям діагноз було переглянуто на користь природженого пороку серця у 2 дітей; НРМ – у 5; ДКМП – у 3 дітей. З 29 дітей, яким у ранньому віці було діагностовано НРМ, у катамнезі спостерігалися 26 хворих. Первинний діагноз у дітей цієї групи було змінено тільки у 2 дітей на користь ДКМП, як результат НРМ. Таким чином, серед 64 дітей з первинними діагнозами НРМ, ДКМП та ФЕ, які спостерігалися довгостроково, діагноз залишився без змін у 33 (51,6%) пацієнтів.

У групі з 53 дітей з постгіпоксичним синдромом дизадаптації серцево-судинної системи спостерігалися 36 хворих. Повне одужання настало у 70,5% дітей. У катамнезі обстежено 114 (69,9%) дітей з дисметаболічною КМП. Одужання протягом 3–5 років було зареєстровано в 85,2% дітей. Найбільший відсоток одужання спостерігався у дітей, які перенесли інфекційно-токсичну КМП (87,5%).

У 90,4% всіх обстежених з ПРС було виявлено дисфункцію вегетативної нервової системи. Відмічено підвищення рівня тропоніну I у 41,4% дітей, ІЛ-1 β – у 77,8% обстежених та ФНП- α – у 44,6% хворих.

Трьом підліткам з попереднім діагнозом гострого коронарного синдрому вперше в Україні було встановлено діагноз кардіоміопатії Тако-Цубо. Проведено симптоматичне лікування. Протягом 3–4 тижнів функція серця нормалізувалася.

Таким чином, тривале катамнестичне спостереження дозволяє вважати, що серед дітей з патологією міокарда переважають хворі з міокардитом; наслідки вторинних кардіоміопатій залежать від їхнього різновиду, вчасно проведеної терапії; підвищення рівня тропоніну I у дітей із ПРС свідчить про деструкцію кардіоміоцитів та не залежить від виду аритмій; кардіоміопатія Тако-Цубо може маніфестувати у ранньому віці, імітуючи гострий коронарний синдром.

КОРЕКЦІЯ ДИСБІОЗУ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

М.П. ПРОХОРОВА

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

Алергічні захворювання належать до числа найбільш поширених захворювань дитячого віку. Епідеміологічні дослідження, здійснені згідно з уніфікованими протоколами програми ISAAC в 155 клінічних центрах Європи, Азії, Африки, Австралії та Америки, показали, що поширеність atopічного дерматиту (АД) коливається від 1 до 46%.

Чималу роль у формуванні підтримання патологічного процесу на шкірних покривах та в шлунково-кишковому тракті відіграють зміни біоценозу кишечника. Доведено, що при atopіях поряд із змінами шкірних покривів може уражатися також шлунково-кишковий тракт. Поряд з порушенням мікробіоценозу дисбіотичні стани супроводжуються змінами показників імунного статусу та алергізації організму. Накопичена інформація про позитивну дію окремих пробіотиків на імунітет, процеси метаболізму, детоксикаційну функцію й інші механізми життєдіяльності організму людини передбачає можливість раціонального використання пробіотиків як імуномодуляторів, стимуляторів регенерації тканин, детоксикаторів, антиоксидантів, селективних деконтамінаторів патогенної флори.

Під нашим спостереженням було 32 дітей з дерматореспіраторним синдромом (ДРС), 35 обстежених з atopічним дерматитом (АД) віком від 1 до 14 років. Контрольну групу склали 30 здорових дітей того ж віку. Загальноклінічні методи дослідження включали анамнез хвороби, алергологічний анамнез, дані клінічного огляду.

Кишковий дисбіоз спостерігався у більшості дітей з АД (90,2%) порівняно з обстеженими з ДРС (85,2% випадків відповідно). За даними мікробних карт визначались якісні та кількісні зміни кишкової палички у 54% дітей з ДРС та 62% хворих з АД, ріст умовно-патогенних ентеробактерій (клебсіела, ентеробактер, протей, цитробактер) – у 55,64%, кількість *St. aureus* – у 51,56,5%, дріжджоподібних грибів роду *Candida* – у 41,47,3%, відсутність біфідобактерій виявлено у 75,85%, лактобактерій – у 67,78%. Усі обстежені діти на фоні базисної терапії, яка включала дієтотерапію, ферменти (креон), гепатопротектори (галстена, холівер, хофітол), зовнішню терапію (дермалібур, а-дерма екзомега, елідел), отримували пробіотик біфіформ бебі по 0,5 мл 1 раз на добу з перших днів життя, біфіформ дитячий дітям з 6 місяців по 1–2 порошки двічі на добу, з 2 років по 1 таб. двічі на добу, з 6 років біфіформ комплекс по 1 таб. двічі на добу протягом 2–3 тижнів. У 45,6% матерів дітей з АД було діагностовано дисбіоз кишечника, і їм призначено біфіформ комплекс по 1 таб. двічі на добу протягом 2–3 тижнів.

Після проведеного курсу лікування пробіотиком Біфіформ дисбаланс між рівнем висіву індигенної мікрофлори та умовно-патогенних бактерій зменшився. Концентрація золотистого стафілокока зменшилася до рівня показників у здорових дітей ($p < 0,05$), ріст умовно-патогенних ентеробактерій (клебсіела, ентеробактер, протей, цитробактер) зменшився в 4–5 разів, гемолітичної кишкової палички – в 4 рази, знизилась частота засівання кишечника грибами роду *Candida*. Після застосування пробіотика Біфіформ у всіх дітей виявлено біфідумбактерії і лактобактерії, що виражалось кількісним зростанням показників контамінації кишечника цими видами нормальної мікрофлори – біфідумбактерії – $Ig\ 12,3\ КУО/г$, лактобацили – $Ig\ 10,4\ КУО/г$.

Таким чином, Біфіформ має позитивний вплив на функціональний стан шлунково-кишкового тракту та бактеріологічну ефективність у хворих з алергічними захворюваннями.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ АВАМІС ПРИ ЛІКУВАННІ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ У ДІТЕЙ

М.П. ПРОХОРОВА, В.Є. ХОМЕНКО

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

Алергічні захворювання супроводжують розвиток цивілізації, за останні 20–30 років їх поширеність достовірно зросла (ISAAC, 1998), від них на сьогодні страждає майже кожна четверта дитина в Європі. Алергічний риніт (АР) також відіграє провідну роль в структурі алергіч-

них захворювань дитячого віку. Поширеність його у світі в останні роки значно зросла (у 1,5–3 рази). Як свідчать епідеміологічні дослідження, у розвинених країнах світу кожний шостий страждає на цей вид алергопатології. Епідеміологічні дослідження, виконані за методичними рекомендаціями ISAAC, встановили, що поширеність ринітів в м. Києві серед дітей 6–7 років становить 38,5%, а серед підлітків 13–14 років – 46,9%, АР при цьому діагностується у 5,5 і 5,6% дітей відповідно.

У 30–70% хворих на АР розвивається БА. При тяжкому перебігу АР у частини хворих нерідко спостерігається прихований бронхоспазм. Як зазначають фахівці ВООЗ та ARIA (2001), спостерігається трансформація АР у значної частини хворих на бронхіальну астму.

Під нашим спостереженням знаходилося 67 дітей віком 6–14 років, серед яких у 33 діагностовано сезонний алергічний риніт (САР), у 34 – цілорічний алергічний риніт (ЦАР). У дітей з алергічним ринітом основними клінічними симптомами були: чхання, закладеність носа, слизові виділення з носа, свербіж носа та сльозотеча, свербіж, почервоніння очей. Крім клінічних, нами враховувалися також і дані лабораторного дослідження крові дітей в динаміці.

Авамис призначався дітям від 6 до 12 років по 1 вприскуванню в кожний носовий хід 1 раз на добу, після 12 років по 2 вприскування в кожний носовий хід 1 раз на добу протягом 4 тижнів при АСР та 6 тижнів при ЦАР.

Аналіз ефективності терапії проводився шляхом клініко-лабораторного дослідження хворого до призначення терапії та на 2-й тиждень лікування за наступною шкалою в умовних балах: 0 ум. б. – відсутність симптомів; 1 ум. б. – симптоми виявляються не постійно; 2 ум. б. – симптоми виражені постійно, але не спричиняють порушення загального стану; 3 ум. б. – симптоми виражені постійно і призводять до порушення загального стану; 4 ум. б. – симптоми виражені постійно і спричиняють порушення загального стану, загострення інших алергічних захворювань.

Статистично репрезентовано переважання позитивної динаміки при АСР та ЦАР на 2-й тиждень прийому Авамису: чхання, закладеності носа, зменшення ринореї та сльозотечі, свербіжу, почервоніння очей за рахунок того, що цей препарат має високий рівень споріднення до рецепторів глюкокортикостероїдів та виражену протизапальну дію.

Спостерігалось достовірне зменшення кількості еозинофілів крові після лікування з $12,0 \pm 1,1$ до $6,3 \pm 1,2$ при АСР, з $14,3 \pm 1,3$ до $6,4 \pm 0,8$ при ЦАР та в назальному секреті – від $13,2 \pm 1,4$ до $3,5 \pm 0,8$ при АСР та $21,4 \pm 1,2$ до $4,2 \pm 0,7$ при ЦАР.

До призначення лікування клінічний стан хворих з АСР та ЦАР оцінювався в 3 ум. бали у 82,7, 93,5%, у 2 ум. бали – у 17,3 і 6,5% від-

повідно. Після лікування Авамисом у дітей з АСР та ЦАР 0 ум. б. визначено у 88,5, 78,4% та 1 ум. б. – у 11,5 та 21,6% обстежених.

Таким чином, Авамис є ефективним засобом з протизапальною дією в лікуванні дітей з АСР та ЦАР та рекомендується для використання у вікових дозах протягом 4 тижнів при АСР та 6 тижнів при ЦАР.

ПРОГНОЗУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ ТА ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПРОГНОЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

Т.Л. ПРОЦЮК, О.В. ЧИРКА, Н.М. СУРКОВА, О.Г. ГУЛЬКО,
І.М. ГАНІНА

Вінницький Національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Атопічний дерматит – це глобальна проблема охорони здоров'я, зумовлена її високою поширеністю, істотним зниженням якості життя хворих, включаючи працездатність, змогу навчатися і відпочивати; економічними збитками, до яких призводить дане захворювання. Важко оцінити моральний збиток від атопічного дерматиту, який значно порушує якість життя хворого. Атопічний дерматит – найчастіше алергічне захворювання у дітей, за якого існує значний ризик розвитку ускладнень, а високий рівень якості життя хворих безпосередньо залежить від досягнення стійкої та тривалої ремісії.

Мета дослідження – виявити фактори, що сприяють розвитку ускладнених форм атопічного дерматиту, та фактори, що впливають на становлення стійкої ремісії захворювання у дітей.

Проведено аналіз 96 клінічних випадків тяжкого перебігу IgE-залежного атопічного дерматиту у дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні в 2006–2009 рр. У всіх пацієнтів клінічно встановлено наявність бактеріальних, грибкових та інших ускладнень. Всім дітям проводили визначення рівня IgE, IgA, IgM, IgG у сироватці крові, дослідження функції фагоцитозу. У 47 хворих визначали CD3, CD4, CD8, CD16 та CD22-лімфоцитів.

Для вивчення факторів, що сприяли стійкій ремісії захворювання, проведено ретроспективний аналіз 256 амбулаторних карт хворих дітей, у яких ремісія захворювання складала не менше 2-х років. Аналізувались наступні дані: алергоанагноз, стать, вік дитини, в якому відбувся дебют захворювання, тривалість захворювання, форма атопічного дерматиту, поширеність ураження шкіри, наявність супутньої патології. Статистична обробка матеріалу проводилась за допомогою пакету комп'ютерних програм «Statistica 5.5» з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Встановлено, що наявність дефіциту CD3, CD16 збільшує вірогідність виникнення грибкових ускладнень на 32% ($p < 0,05$), зниження вмісту сироваткового IgA призводило до розвитку бактеріальних ускладнень у 75,5% випадків ($p < 0,05$).

Встановленню стійкої ремісії атопічного дерматиту у дітей сприяв пізній дебют захворювання у віці дітей старше 5 років, відсутність супутньої патології з боку ШКТ та локалізована або обмежена форма захворювання ($p < 0,01$).

ТИП АЦЕТИЛЮВАННЯ – ПРОГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР ТЯЖКОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

С.І. ПРУНЧАК, І.Ф. ПРУНЧАК, А.В. ГАЛУЩИНСЬКА,
Г.І. МАНОЙЛЕНКО

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Бронхіальна астма (БА) у дітей є однією з актуальних проблем алергології, що визначається мультифакторним характером захворювання. Пошук прогностичних генетичних маркерів, що визначають індивідуальні особливості перебігу захворювання, є перспективним кроком у визначенні необхідної індивідуальної лікувальної тактики дітям, хворим на БА.

Метою роботи було вивчення асоціації типу ацетилювання та особливостей перебігу бронхіальної астми в дітей шкільного віку. Проведено клініко-імунологічне обстеження I–II рівня 118 дітей, хворих на БА. Усім пацієнтам визначено тип ацетилювання. Сформовано дві клінічні групи: I група – 68 дітей з повільним типом ацетилювання, II – 50 пацієнтів зі швидким ацетиляторним фенотипом.

Аналіз отриманих результатів показав, що в загальній групі обстежених дітей співвідношення повільних та швидких «ацетиляторів» становило близько 57,6 та 43,4% відповідно, а серед хворих на тяжку БА акценти даного співвідношення відносилися до дітей із низькою активністю N-ацетилтрансферази, частка яких зросла до 67,3% випадків за тяжкого варіанту перебігу захворювання.

Виходячи з цього, правомірним було припустити, що тяжкість перебігу нападів БА в дітей із низькою активністю N-ацетилтрансферази також буде більш вираженою. Висунуте припущення підтверджувалося наявністю достовірного негативного кореляційного зв'язку активності даного ферменту із тяжкістю нападів бронхіальної астми в популяції обстежених дітей ($r = -0,2$, $p < 0,05$), що, в цілому, збігалось з даними літератури. Так, при вступі до стаціонару серед дітей I клінічної групи частіше відмічався тяжкий ступінь обструкції бронхів. Відносна кількість хворих, у яких тяжкість обструкції бронхів оцінювалася сумою більш ніж 17 балів, у I

клінічній групі становила 57,7%, а у II – 35,7% ($p < 0,05$). Відносний ризик розвитку тяжкого ступеня обструкції бронхів при повільному типі ацетилювання відносно хворих зі швидким ацетиляторним фенотипом становив 1,5 [95% ДІ: 1,1–2,1] при відношенні шансів 2,1 [95% ДІ: 0,8–5,0].

Таким чином, визначення типу ацетилювання, як прогностичного маркера тяжкого перебігу нападів бронхіальної астми, що найчастіше виникають при тяжкому неконтрольованому перебігу захворювання, є перспективним та, на нашу думку, може вважатися одним з доступних і неінвазивних генетичних показників, що дозволяє врахувати індивідуальні особливості швидкості метаболічних процесів в організмі дитини для оптимізації лікування.

ЛІКАРСЬКА СТІЙКІСТЬ ЗБУДНИКА ДО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ У ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Н.С. ПУХАЛЬСЬКА

Запорізький державний медичний університет

Однією із пріоритетних проблем фтизіатрії останнім часом є туберкульоз з лікарською стійкістю збудника до протитуберкульозних препаратів. Проблема набула актуальності і в дитячій практиці фтизіатрів. Епідеміологічна ситуація щодо туберкульозу з лікарською стійкістю в Україні ще недостатньо вивчена в усіх вікових групах.

Метою дослідження було вивчення частоти і характеру лікарської стійкості мікобактерій туберкульозу (ЛС МБТ) у підлітків, хворих на цю недугу.

Проведено аналіз ЛС МБТ у 56 підлітків, хворих на туберкульоз органів дихання з бактеріовиділенням. Встановлено, що стійкість МБТ до протитуберкульозних препаратів визначалась у 35 (62,5%) осіб, при цьому у переважній кількості діагностувалась первинна стійкість – у 28 (80,0%) підлітків, ще у 7 (20,0%) розвинулась вторинна резистентність.

Лікарська стійкість в більшості випадків мала мульти- і полірезистентний характер: мультирезистентність визначалась у 14 (25,0%), полірезистентність – у 11 (19,6%), розширена лікарська стійкість МБТ – у 6 (10,7%), монорезистентність – лише у 4 (7,1%) хворих від загального числа бактеріовиділювачів. Слід зазначити, що у 76,5% випадків з мульти- і розширеною ЛС діагностувалась первинна резистентність до хіміопрепаратів. Не може не насторожувати той факт, що лікарська стійкість у більшості підлітків на туберкульоз органів дихання з бактеріовиділенням носить первинний характер.

При аналізі лікарської стійкості до протитуберкульозних препаратів першого (основного) ряду встановлено, що найчастіше стійкість визначалась до стрептоміцину (93,7%), рифампіцину (65,6%), ізоніазиду (62,5%), значно рідше до піразинаміду (34,4%), етамбутолу (31,2%) у розрахунку до всіх випадків з ЛС МБТ. Призначення препаратів резервного ряду хворим підліткам з множинною лікарською стійкістю позначилось на даних резистентності до препаратів цього ряду. Так, число хворих підлітків зі стійкістю до препаратів першого і другого рядів склало 12 (34,3% від числа бактеріовиділювачів з ЛС МБТ) осіб. Серед препаратів резерву резистентність найчастіше визначалась до амікацину, канаміцину, етіонаміду, рифабутину. Лише по одному випадку – до ципрофлоксацину і ломефлоксацину.

Нами проведено аналіз епідеміологічного анамнезу хворих підлітків. Встановлено, що до захворювання контакт з хворими на туберкульоз мали 29 (51,7%) осіб, серед них у 22 (75,8%) підлітків було встановлено контакт з бактеріовиділювачами. На тісний родинний контакт вказував 21 (72,4%) хворий, на подвійний контакт – 7 (24,1%), у вогнищах смерті проживали 10 (34,5%) осіб. Серед підлітків, в анамнезі захворювання яких є дані про контакт, лікарська стійкість визначалась у 19 (65,5%) осіб. Причому, у 12 (57,1%) із числа хворих, які мали тісний родинний контакт, дані резистентності МБТ збігалися з аналогічними даними джерела зараження. Найбільше співпадали ці дані у випадках вогнищ смерті.

Висока частота первинної лікарської стійкості МБТ до протитуберкульозних препаратів у дітей із вогнищ туберкульозної інфекції є свідченням того, що система протитуберкульозних профілактичних заходів, яка давно склалась і зарекомендувала себе, не дає належного ефекту в теперішніх несприятливих епідеміологічних умовах.

ВЕЛОЕРГОМЕТРИЧНА ПРОБА ЯК МЕТОД ДІАГНОСТИКИ ВАЗОВАГАЛЬНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

О.В. ПШЕНИЧНА, Н.О. ЧЕТВЕРИК

Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

Синкопальні стани – одна з актуальних проблем сучасної медицини, у тому числі, педіатрії. В даний час після проведення поглибленого обстеження у 50–60% пацієнтів причина синкопе залишається нез'ясованою. За даними різних авторів і власним спостереженням у дітей близько 15% синкопе мають вазовагальний генез. При цьому доведено можливість виникнення епізодів гіпотензії та/або брадикардії з

можливим розвитком синкопального стану після закінчення фізичного навантаження, особливо при різкому його припиненні у осіб без органічних змін серцево-судинної системи. Європейська асоціація кардіологів (2004) рекомендує застосування проби з фізичним навантаженням у дорослих пацієнтів з синкопе за наявності в анамнезі зв'язку виникнення синкопального стану з навантаженнями (клас свідчень А). В педіатрії до цього часу відсутні дані про вивчення можливостей використання велоергометрії в діагностиці вазовагального генезу синкопе у дітей, що і стало метою нашого дослідження.

В дослідженні взяли участь 23 хворих (12 дівчаток і 11 хлопчиків) віком від 13 до 18 років з нападами втрати свідомості, що рецидивують, у яких генезу синкопе не було виявлено після обстеження. Застосовували загальноклінічні методи, ЕКГ в 12 стандартних відведеннях, ЕХОКГ, добове моніторування ЕКГ за Холтером, ультразвукове доплерівське дослідження брахіоцефальних артерій, пробу з масажем областей синокаротидних зон, ЕЕГ з провокаційними пробами, тілт-тест. Всі пацієнти були консультовані неврологом, психіатром, психологом.

Пробу з фізичним навантаженням проводили на велоергометрії з використанням комп'ютерної програми реєстрації і обробки сигналів. В ході проби безперервно моніторували ЕКГ в 12 стандартних відведеннях, кожні 60 с вимірювали АТ за методом Короткова. Спочатку протягом 1 хвилини проводили вимірювання початкових показників, потім починали пробу з дозованим фізичним навантаженням за протоколом О.В. Певзнера з співавт. (2000). Критерієм припинення проби служила стомленість м'язів ніг, що не дає хворому можливості продовження фізичного навантаження. По досягненні максимально можливого для кожного пацієнта ступеня слідувало різке скидання навантаження і зупинка. Відновний період проводили у вертикальному положенні хворого. У разі розвитку синкопального стану під час проби пацієнта переводили в горизонтальне положення. При негативному результаті тесту пробу припиняли по досягненні 20 хвилин відновного періоду.

Результати дослідження свідчили про індуциваність вазовагальних синкопе у 7 (30,4%) хворих. При цьому у 5 (21,7%) дітей – вазодепресорного типу, у 2 (8,7%) – змішаного типу. Непритомність виникала в середньому на 4–7-ій хвилині відновного періоду в ортостатичному положенні пацієнтів.

Вказане дозволяє зробити висновок про доцільність використання проби з дозованим фізичним навантаженням і активним періодом в ортостазі для виявлення вазовагального генезу непритомності у дітей з синкопальними станами.

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК ТА СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Ю.Г. РЕЗНІЧЕНКО, М.О. ЯРЦЕВА

Запорізький державний медичний університет

В останні роки стан здоров'я дитячого населення у нашій країні погіршився, що пов'язано з цілим рядом причин, а саме – забрудненням навколишнього середовища, низьким соціальним рівнем основної маси населення, порушенням санітарно-гігієнічних норм, в тому числі й якості харчових продуктів, зростанням наркоманії та алкоголізму. Все це призводить до погіршення стану здоров'я батьків, в першу чергу матерів, що опосередковано впливає на адаптаційні можливості новонароджених та перешкоджає їх подальшому фізіологічному розвитку.

Сьогодні проблема росту екологічно детермінованої патології серед дитячого населення в Україні залишається достатньо гострою. Зміни стану навколишнього середовища, загроза порушення самоочищувальної функції біосфери створюють умови для знищення гармонічного зв'язку дитячого організму з оточенням, тому важливим пріоритетом має стати профілактика, зміщення акцентів із хворої дитини на здорову.

Перспективним напрямом наукових досліджень у клінічній педіатрії є науково-обґрунтована розробка комплексних критеріїв оцінки стану здоров'я дитячого населення різних вікових груп, створення системи моніторингу здоров'я дітей у регіонах із різними соціально-економічними та екологічними умовами. На шляху медичного забезпечення здоров'я дітей раннього віку стоять соціально-економічні чинники.

Було проведено обстеження та анкетування 1934 пар мати-дитина, які проживають у великому промисловому місті та містах середньої величини. Встановлено, що на розвиток дітей першого року життя, а також на рівень загальної захворюваності впливають такі соціально-економічні фактори, як ментальні особливості батьків (сімейний стан, рівень освіти, відношення до вживання алкоголю та тютюнопаління, використання предметів догляду за дитиною), психологічний клімат у родині, матеріальне забезпечення сім'ї. Стан здоров'я дітей має певні вади у тому разі, коли дитина не отримує материнського молока або перший прикорм введено раніше встановлених нормативів. Надмірна амбіційність сучасних жінок щодо кар'єрного росту призводить до більш раннього відлучення дитини від груді, жінки-студентки рідше годують своїх немовлят груддю, цілодобове використання памперсів, а також зменшення частоти гігієнічного догляду за немовлям опосередковано впливає й на характер годування та стан здоров'я дитини також. З боку батька

факторами ризику можуть виступати неофіційне працевлаштування, як наслідок цього вищий рівень доходу родини та спотворені нутритивні звички вже з малюкового віку, часті стреси, професійні шкідливості також.

Якщо розглянути соціально-побутові чинники, значний негативний вплив мають відсутність власного житла, мешкання у гуртожитках та в арендованому помешканні, незадовільні умови житла, нестача водо-, газопостачання та ін. Збільшення доходів родини призводить до використання у їжу більшої кількості закордонних та екзотичних продуктів харчування (сумішей дитячого харчування також) замість подовження природного вигодовування.

Отримані дані свідчать, що необхідно проводити профілактичні заходи з урахуванням соціально-економічного стану сім'ї. Це дозволить індивідуалізувати лікувально-профілактичні заходи, що поліпшить стан здоров'я дітей раннього віку.

ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Ю.М. РОМАНОВСЬКА

Медичний інститут Сумського державного університету

Одним із важливих показників індивідуального здоров'я є нервово-психічний та інтелектуальний розвиток дитини. Під час навчання в школі дитина знаходиться у новому для неї середовищі. Процеси адаптації до шкільного колективу роблять важливим визначення психоемоційного стану (ПЕС) дитини.

Вважається, що психоемоційний стан значною мірою визначається спадковістю. Але процес навчання, відносини в колективі, фізичний стан дитини також можуть впливати на психічний стан (агресія, тривожність, стійкість до стресу, невротичні стани, емпатичні здібності, темперамент, імпульсивність) дітей шкільного віку. Також емоційні прояви дитини регулюють її самопочуття та функціональний стан. Дефіцит емоцій може бути причиною зниження працездатності, а надмірний вплив емоційних чинників може викликати стан нервово-психічного напруження і зрив вищої нервової діяльності.

Психоемоційний стан дітей можна визначити за допомогою наступних тестів: методики діагностики показників та форм агресії, методики дослідження рівня імпульсивності, тесту на визначення темпераменту, що визначає реакції людини на інших людей і обставини, діагностики шкільної тривоги, діагностики рівня емпатичних здібностей, тесту на дослідження стійкості до стресу та діагностики невротичних станів. Оцінка результатів тестування проводиться згідно із стандартами, які рекомендують ці методики.

Агресія – це поведінка, спрямована на умисне спричинення шкоди собі і (або) іншим людям. Існує можливість дослідити такі форми агресії, як фізична, агресія, агресія, негативізм, роздратування, підозрілість, образа, відчуття провини. Визначення рівня агресивності дозволяє запобігти проблемі дитини з адаптацією до дитячого колективу та спілкуванням з іншими дітьми.

Визначення рівня імпульсивності дозволяє виявляти дітей, схильних діяти без достатнього свідомого контролю, під впливом зовнішніх обставин або через емоційні переживання. Оцінка темпераменту дозволяє визначити реакції людини на інших людей і обставини.

Важливим також є визначення рівня емпатичних здібностей – здатності до співпереживання, здатності точно визначити емоційний стан іншої людини на підставі мімічних реакцій, вчинків, жестів і так далі. Виявлення дітей із зниження стійкості до стресу дозволяє віднести їх до групи ризику розвитку депресії та психосоматичної патології.

Для оцінки психоемоційного стану також важливим є визначення дітей з високим рівнем невротичних станів. Ці стани можуть проявлятися невротичними депресіями, астеною, істеричним типом реагування.

Важливо виявляти дітей із високим рівнем шкільної тривожності. Тому що постійне відчуття тривоги призводить до замкненості дитини, відлюдкуватості. Також шкільна тривожність призводить до небажання дитини вчитися, породжує страх перед школою та вчителями.

Таким чином, розглянуті методики дозволяють поліпшити профілактику розвитку психосоматичної патології у дітей шкільного віку, поліпшити процеси адаптації дитини до школи, своєчасно проводити корекцію виявлених порушень.

СТАН ІНФІКОВАНОСТІ НА *HELICOBACTER PYLORI* ДІТЕЙ ІЗ РЕАКТИВНИМИ АРТРОПАТІЯМИ

Т.А. РИЧКОВА, Л.І. ТАЛОВЕРОВА

Луганський державний медичний університет

Більше 20 років увагу дослідників привертає спіралеподібна, кислотостійка бактерія, що продукує уреазу – *Helicobacter pylori* (*Hp*), яка була відкрита австралійськими вченими Robin Warren і Barry Marshall у 1983 році. Відомий гастроентеролог М. Blaser вважає, що *Hp* є складовою частиною мікробіоценозу людини та існує з ним багато тисячоліть, а можливо, й мільйонів років. Природне джерело хелікобактерної інфекції – це людина, причому інфікування відбувається в дитячому віці. *Hp* – дже поширена інфекція в світі, але більшість інфікованих (приблизно 70%) протягом всього жит-

тя залишаються безсимптомними бактеріоносійми. В останнє десятиріччя в медичній літературі з'явилися дані про зв'язок інфікованості *Нр* із різноманітними клінічними станами, які не пов'язані з шлунково-кишковим трактом. Виявлено високостовірний причинно-наслідковий зв'язок, що ґрунтується на великих, добре організованих епідеміологічних дослідженнях між персистенцією *Нр* в гастродуоденальній області й дефіцитом заліза, залізодефіцитною анемією, затримкою росту в підлітків й низькими значеннями кінцевого росту.

Ураження слизової оболонки (СО) гастродуоденальної зони в пацієнтів із ревматичними захворюваннями є найбільш поширеними й такими, що суттєво впливають на лікування та прогноз основного захворювання. Одним із важливих чинників, що впливає на ураження СО, є прийом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Ризик розвитку серйозних гастроінтестинальних ускладнень, які загрожують життю пацієнта (геморагія, перфорація, стеноз), серед осіб, які приймають НПЗП, становить 0,1–4% на рік прийому. У патогенезі таких ускладнень основну роль відіграє системне пригнічення синтезу простагландинів. В окремих роботах зазначаються специфічні морфологічні риси ураження СО при *Нр*-гастропатіях і гастропатіях, індукованих прийомом НПЗП. Водночас більшість дослідників вважають неможливим на сучасному етапі чітко диференціювати ураження, спричинені мікроорганізмом і застосуванням медикаментів. Практична значущість і суперечливість отриманих результатів зумовлюють проведення подальших досліджень у даному напрямку, зокрема визначення частоти інфікованості на *Нр* пацієнтів з іншими патологічними станами, у лікуванні яких застосовуються НПЗП.

Тому метою нашої роботи було вивчення частоти інфікованості на *Нр* дітей із реактивними артропатіями (РеА) шляхом визначення титру *Нр* IgG за допомогою The ImmunoComb® II HB IgG Kit фірми Orgenics Ltd у непрямому твердофазному імуноферментному аналізі.

Під нашим спостереженням перебувало 42 дитини віком від 1 до 17 років (хлопчиків – 59,5%, дівчаток – 40,5%). У більшості дітей (69,1%) було діагностовано моноартрит колінного суглоба, частіше лівого, у 11,9% – кульшового, у решти – 8 (19,4%) – олігоартрит обох колінних суглобів.

Отримані дані свідчили, що у 18 (42,9%) дітей титр *Нр* IgG був позитивним. Із них лише 4 (9,5%) дитини мали титр 20 МО/мл, тобто результат був слабопозитивним, у решти – 90,5% пацієнтів – позитивним: коливання титру становили від 40 до 180 МО/мл. Із анамнезу з'ясовано, що тільки 2 (4,8%) пацієнти страждали на гастродуоденіт і отримували комбіновану антихелікобактерну терапію з метою елімінації збудника. Решта дітей, вірогідно, була носіями даного виду мікроорганізмів. При використанні

НПЗП протягом 3 тижнів у лікуванні даної групи пацієнтів клінічних побічних ефектів не спостерігалось.

Таким чином, отримані дані свідчать, що інфікованість на *Нр* серед дітей із РеА становить 42,9%.

ВПЛИВ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ СУЛЬФАТУ ЦИНКУ ТА РЕЦЕПТИВНОЇ МУЗИКОТЕРАПІЇ НА ПЕРЕБІГ ВЕГЕТО-СУДИННОЇ ДИСФУНКЦІЇ У НАЩАДКІВ ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Н.О. САВЕЛЬЄВА-КУЛИК, О.І. СМІЯН

Медичний інститут Сумського державного університету

На сьогодні особливого значення набуває проблема здоров'я нащадків, народжених від батьків, які брали участь у ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції. У дітей із сімей ліквідаторів відмічається високий рівень напруженості регуляторних систем, симптоми хронічного дистресу, порушення вегетативно-метаболічного гомеостазу, а вегетативні дисфункції є одним з найбільш поширених патологічних станів. Так, поширеність вегетативно-судинної дисфункції (ВСД) за даними різних авторів досягає більше 35%.

Метою дослідження було вивчити ефективність комплексного лікування ВСД у нащадків ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС (ЛНА на ЧАЕС) із використанням сульфату цинку та залученням рецептивної музикотерапії (РМТ). Пацієнти I групи (30 дітей) протягом 14 днів отримували стандартне лікування (вегетостабілізуючі, вазотропні, кардіотропні, нейрометаболичні препарати, фізіотерапію). Спираючись на результати попередніх досліджень та виявлену недостатність Zn у нащадків ЛНА на ЧАЕС з ВСД, пацієнтам II групи (39 дітей) в комплексному лікуванні було призначено сульфат цинку по 1 таблетці (0,124 г) тричі на день після їди протягом 14 днів. В III групі (35 пацієнтів), зважаючи на виявлені зміни у психоемоційному реагуванні, на фоні стандартної терапії і призначення сульфату цинку було проведено сеанси РМТ за регулятивною методикою. Контрольну групу складали 27 практично здорових дітей відповідного віку (13–17 років). Ефективність терапії вивчали на підставі імуноферментного аналізу клітинної ланки імунної системи, вмісту імуноглобулінів і цитокінів (ІЛ-2, ІЛ-4), а також оцінки психоемоційного стану пацієнтів, використовуючи психодіагностичні методики «Самопочуття, активність, настрій», «Шкала самооцінки Спілбергера», «Торонтська шкала алекситимії».

За результатами дослідження наприкінці терапії в II і III групах дітей ($p > 0,05$) порівняно з

показниками пацієнтів, які отримували стандартне лікування, виявлено достовірне зменшення вмісту та відсутність достовірної різниці з контрольною групою не лише CD3+, CD8+, CD16+ клітин та IL-2, але й CD4+, CD22+ маркерів, а також IgM, IgA та IL-4 ($p < 0,05$). Рівень IgG знижувався в динаміці лікування ($p < 0,05$), залишаючись підвищеним відносно контрольної групи ($p < 0,05$). За результатами психодіагностичного дослідження наприкінці лікування у пацієнтів II групи достовірно поліпшувались показники за шкалою «Самопочуття», досягаючи значень контролю, а рівень ситуативної тривожності був достовірно нижчим від такого на початку лікування ($p < 0,05$). У дітей, з якими проводили сеанси РМТ, було зафіксовано більш виражені позитивні зміни. Це проявлялось не лише достовірним підвищенням показників за шкалою «Самопочуття», «Настрій», зниженням реактивної тривожності з відсутністю значущої різниці з показниками контролю, а також достовірним зниженням рівня особистої тривожності та алекситимії ($p < 0,05$), однак різниця останніх з показниками контролю зберігалась ($p < 0,05$).

Отже, використання сульфату цинку та залучення РМТ сприяло позитивній корекції імунного статусу нащадків ЛНА на ЧАЕС з ВСД, а також оптимальній модуляції психоемоційного стану. Результати дослідження підкреслюють переваги комплексного лікування ВСД у дітей з обов'язковим психотерапевтичним підкріпленням, однією з форм якого може бути РМТ.

ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ БРОНХОПРОВОКАЦІЙНОГО ТЕСТУ З ГІСТАМІНОМ У ВЕРИФІКАЦІЇ КОНТРОЛЬОВАНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ

С.І. САЖИН, Л.О. БЕЗРУКОВ, І.У. БЕЗРУКАВА, Р.Ю. БІЛЕЙЧУК
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Бронхіальна астма (БА) залишається глобальною проблемою охорони здоров'я впродовж останніх двадцяти років. Міжнародні та регіональні регламентуючі документи акцентують увагу на адекватній базисній терапії, яка дозволяє контролювати клінічні прояви БА та суттєво зменшити тяжкість і частоту нападів. Проте визначення рівня контролю носить суб'єктивний характер і залежить від психологічного стану організму.

Головним феноменом БА вважається гіперчутливість дихальних шляхів, що її відображає мінімальна доза речовини (гістаміну, метахоліну), яка зменшує прохідність бронхів на 20%. Доведено високу діагностичну цінність бронхопровокаційних тестів у верифікації діагнозу

БА, але невивченим залишається питання щодо їх застосування з метою верифікації контрольованості патології.

Мета роботи – дослідити діагностичну цінність прямого бронхопровокаційного тесту з гістаміном (PC₂₀H) для визначення контрольованого варіанту БА відносно її неконтрольованого перебігу в дітей шкільного віку.

На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці з дотриманням принципів біоетики обстежено 58 дітей шкільного віку, хворих на персистуючу БА. Після визначення рівня контролю шляхом анкетування за допомогою АСТ-тесту (сума балів менше 15 свідчила про неконтрольований перебіг, а результат, що перевищував 16 балів, – про частковий або повний контроль) діти розподілялися на дві клінічні групи. Першу (I) групу сформували 36 дітей з контрольованою та частково контрольованою БА, до другої (II) групи увійшли 22 дитини з неконтрольованим перебігом захворювання. Групи виявились порівнюваними за основними клінічними показниками. Для проведення інгаляційного тесту PC₂₀H використовували серійні розчини гістаміну. Визначали концентрацію агента, яка при спірографічному обстеженні викликала зниження об'єму форсованого видиху за 1 с (ОФВ₁) на 20%, або екстраполювали даними за формулою, запропонованою E.F. Juniper.

Встановлено, що в групі дітей з контрольованим перебігом БА концентрація гістаміну, яка викликала зниження ОФВ₁ на 20% щодо вихідного рівня, дорівнювала у середньому 1,3 мг/мл (95% ДІ 0,6–2,0), в II групі – 0,6 мг/мл (95% ДІ 0,3–0,7) ($p < 0,05$). Чутливість бронхопровокаційного тесту з розподільчою точкою, яка перевищувала 0,6 мг/мл, становила 65,2% (95% ДІ 40,8–84,6), специфічність – 85,9% (95% ДІ 65,3–98,6), передбачувана цінність позитивного та негативного результатів – 86,7 (95% ДІ 59,5–98,3) та 69,9% (95% ДІ 47,1–86,8) відповідно. Показник відношення правдоподібності позитивного результату для верифікації контрольованої та частково контрольованої БА відносно її неконтрольованого варіанту – 5,2 та негативного результату – 0,4. При позитивному результаті тесту посттестова ймовірність діагностики контрольованого перебігу захворювання збільшується до 83,2%.

Отже, інгаляційний тест з гістаміном дозволяє поліпшити діагностику контрольованого та частково контрольованого варіанту БА відносно її неконтрольованого перебігу на 33,2%. Низька чутливість не дозволяє рекомендувати його з метою скринінгового дослідження визначення рівня контролю БА у школярів.

КЛІНІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ЕРЕСПАЛУ ТА НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ

Я.В. СЕМКОВИЧ, А.Б. ВОЛОСЯНКО, М.Я. СЕМКОВИЧ,
Л.Я. ІВАНИШИН

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет

Незважаючи на досягнуті успіхи в розробці діагностичних заходів і постійне оновлення лікарських формулярів, пневмонія до цього часу залишається актуальною проблемою сучасної медицини. Захворюваність на пневмонію в Європі і Північній Америці у дітей віком до 5 років складає 34–40 випадків на 1000 населення. Даний показник вищий, ніж в інших вікових групах, за винятком людей похилого. Найвища летальність від пневмонії має місце у дітей раннього віку, незважаючи на впровадження в клінічну практику найсучасніших антибактеріальних препаратів з групи макролідів, фторхінолонів, карбапенемів. Очевидно, однією з причин недостатньої ефективності лікування є орієнтація на застосування виключно антибактеріальних засобів з ігноруванням засобами патогенетичної терапії, і це при тому, що практично всі патогенетичні ланки призводять до зміни паттерну дихання.

Мета роботи: оцінити ефективність впливу фенспіриду гідрохлориду (Ереспал) і небулайзерної терапії на патогенетичні ланки бронхообструктивного синдрому (БОС) при пневмонії у дітей раннього віку. Обстежено 67 дітей віком від 3 місяців до 3 років, які знаходились на лікуванні у педіатрично-діагностичному відділенні Івано-Франківської обласної дитячої лікарні з приводу вогнищевої пневмонії, ускладненої БОС та дихальною недостатністю (ДН) I–II ступеня. З них 42 (63%) дитини, крім базової терапії, отримували Ереспал та небулайзерну терапію Вентоліном, Пульмікортом, Лазолваном у вікових дозах, з корекцією парентеральних введень муколітиків. Контрольну групу склали 25 (37%) дітей, які отримували базову терапію згідно з протоколами МОЗ.

Встановлено, що застосування запропонованої нами схеми сприяє зменшенню ознак обструкції, поліпшенню реологічних властивостей харкотиння вже на кінець 2-ї доби лікування, нормалізації сну, поліпшенню апетиту, порівняно з контрольною групою, де ознаки обструкції зберігались до 4-ї доби. Аускультивно на час госпіталізації вислуховувалися дрібноміхурцеві вологі хрипи у 44 (66%) хворих, крепітуючі – у 17 (26%), ослаблене дихання – у 14 (21%). Фізикальні зміни на фоні прийому Ереспалу мали тенденцію до регресу вже на кінець 2-ї доби лікування, що супроводжувалось зменшенням інтенсивності хри-

пів, і наприкінці лікування лише у 13 (19%) дітей з тяжким перебігом пневмонії при аускультативі дихання розцінювали як жорстке без хрипів.

Позитивними моментами небулайзерної терапії є малоінвазивність методу, безпосередній вплив лікарських засобів на патогенетичні ланки даного захворювання, відсутність системного впливу інгалаційних глюкокортикоїдів (ГК), зменшення потреби у використанні системних ГК, що дозволяє використовувати її як пріоритетну для лікування БОС у дітей раннього віку. Раннє призначення протизапального препарату Ереспал, тропного до епітелію дихальних шляхів, в комплексі з небулайзерною терапією, забезпечує раціональний контроль над симптомами запалення, сприяє поліпшенню реологічних властивостей мокротиння, зменшує ймовірність розвитку ускладнень.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХЛОПЧИКІВ СПОРТСМЕНІВ

Г.С. СЕНАТОРОВА, Н.К. МАЦІЄВСЬКА, О.Ю. КІЗЕНКО,
О.М. АЩЕУЛОВ

Харківський національний медичний університет.
Обласна дитяча клінічна лікарня

Метою дослідження було удосконалення ранньої діагностики функціональних змін серцево-судинної системи у хлопчиків-спортсменів шляхом визначення резервних можливостей серця і особливостей адаптації серцево-судинної системи до фізичного навантаження.

Обстежено 45 хлопчиків-спортсменів 11–17 років, які займаються у секції хокею. Усім підліткам проведено загальноновизнане кардіологічне обстеження з використанням проби з фізичним навантаженням (велоергометрії). Під час велоергометрії оцінювали максимальне споживання кисню (МСК), обчислювали наступні показники: хронотропний резерв серця (ХРС), індекс хронотропного резерву серця (ІХРС), інотропний резерв серця (ІРС), індекс інотропного резерву серця (ІІРС), подвійний добуток (ПД).

За результатами аналізу анамнестичних даних лише один хлопець скаржився на біль у спині. Зафіксовано на ЕКГ значну синусову брадикардію у 5 (11±4,7%) хлопців, синусову тахікардію – у 3 (6,6±3,7%), порушення реполяризації – у 13 (28,8±7,7%), міграцію водія ритму – у 3 (6,6±3,7%), синдром передчасного збудження шлуночків – у 1 (2±0,2%), неповну блокаду правої ніжки пучка Гіса – у 4 (8,8±4,2%). У 8 (17,7±6,0%) юнаків зареєстровано стійкі порушення ритму та провідності, а саме: передсердну екстрасистолію – у 2 (4,4±0,3%), синоатріальну блокаду I–II ступеня – у 3 (6,6±3,7%), АВ-блокаду – у 2 (4,4±0,4%), феномен передчасного збудження шлуночків – у 1 (4±0,4%).

За результатами проведення велоергометрії у 11 (24,4±7,1%) хлопців спостерігалось зниження функціональної адаптації до фізичного навантаження: за рахунок підвищення артеріального тиску до САТ 175±7,7 мм рт. ст., ДАТ 85±5 мм рт. ст. у 5 (11,1±4,7%). У 6 (13,3±5,2%) спортсменів зафіксовано більш вагомні зміни на ЕКГ під час проведення проби та в період відновлення у вигляді підвищення сегменту ST вище ізолінії більш ніж на 3 мм у грудних відведеннях, зниження висоти зубця R.

Порівняння основних показників резервних можливостей серця і працездатності спортсменів не визначило достовірно значущої різниці з обстеженими контрольної групи, окрім МСК. Цей показник достовірно був меншим ($p < 0,03$) у спортсменів 11–13 років (4,6±1,6) проти МСК (5,89±0,88) хлопців контрольної групи; та достовірно меншим ($p < 0,007$) у спортсменів 14–16 років – МСК 5,7±1,15 проти 6,3±0,46 у хлопців контрольної групи.

Отже, у 54% юних спортсменів виявлено порушення серцевого ритму та провідності при ЕКГ дослідженні, у 24,4% – під час проведення проб з фізичним навантаженням було визначено функціональні порушення з боку серцево-судинної системи. Поступове погіршення функціональних можливостей серцево-судинної системи в умовах фізичного навантаження ілюструється зниженням ефективності енергозабезпечення фізичного навантаження, а саме: достовірно значущим зниженням максимального споживання кисню. Враховуючи високу питому вагу функціональних порушень серцево-судинної системи серед хлопців-спортсменів, потрібно проводити поглиблене кардіологічне обстеження з використанням проб з фізичним навантаженням.

ДЕЯКІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Г.С. СЕНАТОРОВА, О.О. РІГА, Н.М. ФЕДОРЕНКО,
Г.Р. МУРАТОВ, Н.С. ОВСЯННИКОВА, О.Л. ЛОГВИНОВА,
О.І. ОВСЯННИКОВ

Харківський національний медичний університет

За даними ВООЗ, в світі близько 20% пололів відбувається до 32 тижнів гестації. Народження недоношеної дитини викликає велику кількість проблемних питань як соціо-етичних, так і медичних. Даний контингент дітей має високий ризик щодо прогнозу виживання та подальшого стану здоров'я. Питома вага народження недоношених дітей в Харківській області, починаючи з 2007 року, наступна: дітей з масою тіла 500–1499 г – 171 (0,67%), 1000–1499 г – 0,47%, 500–999 г – 0,20%. В 2008 році ці показники склали: 500–1499 г

– 202 (0,77%), 500–999 г – 80 (0,31%), 1000–1499 г – 122 (0,46%). Незважаючи на зріст передчасних пологів, питома вага виживання складала в 2008 році 58,4% серед дітей з масою 500–999 г та 88% – серед дітей з масою 1000–1499 г.

Метою дослідження було вивчення найпоширеніших проблем стану здоров'я недоношених дітей.

В області проведено неонатальний аудіологічний моніторинг слухового аналізатора у 659 дітей методом отоакустичної емісії продуктів викривлювання. Первинно негативний тест виявлено у 227 дітей. Протягом низки досліджень стійкий негативний результат залишався у 29, за умови повторного обстеження – лише у 43% дітей. Ще одна патологія асоціюється з малою масою тіла при народженні – бронхолегенева дисплазія. Завдяки удосконаленню методів інтенсивної терапії, а саме: впровадженню в методики INSURE неонатологи досягли виживання дітей з малою масою тіла при народженні. На виживання недоношених дітей впливало також стовідсоткове забезпечення препаратами сурфактанту, який було закуплено за кошти місцевого та державного бюджетів: рівень смертності від респіраторних розладів знизився з 8,91 в 2007 році до 3,84 в 2008 році. Поряд з цим, незрілість респіраторної системи у багатьох із них призводить до формування бронхолегеневої дисплазії. В 2009 році в області було створено центр діагностики та лікування дітей, хворих на бронхолегеневу дисплазію. За цей час на облік у центрі знаходиться 42 дитини. У хворих дітей термін перебування на ШВЛ коливався від 1 доби до 128 діб, у середньому 24,6±7,72 доби. Половина дітей народжувалась з малою (43,75%) і екстремально малою масою тіла (6,25%). Поряд з патологічними змінами в легенях, у всіх дітей виявлено ознаки дисфункції міокарда та у 65,5% – легеневої гіпертензії. Протягом 2009 року з приводу природжених пороків серця прооперовано 102 доношених новонароджених та 5 недоношених дітей з екстремально малою масою тіла з приводу персистенції відкритої артеріальної протоки.

Таким чином, кількість передчасних пологів у регіоні не зменшується. Поряд із складнощами виходжування дітей з дуже малою та екстремально малою масою тіла при народженні на етапі акушерського стаціонару, на етапі подальшого спостереження за ними необхідно приділяти увагу порушенням слуху та функціональному стану респіраторної та серцево-судинної систем. Не викликає сумніву, що на теперішній час вкрай необхідно є розробка протоколів диспансерного спостереження за передчасно народженою дитиною.

НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ОЦІНКИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

І.В. СЕРГЕТА, Н.І. ОСАДЧУК, Д.П. СЕРГЕТА

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Фізичний розвиток вважають одним з найбільш унікальних показників здоров'я населення, що надає можливість визначати як довготривалі зміни у морфофункціональному стані організму, зумовлені процесами біологічного розвитку, так і оцінити особливості впливу чинників природного та соціального середовища, які відрізняються наявністю короткочасної дії. Найбільшого розповсюдження для оцінки фізичного розвитку дітей і підлітків нині набули центильний метод, використання шкал регресії, здійснення розподілу дітей за надлишком і дефіцитом маси тіла, комплексний метод тощо. Разом з тим протягом останніх років практика проведення наукових досліджень, в центрі яких знаходиться оцінка фізичного розвитку, вимагає здійснення пошуку узагальнених за своїм змістом інтегральних показників оцінки його гармонійності і пропорційності та створення шкал бальної оцінки морфофункціонального стану дітей різного віку.

В ході проведених досліджень розроблено комплексний показник гармонійності фізичного розвитку (КПГФР) та методику визначення ступеня ризику виникнення відхилень у морфофункціональному стані новонароджених дітей. Метою створення КПГФР слід було вважати потребу в проведенні індивідуального оцінювання особливостей морфофункціонального стану дітей і підлітків, що перебувають у віці від 6 до 17 років. Алгоритм розроблення передбачав комплексне застосування методів, які дозволяють отримати інформацію про антропометричні та функціональні показники стану організму, обов'язкове використання поняття гармонійності, під яким розуміють оптимальність всіх показників фізичного розвитку дитини для конкретної вікової групи, що надає можливість організму повноцінно пристосовуватися до виконання соціально- і навчально-значущих завдань з найменшими морфофункціональними відхиленнями, унеможливаючи виникнення хронічних захворювань, прагнення не до екстремуму будь-якої окремої характеристики, а до загальної оптимальності організму, мірою якої має бути певний узагальнений критерій гармонійності фізичного розвитку на тлі урахування загальноновизнаних критеріїв, що характеризують рівень здоров'я. Запропонований КПГФР реалізовано у вигляді спеціальної комп'ютерної програми і може бути використаний як скринінг-тест для виявлення індивідуальних особливостей фізичного розвитку дітей, що є основою для обґрунтування доцільності проведен-

ня профілактичних та корекційних заходів, підвищення ступеня ефективності диспансерних спостережень тощо.

Методика визначення ступеня ризику виникнення відхилень у морфофункціональному стані новонароджених дітей передбачає здійснення об'єктивного вимірювання цілого ряду антропометричних показників (довжина і маса тіла, об'єм грудної клітки і голови тощо) та показників, які ураховують особливості перебігу пологів, закономірності взаємозв'язку умов проживання, характеристик функціонального стану, особливостей особистості і стану здоров'я їх матерів та поведінкові стереотипи життєдіяльності останніх протягом підліткового і юнацького віку, а також регіональні нормативні показники фізичного розвитку, виявлення провідних чинників ризику щодо розвитку негативних тенденцій з боку морфофункціональних характеристик організму новонароджених в онтогенезі, встановлення окремих категорій дітей за ступенем ризику розвитку наявних відхилень з боку природних процесів формування критеріальних показників фізичного розвитку новонароджених тощо.

УДОСКОНАЛЕННЯ НАУКОВО-ІНФОРМАЦІЙНОГО ТА ПАТЕНТНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Т.П. СИДОРЕНКО, Т.В. КОШМАН, Т.В. ФОМІНА,
М.Л. ВОДОЛАЗЬСЬКИЙ

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

Сучасний стан та тенденції розвитку проблеми науково-інформаційного та патентного забезпечення різних груп спеціалістів галузі охорони здоров'я підростаючого покоління в умовах інформатизації суспільства характеризуються новими якісними перетвореннями: збільшується число науково-практичних журналів; формується єдине інформаційне поле на базі використання комп'ютерних технологій; поширюється доступ користувачів до глобальної мережі Інтернет, який являє собою найоперативніше джерело інформації, що відкриває доступ до світових ресурсів, надає нові можливості для підвищення професіонального та творчого росту лікарів, дослідників, викладачів. З цих позицій набуває значення залучення інформаційних технологій для ознайомлення зі змістом, рефератом або статтею у наукових медичних журналах та патентних базах даних, особливо в умовах недостатнього фінансування галузі.

Проведений авторами моніторинг українського сегмента Всесвітньої павутини щодо на-

явності в ній електронних версій вітчизняних наукових періодичних видань медичного профілю свідчить, що кількість наукових медичних журналів вільного доступу до першоджерел в мережі за останні два роки збільшилась, але обізнаність медичних працівників з цього питання залишилась низькою майже у всіх професійних групах. Також результати власних досліджень web-простору та опитування різних груп фахівців, у тому числі й у сфері інтелектуальної власності, свідчать про недостатню обізнаність науковців та лікарів щодо наявних патентних баз даних у мережі Інтернет. Тому автори вважають за необхідне запропонувати для використання лікарями та науковцями наступні довідково-інформаційні матеріали: перелік медичних періодичних видань України в Інтернет з вільним доступом до статей та перелік джерел патентної інформації провідних країн світу з безкоштовним доступом. Перелік електронної періодики побудовано за результатами аналізу всіх електронних версій наукових медичних журналів, представлених в українському сегменті мережі Інтернет. У переліку джерел патентної інформації провідних країн світу та України показано режим безкоштовного доступу. Довідково-інформаційні матеріали суттєво доповнюють можливості пошуку необхідної наукової інформації першоджерел у режимі on-line (інформаційні листи «Сучасний патентний пошук: використання можливостей мережі Інтернет», «Наукові медичні періодичні видання України в Інтернет»).

ВИЖИВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПРИРОДЖЕНОЮ ДІАФРАГМАЛЬНОЮ ГРИЖЕЮ ТА АНАТОМІЧНІ ОСОБИВОСТІ ВАДИ

О.К. СЛЕПОВ, О.П. ПОНОМАРЕНКО

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

Природжені діафрагмальні грижі (ПДГ) – комплексні життєво небезпечні ураження, які є не просто анатомічним дефектом діафрагми, а становлять сукупний набір патофізіологічних змін, зумовлених гіпоплазією легень, легеневою гіпертензією, дефіцитом сурфактанту, що і є основною причиною смерті за даної патології. Вони зустрічаються у 1:2000–4000 новонароджених та супроводжуються високою перинатальною смертністю. При ізольованій ПДГ виживання складає від 30 до 80%, при асоційованих вадах розвитку та герніації печінки в грудну клітку новонароджені мають незадовільний прогноз виживання, який складає менше 15%.

У світовій літературі мало висвітлені анатомічні особливості ПДГ та їх вплив на виживання новонароджених. Це погіршує прогнозуван-

ня результатів виживання за даної вади розвитку, призводить до помилок при розробці лікувальної тактики, яка залишається повністю не розробленою з урахуванням вищезазначених проблем.

За останні 28 років проаналізовано історії хвороби (n = 53) та протоколи аутопсій (n = 35) у 58 новонароджених з ПДГ. Серед них: 5 – мертвонароджених і 53 – живонароджених, які знаходились на обстеженні та лікуванні в акушерських та дитячих клініках ДУ «ІПАГ АМН України». В акушерських клініках Інституту народились 39 (67,2%) немовлят з ПДГ. В інших пологових будинках м. Києва, Київської області та інших областей України народились 19 (32,8%) новонароджених з ПДГ, які були направлені на лікування до відділення хірургічної корекції природжених вад розвитку у дітей Інституту. Хлопчиків було 36 (62,1%), дівчаток – 22 (37,9%). Як ізольована вада розвитку ПДГ була у 40 (68,9%) пацієнтів. Асоційовані вади розвитку спостерігались у 18 (31,0%) новонароджених і серед них множинні – у 15 (25,9%).

При проведенні дослідження використовували дані інтраопераційної ревізії діафрагми, органів грудної та черевної порожнини у оперованих дітей, а також дані аутопсії у мертвонароджених та новонароджених, які померли без операції або після неї. ПДГ частіше локалізувались з лівого боку (72,4%), ніж з правого (24,1%) і дуже рідко були двобічними (3,4%). Розташування ПДГ справа негативно впливало на виживання новонароджених, лівобічне розташування – на виживання не впливало. Двобічні ПДГ були несумісними із життям. ПДГ у новонароджених частіше мали наскрізний дефект діафрагми без грижевого мішка (несправжні – 72,4%) і рідко були з грижовим мішком (27,6%), представленим дублікатурою плеври і очеревини (справжні). Несправжні і справжні ПДГ не впливали на виживання новонароджених з цією патологією. Дефект діафрагми при ПДГ найчастіше локалізувався в задньо-латеральному (34,5%), центральному відділі (20,7%), або мало місце тотальне ураження купола діафрагми (29,3%). Локалізація дефекту діафрагми не впливала на виживання новонароджених з ПДГ. Агенезія (аплазія) купола(ів) діафрагми була несумісною із життям. Величина дефекту діафрагми не впливала на виживання новонароджених з ПДГ.

Грижовий вміст був у 98,3% новонароджених з ПДГ. До його складу входили: тонка і товста кишка (87,9%), селезінка (58,6%), шлунок з великим сальником (51,7%), печінка (46,5%), нирка з наднирником (17,2%), хвіст підшлункової залози (6,9%), яєчко із сім'яним канатиком (1,7%). Наявність печінки в грудній клітці у складі грижового вмісту збільшує в 11 разів ризик смерті (91,7%) по відношенню до виживання (8,3%) новонароджених з ПДГ.

ТИМОМЕГАЛІЯ ЯК ПРИЧИНА КОМПРЕСІЇ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ

О.К. СЛЄПОВ, О.В. РИЖЕНКО

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

КЛПЗ «Чернігівська обласна дитяча лікарня», м. Чернігів

Компресія дихальних шляхів у дітей раннього віку має свої особливості через анатомо-топографічні взаємовідношення органів грудної клітки. Грудний відділ трахеї у них анатомічно тісно пов'язаний з іншими органами межистіння. У цієї групи дітей до трахеї спереду інтимно прилягає вилочкова залоза. При збільшенні останньої може виникнути компресія суміжних органів і безпосередньо – трахеї та бронхів. За даними різних авторів, гіперплазія вилочкової залози серед дітей раннього віку зустрічається у 3,5–38,7%, а компресія дихальних шляхів – у 4,5–11,4%.

Діагностика обструкції трахеї у дітей з тимомегалією дотепер залишається незадовільною. Ці діти, як правило, тривалий час лікуються без ефекту від ускладнень обструкції дихальних шляхів у вигляді неспецифічних запальних хвороб органів дихання. Причина обструктивного синдрому здебільшого не встановлюється. Навіть при виявленні синдрому збільшеної вилочкової залози, як причини запальних бронхолегеневих захворювань, адекватне лікування не проводиться через відсутність загальноприйнятої лікувальної тактики. Крім того, дотепер залишаються не вивченими клініко-анатомічні особливості компресії трахеї при гіперплазії вилочкової залози. Все це призводить до тяжких наслідків – частих рецидивів, хронізації бронхолегеневих захворювань, інвалідизації або, навіть, смерті дитини.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ГІПОПЛАЗІЇ ЛЕГЕНЬ ПРИ ПРИРОДЖЕНІЙ ДІАФРАГМАЛЬНІЙ ГРИЖІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

О.К. СЛЄПОВ

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

Гіпоплазія легені – недорозвиток усіх структурних елементів органа, виникає при природженій діафрагмальній грижі (ПДГ) у внутрішньоутробному періоді в результаті здавлення легені гризовим вмістом грудної клітки. Рівень смертності при ПДГ в сучасних умовах надзвичайно високий. Основною причиною летальності при ізольованій ПДГ є гіпоплазія легень та легенева гіпертензія, що призводить до відновлення фетального типу циркуляції крові, з її шунтуванням справа наліво. Рівень смертності

у цих новонароджених залишається дуже високим, досягаючи 80%. Проблема гіпоплазії легень у новонароджених з ПДГ у світовій літературі мало вивчена і висвітлена, відсутня класифікація при даній патології. Це погіршує прогнозування результатів лікування за даної вади розвитку, призводить до численних помилок при розробці лікувальної тактики та високої смертності.

Проведено аналіз результатів обстеження та лікування 58 новонароджених з ПДГ. Серед них: 5 – мертвнонароджених і 53 – живонароджених. Доношеними були 48 (82,8%) немовлят, недоношеними – 10 (17,2%). Хлопчиків було 36 (62,1%), дівчаток – 22 (37,9%). Як ізольована вада розвитку ПДГ була у 40 (68,9%) пацієнтів. Асоційовані вади розвитку спостерігались у 18 (31,0%) новонароджених і серед них множинні – у 15 (25,9%). Використовували наступні методи дослідження: загальноклінічний, морфологічний (морфометричний, гістологічний у померлих дітей), статистичний.

На підставі клініко-морфологічного дослідження легень при ПДГ у новонароджених нами розроблено класифікацію гіпоплазії легень при ПДГ.

- I. За наявності гіпоплазії легень:
 - а) ПДГ без гіпоплазії легень;
 - б) ПДГ, ускладнена гіпоплазією легень;
- II. За поширеністю гіпоплазії:
 - а) гіпоплазія однієї легені (однобічна);
 - б) гіпоплазія обох легень (двобічна);
- III. *За ступенем недорозвитку легені (на боці грижі і на протилежному):
 - а) аплазія обох легень;
 - б) аплазія однієї легені і глибока гіпоплазія іншої;
 - в) аплазія однієї легені і помірна гіпоплазія іншої;
 - г) глибока гіпоплазія обох легень;
 - д) глибока гіпоплазія однієї і помірна другої легені;

е) помірна гіпоплазія обох легень;

IV. За ступенем гіпоплазії обох легень, як відношення їх маси до маси тіла дитини (легенево-корпоральний індекс (ЛКІ), $N = 1,6$):

- а) екстремальна гіпоплазія (ЛКІ = 0,1–0,4);
- б) важка гіпоплазія (ЛКІ = 0,5–1,0);
- в) помірна гіпоплазія (ЛКІ = 1,1 і >);

Примітка: * аплазія легені – < 10% від маси нормальної легені; глибока гіпоплазія – 11–33%; помірна гіпоплазія – 34% і >.

Завдяки запропонованій класифікації вдалося деталізувати особливості гіпоплазії легень при ПДГ у новонароджених, що має значення для прогнозування результатів лікування та розробки раціональної лікувальної тактики за цієї вади розвитку.

ВМІСТ ЦИНКУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

В.В. СЛИВА, О.І. СМІЯН

Медичний інститут Сумського державного університету

Хвороби органів дихання у дітей залишаються в центрі уваги педіатрів, що пов'язано з високою питомою вагою цієї патології в структурі захворюваності. Важливе місце серед всієї бронхолегеневої патології займають гострі бронхіти. Проте на сьогоднішній день залишається багато невирішених питань, пов'язаних з етіологією, патогенезом та раціональним лікуванням цього захворювання.

Значну роль у патогенезі багатьох захворювань відіграє вміст біоелементів. Загальновизнано, що порушення елементного складу плазми крові та зміни в імунній системі є взаємопов'язаними та призводять до порушень метаболічного характеру в організмі, ускладнюючи перебіг основної патології. Зміни вмісту окремих хімічних елементів в організмі дітей є поширеним явищем, яке зумовлює розвиток низки патологічних станів, зокрема повторних респіраторних захворювань.

З огляду на дану проблему, з метою вивчення деяких ланок патогенезу, нами було проведено визначення вмісту цинку в сироватці крові 55 дітей віком від 1 місяця до 3 років, хворих на гострий обструктивний бронхіт, які отримували лікування в інфекційному відділенні Сумської міської дитячої клінічної лікарні. Групу порівняння складала 15 практично здорових дітей.

За результатами проведеного дослідження було виявлено достовірне зниження вмісту цинку в сироватці крові порівняно з аналогічними показниками у здорових дітей.

Оскільки цинк є основним елементом, що регулює активність імунної системи, він є фактором неспецифічного імунного захисту, необхідним для дозрівання специфічних імунних клітин і вироблення цитокінів, то можна опосередковано судити про імунологічні порушення та зниження резистентності організму в обстежених дітей.

Отже, встановлений дисбаланс цинку, який вимагає подальшого уточнення ролі фізіологічних та патофізіологічних механізмів дії біоелементів, що надалі дозволить не тільки розширити знання про патогенез, але й виявити діагностичні і прогностичні маркери розвитку обструктивних бронхітів у дітей раннього віку.

ЕНЕРГЕТИЧНИЙ ДИСБАЛАНС У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ОЗНАКАМИ УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

І.С. СМІЯН, Г.А. ПАВЛИШИН, А.О. СКОВРОНСЬКА,
Н.М. СВІРСЬКА

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

Перинатальні ураження нервової системи займають чільне місце серед захворювань дітей раннього віку та є однією з причин формування тяжких порушень психоневрологічного розвитку. Новим напрямом у ранній відновній терапії новонароджених із ураженням нервової системи стало вивчення енергетичного статусу організму з метою запобігання чи зменшення виявлених ушкоджень, оскільки стан антиоксидантної системи дитини відіграє важливу роль в перші години її життя. Внаслідок негативного впливу гіпоксії під час вагітності, у плода та новонародженого відбуваються порушення обмінних процесів, які призводять до зміни компенсаторно-приспосувальних реакцій організму, дисбалансу в прооксидантно-антиоксидантній системі.

Під спостереженням у відділенні новонароджених перебувала 31 дитина із перинатальними ураженнями нервової системи. Залежно від перебігу вагітності новонароджених було розподілено на дві групи: першу групу складала 14 дітей із необтяженим перинатальним анамнезом. Ураження нервової системи у цій групі відповідала легкому та середньому ступеням тяжкості за класифікацією Сарнат. До другої групи увійшли 17 новонароджених від матерів із несприятливим перебігом вагітності, зокрема, безплідністю, частими викиднями в анамнезі, гестозами, загрозою переривання вагітності, гострими інфекційними захворюваннями у I триместрі вагітності, нефропатією. Для оцінки стану енергетичного обміну новонароджених визначали рівень ферментів лактатдегідрогенази (ЛДГ) та сукцинатдегідрогенази (СДГ) в лімфоцитах периферичної крові за методикою А.Г. Everson Pearse (1957) в модифікації Р.П. Нарцисова. Контрольну групу складала 10 здорових новонароджених.

Отримані дані свідчать про різний вплив гострої та хронічної гіпоксії на стан енергетичного обміну у новонароджених. Так, у групі новонароджених із сприятливим перебігом вагітності при середньо-тяжкому ураженні ЦНС відмічається підвищення рівня ЛДГ порівняно з показниками контролю. Водночас, у групі новонароджених з обтяженим перинатальним анамнезом спостерігається зниження активності СДГ, ЛДГ, що особливо виражено у дітей із тяжким ураженням нервової системи, за Сарнат III стадією (ДІ* – достовірний інтервал $p < 0,01$ порівняно з показниками контрольної групи).

Групи	СДГ	ЛДГ
Контроль	12,51±0,49	13,7±1,01
Перша		
- Сарнат1	15,31±2,31	14,45±2,19
- Сарнат2	14,92±2,25	17,11±1,94, ДІ*
- Сарнат3	-	-
Друга		
- Сарнат1	10,26±0,60, ДІ*	9,97±0,56, ДІ*
- Сарнат2	10,17±1,18, ДІ*	11,57±1,66, ДІ*
- Сарнат3	9,05±0,50, ДІ*	10,01±1,05, ДІ*

Це свідчить про активацію прооксидантно-антиоксидантної системи новонароджених на фоні помірної гіпоксії в момент пологів за умови сприятливого перебігу вагітності та виснаження компенсаторних механізмів метаболізму за умови хронічної гіпоксії, що вказує на доцільність призначення даній групі дітей метаболічних середників у ранньому неонатальному періоді.

КЛІНІЧНИЙ ОБХІД – СКЛАДОВА НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ ПЕДІАТРІЇ

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

Медичний інститут Сумського державного університету

Активізація сучасних технологій навчального процесу у медичних вузах суттєво підвищує роль викладача-клініциста у формуванні серед майбутніх лікарів системного клінічного аналізу при обстеженні та подальшому лікуванні хворого.

Клінічний обхід – важлива складова творчого процесу підготовки кадрів, що активно сприяє формуванню у студентів, лікарів-інтернів, молодих лікарів системного клінічного мислення, оволодінню практичними вміннями роботи з хворими дітьми, розвитку у них здібності здобувати принципово нові знання.

Клінічні обходи дозволяють реалізувати наступні відомі завдання клінічної кафедри: лікувально-діагностичне, навчальне, деонтологічне та виховне, санітарно-просвітне. Завідувач кафедри або доценти не тільки словами, але й власним прикладом навчають студентів, лікарів-інтернів, магістрантів, аспірантів, клінічних ординаторів, молодих лікарів мистецтву вести розмову з хворою дитиною, вибудовувати з нею довірливі взаємовідносини, підкоряти хвору дитину головному – інтересам лікувально-діагностичного процесу. Саме під час таких клінічних обходів у присутності студентів та клініцистів проводиться всебічний комплексний розбір хворої дитини за тієї чи іншої нозології і це є основою навчального клінічного процесу. Клінічні обходи за участю професора, доцентів кафедри дозволяють провести шліфування клінічної майстерності майбутніх лікарів, адже при цьому проводиться оцінка суб'єктивних та об'єктивних даних у кожному конкрет-

ному випадку захворювання дитини з подальшим засвоєнням принципів побудови клінічного діагнозу і призначення лікування конкретного пацієнта. Прослуховуючи практично мікролекцію на прикладі клінічного випадку, студенти отримують уроки вдосконалення конкретних знань. Бесіда консультанта повинна містити психотерапевтичний ефект. В цьому і полягає виховна і деонтологічна мета клінічного огляду. При цьому санітарно-просвітницька інформація з вуст професора або доцента кафедри має особливу вагу, до якої прислуховуються.

Обходи можуть мати статус планового загального обходу хворих дітей у відділенні або у окремій палаті чи тематичного навчального обходу.

Тематичний навчальний обхід проводиться викладачем кафедри при вивченні окремого розділу педіатрії. Планові загальні клінічні обходи готуються завчасно. Завідувачі відділеннями, лікарі-ординатори, медичний персонал, а також хворі діти знають день і годину такого обходу. Такі обходи можуть проводитися для всіх хворих або лише для дітей, які підготовлені за списком завідувача відділенням. Ми також практикуємо клінічні обходи у клінічних залах, де може розміститися велика група студентів, клініцистів, лікарів-інтернів.

Отже, клінічні обходи є важливою і невід'ємною складовою роботи клінічної кафедри і мають бути організовані на достатньому рівні для забезпечення їх важливої ролі у навчальному процесі.

СТАН АНТИЕНДОТОКСИНОВОГО ІМУНІТЕТУ ТА МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

О.І. СМІЯН, О.Г. ВАСИЛЬЄВА

Медичний інститут Сумського державного університету

Призначення антибіотиків при лікуванні негоспітальних пневмоній (НП) нерідко призводить до мікроекологічних порушень кишечника. Пошкоджуючи епітелій, антибактеріальні та відхаркуючі засоби сприяють «прориву» біоплівки на слизовій оболонці шлунково-кишкового тракту та бронхів й пригніченню інших факторів колонізаційної резистентності, створюють сприятливі умови для накопичення та розвитку патогенних мікробів, формуванню локального інфекційного процесу з імовірною транслокацією їх та розвитком суперінфекції. При порушенні клітинної стінки бактерій (збудників пневмоній та умовно-патогенної флори кишечника) під дією антибактеріальних засобів виділяється в кровоплин значна кількість ліпополісахаридів (LPS), на які з часом виробляються антиендотоксинові антитіла.

Метою роботи було вивчення рівня сумарних антиендотоксिनних антитіл в сироватці крові дітей раннього віку, хворих на негоспітальну пневмонію, та складу їх кишкової мікрофлори в гострому періоді захворювання залежно від тяжкості перебігу пневмонії.

Нами було обстежено 138 дітей віком від одного місяця до 3-х років, хворих на НП. Серед них 78 пацієнтів перебували на лікуванні в Сумській міській дитячій клінічній лікарні з приводу пневмонії середнього ступеня тяжкості, 60 – тяжкого. Отримані дані порівнювали з показниками 35 здорових дітей відповідного віку та статі.

В ході досліджень було встановлено, що в гострому періоді захворювання відбувалось достовірне зменшення кількості біфідо- та лактобактерій порівняно з групою контролю ($p < 0,001$). Причому при тяжкому перебігу НП ці зміни були достовірно більшими порівняно з середньотяжкою пневмонією. Крім того, в розпалі захворювання відбувалось достовірне зниження кількості непатогенної кишкової палички ($p < 0,001$). В той же час в бактеріологічному аналізі калу збільшувался рівень умовно-патогенної мікрофлори (УПМ), стафілококів та грибів роду кандиди ($p < 0,001$), причому при тяжкому перебігу НП показники УПМ та грибів був достовірно вищим, ніж при середньотяжкій пневмонії. Паралельно цим змінам, у сироватці крові відбувалось зростання рівня сумарних антиендотоксिनних антитіл до $23,79 \pm 4,224$ УО/мл при середньотяжкій пневмонії та до $33,071 \pm 3,064$ УО/мл при тяжкій НП порівняно з даними групи контролю ($9,42 \pm 0,746$ УО/мл; $p < 0,001$). При тяжкому перебігу захворювання цей показник був достовірно вищим, ніж при середньотяжкому ($p < 0,05$).

Таким чином, у дітей раннього віку в гострому періоді негоспітальних пневмоній при зменшенні кількості індигенної мікрофлори кишечника та підвищенні рівня УПМ, стафілококів та грибів відбувається адекватне паралельне збільшення рівня антиендотоксिनних антитіл у сироватці крові.

Наведені вище дані можуть бути підставою для розробки патогенетично обґрунтованої терапії негоспітальних пневмоній у дітей раннього віку, спрямованої на корекцію антиендотоксिनного імунітету та нормалізацію мікрофлори кишечника.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ХВОРОБИ ГІРШПРУНГА

В.П. СОРОКА

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

Реабілітація дітей після хірургічної корекції хвороби Гіршпрунга є надзвичайно актуальною

проблемою дитячої хірургії і педіатрії. За період з 1983 до 2009 рр. нами радикально прооперовано 277 дітей з хворобою Гіршпрунга віком від 1 міс до 14 років. При розробці відновлювального лікування виходили із даних комплексного обстеження дітей протягом тривалого динамічного спостереження після радикальної операції.

У 89 (32,1%) із всіх оперованих пацієнтів в післяопераційному періоді зберігались функціональні порушення у вигляді рецидиву запору, каломазання та ентероколіту. У 32 (35,9%) дітей застосовані реабілітаційні заходи сприяли повному видужанню протягом перших 2-х років після операції. У решти 57 (20,5%) дітей зберігались функціональні порушення аноректальної ділянки від 3 до 10 років після операції, а саме – каломазання – у 25 (9,0%), рецидив запору – у 23 (8,3%) і ентероколіт – у 9 (3,2%).

Аналіз основних клінічних симптомів, даних обстеження в різні строки спостереження після операції ендоректального зведення та їх порівняльний аналіз дозволили нам виділити найчастіші причини, що гальмували розвиток компенсаторно-адаптаційних механізмів:

1) виражені вторинні зміни зведених відділів ободової кишки та збереженої частини прямої кишки і заднього проходу;

2) природжена відсутність або ослаблення рефлексу на дефекацію (стомування, тривале штучне випорожнення кишечника, радикальна операція);

3) ранні післяопераційні ускладнення, включаючи ті, що зв'язані з методикою операції, технічні помилки операції;

4) порушення цілісності функціональних резервуарів товстої кишки, особливо при її обширних резекціях;

5) вплив супутньої патології (захворювання та вади розвитку ЦНС, хребта, ШКТ і ін.).

Нами розроблено програму відновлювального лікування із врахуванням виявлених причин ускладнень і змін у залишених відділах ободової кишки. Органічні причини ускладнень (ахалазія внутрішнього сфінктера, залишковий агангліоз, стеноз і ретракція анастомозу) підлягали хірургічному лікуванню. Відновлювальне лікування після хірургічного втручання включало: психотерапію, лікувальне харчування, вітамінотерапію, ферментотерапію, корекцію дисбактеріозу кишечника та порушень метаболізму. Місцево, на ділянку анастомозу та дистального відділу товстої кишки, використовували протизапальні, в'язучі, регенеративні засоби; тренувальні клізми. Призначали фізіотерапевтичні процедури (стимуляцію аноректальної ділянки проводили ендотомом або ампліпульсом), ЛФК, масаж і санаторно-курортне лікування.

Індивідуальна реабілітаційна терапія значно поліпшувала результати операції та скорочувала термін відновлювального періоду. При неу-

складненому післяопераційному періоді перший контрольний огляд проводили після закінчення реадaptaції – через 1–6 місяців після виписки із стаціонару. Наступний огляд збігався із закінченням періоду адаптації – через 1 рік. Термін спостереження в клініці був не менше 2 років після останньої операції.

Вважаємо, що систематичний контроль за післяопераційним перебігом допомагає своєчасно виявити та коригувати пізні ускладнення. Діти з чинниками ризику та резидуальними порушеннями повинні перебувати під постійним диспансерним спостереженням до повного одужання.

ВПЛИВ ЗБАГАЧУВАЧА ГРУДНОГО МОЛОКА НА ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ТА МЕТАБОЛІЧНІ ПРОЦЕСИ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Т.І. СТЕПАНЕНКО, В.А. ТИЩЕНКО, М.В. ШИРИКІНА,
О.В. ЯЦЕНКО, Г.М. ЗІБІРЄВА, Н.А. КОВАЛЬЧУК,
В.М. ОСТРОМЕЦЬКА

Дніпропетровська державна медична академія.
Дитяча міська клінічна лікарня № 6, м. Дніпропетровськ

Збереження грудного вигодовування є важливим завданням нутритивного забезпечення недоношеної дитини для її адекватного росту та розвитку. В пізньому неонатальному періоді недоношена дитина має високі потреби у харчових інгредієнтах, перш за все у білку та енергії, які материнське молоко не може забезпечити. Тому для забезпечення потреб дитини використовують збагачувачі грудного молока (ЗГМ). Але їх безпечність, вплив на темпи фізичного розвитку та метаболічні процеси вимагають подальшого вивчення.

Метою дослідження було вивчення впливу збагачувача грудного молока Фрісо на фізичний розвиток та метаболічні процеси у недоношених дітей.

Обстежено 16 недоношених немовлят (гестаційний вік від 26 до 32 тижнів) віком від 2 тижнів до 2 місяців, яким призначали ЗГМ Фрісо. Показанням для призначення ЗГМ були недостатні прибавки маси тіла. ЗГМ призначали при переводі дитини на грудне вигодовування. Дозування ЗГМ залежало від співвідношення потреби дитини у білку та його фактичного отримання з материнським молоком. Усім дітям проведено клінічне обстеження, вивчення фізичного розвитку, біохімічні дослідження крові (загальний білок, альбумін, сечовина, азот сечовини, креатинін, холестерин, тригліцериди). Обстеження проведено до призначення ЗГМ та через 2 тижні після його отримання.

Аналіз отриманих результатів показав, що щоденні прибавки маси тіла у дітей до призначення ЗГМ в середньому склали 12,5 г/добу (від 0 до 17,5 г/добу). Темпи прибавок маси тіла

були нестабільними: відмічалось коливання з періодами підвищення та втрати маси тіла. Після призначення ЗГМ вже на 3-тю добу відмічалось постійні прибавки маси тіла, без коливань, які склали в середньому 36,5 г/добу (від до 70 г/добу). При індивідуальному аналізі фізичного розвитку було з'ясовано, що найбільші темпи прибавки маси тіла спостерігались у недоношених дітей з гестаційним віком від 26 до 29 тижнів, що можливо пов'язано з більшими білково-енергетичними потребами, які задовольнялися за допомогою збагачувача грудного молока.

Підвищені темпи прибавки маси супроводжувалися змінами в метаболізмі. У 13 (81,25%) недоношених дітей до призначення ЗГМ відмічалась гіпопротеїнемія з гіпоальбімінемією, низький рівень холестерину та тригліцеридів. Після призначення ЗГМ у всіх дітей нормалізувався рівень загального білка у крові та відмічалось значне підвищення рівня альбуміну, холестерину та тригліцеридів (в середньому на 28,0, 37,8 та 54,0% відповідно). Достовірного підвищення таких показників, як сечовина, азот сечовини та креатинін, не відбулося.

Таким чином, при застосуванні ЗГМ Фрісо виявлено позитивні зміни в темпах приросту маси тіла недоношених дітей, відбулась оптимізація метаболічних процесів в організмі дитини. Але вимагають подальшого вивчення тривалість застосування ЗГМ, особливості його призначення при різних порушеннях в стані здоров'я недоношених дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ФЕРОТЕРАПІЇ ПРЕПАРАТАМИ РІЗНОЇ ВАЛЕНТНОСТІ НА ГЕМОПОЕЗ ТА ФЕРОКІНЕТИКУ ДІВЧАТОК-ПІДЛІТКІВ

М.Ю. СУЛЬЖЕНКО, Н.М. ГОЛОВЧЕНКО, Т.Г. РУДЕНКО*,
О.В. ПЕТЛЯ*, Т.Ф. ПАШКО*

Луганський державний медичний університет.
*Луганська обласна дитяча клінічна лікарня

Актуальність проблеми залізодефіцитних станів зумовлена не тільки надзвичайно високим рівнем їх розповсюдженості, але й необхідністю підбору адекватної схеми терапії через специфіку всмоктування та впливу на гемопоез різних препаратів заліза. Особливої складності та гостроти ця проблема набуває у дівчаток в пубертатному віці через фізіологічні щомісячні крововтрати, гормональний дисбаланс, швидке зростання, аліментарний та інші фактори, притаманні в цій статеві-віковій групі. Крім того, різноманітний спектр препаратів для лікування залізодефіцитної анемії (ЗДА), представлений на сучасному ринку, потребує удосконалення підходів до їх призначення. Так, відомо, що 2-валентні препарати заліза здатні швидко потрапити безпосередньо в сироватковий фонд заліза

й потім в кістковий мозок, щоб відразу включитися в побудову гема, однак досить часто викликають побічну дію, переважно з боку шлунково-кишкового тракту. Проте ліки, що містять гідроксид-полімальтозний комплекс (ГПК) 3-валентного заліза, всмоктуються значно повільніше, завдають меншу шкоду ендотелію кишечника, але їх особливістю є потрапляння спочатку в депо, з подальшим вивільненням з нього під час тимчасових потреб.

Метою нашого дослідження було порівняти швидкість відновлення гемопоезу та насичення тканинних депо заліза при лікуванні ЗДА у дівчаток-підлітків препаратами 2- та 3-валентного заліза.

Проведено лікування ЗДА I ступеня тяжкості у 80 дівчаток віком від 10 до 17 років, які були розподілені на дві групи, порівнювані за віком: дітей I групи (40 дівчаток) лікували препаратом 2-валентного заліза, II (n = 40) – препаратом 3-валентного заліза із ГПК. В обох групах препарат заліза призначався перорально, між прийомами їжі, із розрахунку 4–5 мг/кг на добу. Контроль ефективності терапії відбувався шляхом клінічного спостереження за редукцією ознак анемії та сидеропенії, визначення гемограми кожні 2 тижні терапії протягом 8 тижнів, а також дослідженням рівня транспортного й тканинного депо заліза на початку та через 8 тижнів після лікування.

До початку лікування дівчатки обох груп мали клініко-лабораторні ознаки анемії та сидеропенії. Через 2 тижні від початку терапії у 31 (77,5%) дівчинки I групи та у 22 (55,0%) дівчаток II групи простежено значне поліпшення самопочуття та зникнення більшості ознак анемії, проте при аналізі гемограми виявлено, що в I групі нормалізація гемоглобіну відбулась у 72,5% випадків, в II – лише у 45,0%. Крім того, ретикулоцитарний криз в I групі спостерігався в 8,0%, тоді як в II групі – лише в 47,5% дівчаток. На 4-му тижні лікування в I групі в 100% випадків відмічено нормалізацію гемоглобіну, тоді як в II групі у 22,5% дівчаток рівень гемоглобіну залишався за межею норми. Проте при контролі рівня депо в I групі через 8 тижнів лікування феритин ще залишався зниженим, тоді як в II групі відмічено значне підвищення рівня феритину, іноді до нормалізації при рівні гемоглобіну на нижній межі норми.

Отже, наведені дані свідчать про більш швидке відновлення гемопоезу при лікуванні препаратом 2-валентного заліза порівняно з 3-валентним, але 3-валентні препарати заліза мають певні переваги в ланці насичення тканинних фондів, що потребує подальшого вивчення й створення нових схем феротерапії.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ КОРЕКЦІЇ ВТОРИННОГО ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ

О.В. ТІТОВА, М.М. КАЛАДЗЕ, К.М. МОРОЗОВА

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

На сьогоднішній день обґрунтовано підходи до лікування вторинної остеопенії, що передбачають терапію основного захворювання, корекцію дієти, оптимізацію фізичного навантаження і застосування фармпрепаратів, що впливають на кістковий метаболізм. У дітей традиційно призначають вітамін D, як монопрепарат, так і в поєднанні з прийомом різних солей кальцію. Однак вітамін D має вузьке «терапевтичне вікно» і часто викликає побічні явища у вигляді гіперкальціємії і гіперкальціурії, збільшуючи ризик каменеутворення, дисметаболических нефропатій.

Мета нашої роботи – підібрати оптимальне лікування вторинної остеопенії (ВО) у дітей із хронічним пієлонефритом (ХП) шляхом порівняльної оцінки двох методів корекції кісткового метаболізму.

На етапі амбулаторної реабілітації нами спостерігалось 80 пацієнтів із ХП у періоді клініко-лабораторної ремісії і вторинним остеопенічним синдромом (середній вік – $12,3 \pm 1,7$ року). Діти I групи (n = 30) для корекції ВО одержували антигомотоксичний препарат Остеобіос («Гуна», Італія) у комплексі з Солідаго композитум С («Хеель», Німеччина). Пацієнтам II групи (n = 30) з цією же метою призначали препарати вітаміну D і карбонату кальцію. Хворим III групи (n = 20) із ХП і остеопенією корекції кісткового метаболізму не проводили. У всіх пацієнтів до та після лікування, а також через 3 місяці проводили ультразвукове дослідження структурно-функціональних властивостей кісткової тканини (Achilles+, Lunar-General Electric Medical Systems, США), визначали біохімічні показники фосфорно-кальцієвого гомеостазу, рівні кальційрегулюючих гормонів і кісткових маркерів.

У результаті дослідження виявлено високу ефективність застосування комплексу антигомотоксичних препаратів Остеобіос і Солідаго композитум С для корекції вторинної остеопенії в дітей із ХП. Зазначений метод не має побічного впливу на ниркову тканину і негативні віддалені зміни в кістковому метаболізмі порівняно з традиційними підходами до даної проблеми.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ АУДИОЛОГІЧНОГО СКРИНІНГУ НОВОНАРОДЖЕНИХ (ДОСВІД В ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ)

В.А. ТИЩЕНКО, Т.М. ПЛЕХАНОВА, І.І. САМОХІНА, Є.Л. БІТЄВА

Асоціація неонатологів Дніпропетровської області.
Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської
облдержадміністрації

Перші роки життя є критичними в плані розвитку дитини, тому ефективні втручання щодо підтримки розвитку мають найбільший вплив. В цей час закладається фундамент майбутньої особистості, формуються основи фізичного та психічного здоров'я. Необхідність ранньої діагностики порушень слуху у дітей зумовлена, насамперед, впливом цієї патології на психоемоційний, інтелектуальний розвиток та соціальну адаптацію. На 1000 фізіологічних пологів народжується одне глухе немовля, а серед дітей, які народилися у термін гестації менше 32 тижнів, цей показник складає 1 на 50. У 2–4% дітей, які отримували інтенсивну терапію, діагностуються значні порушення слуху. Ефективність реабілітаційних заходів залежить від строків виявлення глухоти і обмежена шістьма місяцями. Це є вагомим аргументом необхідності виявлення цієї патології вже з періоду новонародженості.

В Дніпропетровській області з 2009 року в рамках обласної програми «Здоров'я дітей та матерів Дніпропетровщини» розпочато аудіологічний скринінг новонароджених з використанням ефективного електрофізіологічного методу дослідження слуху – феномена викликаного отоакустичної емісії (ВОАЕ). Основними критеріями ефективності цього методу є висока чутливість, специфічність, відсутність ризику для немовляти, простота та швидкість тестування, економічність. Пологові будинки потужністю 1000 та більше пологів за рік були оснащені скринінговими портативними приладами Assu-Screen (Madsen, Данія). Для забезпечення якісного скринінгу проведено семінари-тренінги з підготовки фахівців в пологових будинках.

За результатами обстеження 5462 новонароджених у 169 (3,0%) дітей виявлено відхилення від норми. Отримані незадовільні результати скринінгу, наявність анамнестичних факторів ризику є підставою для проведення розширеного клініко-аудіологічного обстеження у віці 3–6 місяців. В області створено центр реабілітації дітей з порушенням слуху та мови, де виконується повний обсяг діагностично-лікувальної допомоги – від сучасних електрофізіологічних методів діагностики до кохлеарної імплантації, слухопротезування новітніми моделями слухових апаратів, проведення реабілітаційних занять з розвитку слуху та мовлення дітей.

Таким чином, впровадження ранньої діагностики порушень слуху дозволить проводити сво-

часну корекцію, реабілітацію, що знизить ризик затримки психоемоційного, мовного розвитку та інвалідності.

ВАЖЛИВІСТЬ ЕТИКО-ПРАВОВИХ ПИТАНЬ В ПРАКТИЧНІЙ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ

В.А. ТИЩЕНКО, Т.К. МАВРОПУЛО, Т.М. ПЛЕХАНОВА,
Н.С. БАКАЙ, Т.І. СТЕПАНЕНКО, Н.М. КАЗИЦЬКА,
М.К. ЗОЛОТАРЬОВА

Дніпропетровська державна медична академія.
Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ

Клінічна практика доводить, що проблеми та питання, які виникають при наданні медичної допомоги дітям, мають не лише виключно медичний, але й етико-правовий характер, який присутній на всіх рівнях системи «лікар–батьки–хвора дитина». Без чіткого розуміння цих особливостей неможливо гарантувати безпеку дітей при отриманні ними медичної допомоги. Для кваліфікованого надання медичної допомоги лікар повинен не лише мати глибокі теоретичні знання, вміло використовувати практичні навички, але й тонко розуміти психологію хворої дитини та її батьків, чітко усвідомлювати існуючі у цій області етико-правові аспекти.

Досвід свідчить, що будь-яка медична проблема в процесі підготовки лікарів-педіатрів повинна розглядатись виходячи з основних етико-правових принципів: 1) поінформованості пацієнта (батьків, інших законних представників) про стан здоров'я; 2) необхідності отримання згоди на медичні втручання; 3) безпеки для пацієнта; 4) поваги гідності, цінності життя кожного пацієнта; 5) соціальної справедливості. Одним з найголовніших серед них є повідомлення батьків про особливості стану здоров'я дитини та отримання згоди на лікування. Вміння лікаря заспокоїти, об'єктивно проінформувати батьків про методи діагностики, організацію медичної допомоги дитині, розвиток можливих ускладнень і при цьому налаштувати на активну допомогу є обов'язковою як етичною, так і правовою вимогою. Адже на теперішній час при здійсненні медичної допомоги дітям частими етико-правовими проблемами є: патерналістський принцип дій лікаря, який бере на себе всю відповідальність за лікування, зобов'язується діяти на благо пацієнта, але сам визначає, у чому це благо полягає; обмеження у тривалості контакту лікаря та батьків при виникненні невідкладних станів; відмова батьків від діагностики або лікування внаслідок недостатньої поінформованості; негативний вплив некомпетентних порадників (родичів, необґрунтованих медичних даних, які публікуються у СМІ) на рішення, які приймаються батьками хворої дитини.

Розуміючи важливість цього, необхідно на кожному етапі підготовки лікаря-педіатра акцентувати увагу не тільки на надання знань з етико-правових аспектів, але й на постійне відпрацювання навичок спілкування лікаря з хворою дитиною та її батьками. Доцільним є формування вмінь, в першу чергу, контакту з дитиною (якщо батьки відмічають, що дитина не чинить непокори лікарю, вони відносяться до такого лікаря з довірою), впевненого та чіткого викладу даних про хвору дитину у доброзичливій та м'якій формі (це свідчить про високий професійний рівень лікаря, викликає довіру до нього особисто та до закладу, який він представляє), дотримання відповідної дистанції за умови достатньої доброзичливості (полегшує взаєморозуміння у складних ситуаціях), демонстрування твердої волі при висуванні батькам певних вимог (батьки, які втрачають самовладання, не завжди розуміють, що їх поведінка позначається на стані дитини), формування у батьків думки про те, що саме вони найбільше зацікавлені у виконанні лікарських рекомендацій.

КЛІНІКО-НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯТИ ПРОЦЕСІВ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ АЛЬТЕРАЦІЇ ТА РЕПАРАЦІЇ У ДІТЕЙ З АСФІКСІЄЮ ПРИ НАРОДЖЕННІ

В.А. ТИЩЕНКО, Н.В. КРАСОВСЬКА

Дніпропетровська державна медична академія.
Дитяча міська клінічна лікарня № 3, м. Дніпропетровськ

Перинатальна асфіксія – одна з головних причин неонатальної захворюваності і смертності, а також стійких неврологічних розладів серед дітей, які залишились живими. Поряд з процесами альтерації в нервовій тканині розвиваються процеси репарації.

Нами проведено дослідження клінічних та функціональних показників у 83 доношених новонароджених з асфіксією протягом періоду новонародженості з подальшим катамнестичним спостереженням протягом 1-го року життя з формуванням діагностично-прогностичних шкал неврологічної дисфункції, чутливих для оцінки наявного неврологічного дефіциту та прогнозування ступеня ризику подальшого аномального розвитку моторних і когнітивних функцій дитини раннього віку. Нейрофізіологічні дослідження – традиційну електроенцефалографію (з урахуванням міжнародної схеми розташування електродів 10–20, 16-кан EEG, DX-системи, Харків) проведено в 100% дітей; амплітудно-інтегровану EEG (аEEG, CFM Olymric, USA) – в 19 (28,0%); катамнестичне дослідження з оцінкою фізичного, психічного і моторного розвитку за шкалою Л.Т. Журба, Е.А. Мастюкова, в 3, 6, 9 і 12 місяців – в 76%

дітей. Для кількісного аналізу клінічних та нейрофізіологічних даних використано методи непараметричної статистики, перевірку нульової гіпотези за критерієм χ^2 з рівнем значущості 0,9.

На підставі отриманих даних виділено EEG-патерни, що асоціюються з сприятливим прогнозом: легкий ступінь депресії фонові активності в 1-шу добу життя, нормальну фонову активність до 7-ої доби життя. До несприятливих наслідків віднесено виражену затримку психічного та моторного розвитку, формування симптоматичної епілепсії та стійких рухових розладів з наявністю вираженого органічного дефекту при нейровізуалізації. З несприятливим прогнозом корелюють наступні патерни: альтернуючий з міжспалаховими інтервалами більше 20 с в будь-який день, спалах-пригнічення в будь-який день, ізоелектрична EEG в будь-який день, депресія середнього або важкого ступеня після 12 доби життя. Наявність значних порушень фонового патерну аEEG в перші години життя пов'язані з несприятливим прогнозом в 78–91% (залежно від варіанту патерну). Швидке (протягом 24 годин) поліпшення аEEG свідчить про сприятливий прогноз в 61% випадків. Наявність судом підвищує ризик стійких неврологічних порушень, особливо при ранньому їх початку (перші 4 години після народження), свідчить про несприятливі наслідки майже в 75%. Тривалій синдром пригнічення (більше 14 діб), формування патологічних поз та стійких рухових розладів з початком регресу синдрому пригнічення, тривале відновлення рефлекторної активності більше 20 діб (насамперед, смоктального рефлексу), стійкий судомний синдром (понад 7 діб), що вимагає підбору комбінованої протисудомної терапії, корелювали з несприятливими наслідками при катамнестичному обстеженні в 82%.

Впроваджені методики оцінки стану церебральної біоелектричної активності новонародженого мають важливе практичне значення у визначенні прогнозу та оптимізації діагностично-лікувального процесу, обґрунтованого призначення протисудомної терапії. Стандартизована оцінка EEG-патернів дозволила спростити сприйняття лікарями-неонатологами досить складних для інтерпретації нейрофізіологічних даних, а чітка напівкількісна формалізована класифікація нейрофізіологічних патернів дає змогу проводити порівняльний аналіз та динамічну оцінку електроцеребральної активності новонародженого та дитини раннього віку.

РОЛЬ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЗНИЖЕННІ ЧАСТОТИ І ТЯЖКОСТІ УРАЖЕНЬ ЦНС У КРИТИЧНО ХВОРИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

В.А. ТИЩЕНКО, Н.В. КРАСОВСЬКА, І.О. МАКЕДОНСЬКИЙ,
В.Л. БІЛОЗЕРОВА

Дніпропетровська державна медична академія.
Міська клінічна лікарня № 3, м. Дніпропетровськ

Однією з найважливіших цілей лікування критично хворих новонароджених є запобігання тяжким ураженням головного мозку, в тому числі ятрогенних. В той же час, в системі моніторингу основних вітальних функцій у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених моніторинг функціонального стану мозку до цього часу здебільшого не використовується. В якості моніторингу функціонального стану мозку ефективною і доступною для використання в неонатальній практиці є амплітудно-інтегрована електроенцефалографія (аЕЕГ). Метод аЕЕГ ґрунтується на фільтрації і компресії (стисненні) ЕЕГ, що дозволяє аналізувати зміни фонові активності ЦНС за довгий проміжок часу. Дані літератури та досвід досліджень аЕЕГ з 2007 року в відділеннях інтенсивної терапії новонароджених ДМКЛ № 3 свідчать про те, що використання амплітудно-інтегрованої ЕЕГ в неонатальній практиці є одним із резервів поліпшення ранньої діагностики уражень мозку та уточнення неврологічного прогнозу. Позитивна прогностична цінність аЕЕГ складає 86%, негативна прогностична цінність – 91–96%, чутливість – 97–95%, специфічність – 85–89% [1]. Велике значення аЕЕГ має для діагностики субклінічних судом (85% судом клінічно не проявляються); для діагностики фонових порушень ЕЕГ при пневмотораксі, гіпоглікемії та інших метаболічних змінах у критично хворих немовлят; для вивчення відповіді мозку на різні методи лікування, для уточнення доз препаратів; для визначення ступеня зрілості ЦНС у недоношених дітей.

Моніторинг функції головного мозку у критично хворих новонароджених – безсумнівний резерв оптимізації якості інтенсивної терапії і поліпшення неврологічного прогнозу. Другим важливим резервом зниження тяжкості уражень ЦНС та частоти дитячої інвалідності є впровадження міждисциплінарного підходу до лікування тяжких внутрішньошлункових крововиливів з використанням новітніх технологій. ВШК ІІІ–ІV ступеня – одна з найчастіших причин неонатальної смертності, гідроцефалії, ДЦП, тяжкого відставання в розвитку, епілепсії та інших інвалідизуючих захворювань. Зі збільшенням кількості недоношених масштаби цієї проблеми зростають. З п'ятої сьомої доби ВШК (організація внутрішньошлункового тромбу, розвиток венгеруломегалії) доповнюються іншими механізмами пошко-

дження: внутрішньочерепна гіпертензія, ішемія мозку, токсичний вплив продуктів розпаду некротичних тканин і кров'яних тромбів, загибель умовно життєздатних нейронів. В цьому періоді діти з ВШК ІІІ–ІV ступеня потребують розширення арсеналу методів лікування тяжких форм ВШК (тромболітична терапія, лікворофільтрація, венгеруло-субгалеальне шунтування та інші), що можливо за активної своєчасної співпраці міждисциплінарних команд лікарів.

Таким чином, привертають увагу по меншій мірі два резерви оптимізації профілактики, діагностики та лікування уражень ЦНС у критично хворих новонароджених :

- необхідність впровадження в систему моніторингу вітальних функцій критично хворих новонароджених, також моніторингу церебральних функцій (амплітудно-інтегрованої аЕЕГ);
- організація і розширення міждисциплінарної співпраці з впровадження сучасних методів лікування тяжких ВШК.

ЗНАЧЕННЯ ВИГODOVУВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В ЗАПОБІГАННІ РОЗВИТКУ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ

Н.І. ТОКАРЧУК, Є.В. ТИМЧУК, Т.В. ЧЕКОТУН,
Т.В. САВИЦЬКА*, Ю.В. ПЕРЕСУНЬКО*, В.В. ЛАГОДА*

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова.

*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Харчування впливає на життєдіяльність організму дитини, її стан здоров'я, розвиток та формування як особистості. Оптимальний розвиток дитини спостерігається лише тоді, коли вона отримує фізіологічну їжу. На сьогодні відомо, що характер вигодовування та збільшення прибавки маси тіла дитини на першому році життя впливають на можливий ризик розвитку надмірної маси тіла (НМТ) та ожиріння в майбутньому, а також атерогенних змін в спектрі ліпопротеїдів. Крім того, доведено значення лептину в нормальній регуляції надбавки маси тіла дітей в різні вікові періоди дитинства.

Мета роботи – оцінити характер вигодовування у дітей раннього віку з НМТ та ожирінням.

Обстежено 90 дітей віком 1 місяць – 3 роки. Основну групу склали 70 дітей з НМТ та ожирінням: 20 дітей знаходились на грудному вигодовуванні, 22 – на штучному та 28 – на змішаному вигодовуванні. До контрольної групи увійшли 20 дітей з раціональним харчуванням, фізичний розвиток яких відповідав віку. Оцінено анамнестичні дані, фізичний розвиток дітей, біохімічні показники ліпідного обміну та рівень лептину.

Серед обстежених з НМТ та ожирінням переважали діти гестаційного віку 39–40 тижнів, з

масою тіла при народженні більше 4 кг. Аналіз вигодовування обстежених дітей з НМТ та ожирінням показав, що у переважної більшості дітей було виявлено порушення режиму вигодовування. Так, діти, які знаходились на грудному вигодовуванні, мали порушення вигодовування у вигляді збільшеної частоти годування, прикорм отримували з $5 \pm 0,5$ місяця у вигляді фруктово-овочевих соків та пюре. Тоді як діти, які знаходились на штучному вигодовуванні, отримували їжу збільшеним об'ємом та мали прикорм раніше призначеного терміну з $4 \pm 0,5$ місяця у вигляді молочних каш та молочнокислих продуктів. Діти, які знаходились на змішаному вигодовуванні, отримували суміші переважно неадаптовані, великим об'ємом, який не відповідав віку.

Оцінка показників ліпідного обміну свідчить, що у дітей, які знаходились на штучному та змішаному вигодовуванні, вміст холестерину та тригліцеридів достовірно вищий, ніж даний показник у дітей, які знаходились на грудному вигодовуванні. Рівень проатерогенних ЛПВЩ, атерогенних ЛПНЩ та КА у дітей, які знаходились на штучному та змішаному вигодовуванні, достовірно відрізнявся від показників, у дітей, які знаходились на грудному вигодовуванні. Щодо показників ЛПДНЩ, то його рівень не мав достовірної різниці у обстежених дітей. Рівень лептину був достовірно вищим як у дітей з ожирінням, так і з НМТ у дітей, які знаходились на змішаному та штучному вигодовуванні, особливо на неадаптованих сумішах.

Таким чином, раціональне вигодовування у дітей раннього віку має велике значення у запобіганні розвитку НМТ та ожиріння.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ З МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА

Г.М. ТРАВЕРСЕ, С.М. ЦВІРЕНКО, М.О. ТРАВЕРСЕ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вивчення фізичного розвитку передчасно народжених дітей у різні вікові періоди є надзвичайно важливим не лише тому, що змінилися критерії живонародження, збільшилося виживання новонароджених, але й тому, що це один з важливих показників здоров'я дитини.

Метою досліджень була оцінка фізичного розвитку дітей, які народилися з масою тіла менше 2500 г, в неонатальному періоді, на першому році життя та у дошкільному віці. Проаналізовано медичну документацію 150 дітей, які народилися з малою масою тіла (менше 2500 г). Залежно від гестаційного віку та відповідності маси тіла терміну гестації дітей було розподі-

лено на такі групи: 1-ша група – 24 доношені новонароджені з затримкою внутрішньоутробного розвитку, 2-га група – 22 дитини з недоношеністю I ступ. із затримкою внутрішньоутробного розвитку, 3-тя група – 48 недоношених II ступ., 4-та група – 44 недоношених III ступ., 5-та група – 12 недоношених новонароджених IV ступеня.

Як всі біологічні процеси в організмі дитини, фізичне формування підкорюється біологічним законам і характеризується послідовністю та нерівномірністю росту і розвитку. Результати дослідження показали, що у дітей з терміном гестації 29–32 тижні транзиторна втрата маси тіла зберігалася більш тривало, ніж у дітей, народжених на 33–37 тижні гестації (13–15 і 7–9 днів відповідно). У 46% доношених із затримкою внутрішньоутробного розвитку також спостерігалася сповільнене відновлення маси тіла (до 12–13 днів). При цьому слід відмітити, що у немовлят з гестаційним віком 29–32 тижні фізіологічна втрата маси тіла становила в середньому 5,8%, а у дітей з більшим терміном гестації – 7,6%.

Згідно з даними літератури про фізичний розвиток цих дітей на першому році життя та у подальші вікові періоди, параметри їх є значно нижчими, особливо у дітей із затримкою внутрішньоутробного розвитку порівняно з доношеними дітьми з нормальною масою тіла. Отримані нами дані дещо протирічать цим відомостям. Проведений аналіз динаміки маси тіла, як одного з інтегральних показників фізичного розвитку, дозволив виявити, що маса тіла у дітей віком один рік, за якими тривало спостереження, коливалася в межах від 6300 до 11500 г. В середньому цей показник становив 9400 г. У 14,7% дітей маса тіла була меншою 8000 г, у 38% дітей – в межах 8000–9000 г, у 26,7% – 9000–10000 г, у 18,6% – 10000–11000 г, у 2% – маса тіла була понад 11000 г. Привернув увагу такий факт, що у дітей, чия маса до віку 12 місяців була нижче середньої, відмічалася недостатня прибавка маси упродовж перших трьох місяців життя. Разом з тим визначено, що більшість дітей, які народилися з масою тіла меншою 1500 г, мали в перші місяці життя достовірно вищу прибавку маси тіла, ніж це показують джерела літератури.

Аналіз показників зросту у обстежених дітей виявив, що 47,3% дітей в 12 місяців життя мали зріст 60–65 см, 38,7% дітей – 66–70 см, 9,3% – 71–75 см, 4,7% – 76 см і більше. Середні показники зросту достовірно не відрізнялися у хлопчиків і дівчаток і відповідали антропометричним стандартам за гестаційним віком.

Таким чином, вивчення фізичного розвитку дітей, які народилися з малою масою тіла, показало, що динаміка основних антропометричних показників у них має певні особливості на першому році життя.

ОКИС АЗОТУ ТА ЕНДОГЕННА ІНТОКСИКАЦІЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА РЕЦИДИВУЮЧИЙ БРОНХІТ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

З.М. ТРЕТЬЯКЕВИЧ, О.В. БАБІНОВА

Луганський державний медичний університет

В останні десятиріччя в механізмах розвитку багатьох захворювань визнається важлива роль ендогенної інтоксикації (ЕІ). У дітей, які хворіють на рецидивуючий бронхіт (РБ) із супутньою патологією жовчовивідних шляхів, активуються процеси вільнорадикального окиснення (ВРО) білків та ліпідів, що призводить до накопичення ендотоксинів. Визначна роль в ініціації ВРО надається окису азоту (NO), який поряд з участю в регуляції найважливіших біологічних процесів може проявляти токсичну дію та призводити до розвитку ЕІ. Питання про вплив NO на функціонування систем, що регулюють продукцію вільних радикалів у дітей, досі не вирішено.

Метою даної роботи було вивчення вмісту NO та показників, що відображають ступінь ЕІ у дітей з РБ і супутньою патологією жовчовивідних шляхів. Під нашим спостереженням перебувало 59 дітей 6–17 років із РБ і супутньою патологією жовчовивідних шляхів. Серед них у 28 (47,5%) дітей виявлено дискінезію жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) за гіпокінетичним типом, у 8 (13,6%) – ДЖВШ за гіперкінетичним типом, у 17 (28,8%) – хронічний некалькульозний холецистит та у 6 (10,1%) – хронічний холецистохолангіт у стані ремісії. Крім того, у 26 (44,1%) пацієнтів діагностовано різні прояви деформацій жовчного міхура. Контрольну групу склали 30 практично здорових дітей, які постійно мешкали у м. Луганську. Наявність ЕІ оцінювали за інтенсивністю процесів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ), окислювальної модифікації білка (ОМБ) та станом системи антиоксидантного захисту (АОЗ). Кількісний вміст окису азоту (NO_x) у сироватці крові визначали за сумою показників його стабільних метаболітів NO₂⁻ (нітрит-іон) та NO₃⁻ (нітрат-іон). Вивчення цих показників проводили на 2–3-ій день звернення хворих з приводу рецидиву основного захворювання. При дослідженні сироватки крові дітей, які перебували під спостереженням, виявлено активацію процесів ПОЛ, що проявлялось накопиченням у крові кінцевого продукту – МДА. Цей показник був підвищеним в 1,5 разу порівняно з контролем. До того ж у хворих дітей відмічено активацію процесів ОМБ. Вміст продуктів перекисного окиснення білків був збільшеним за рахунок підвищення у сироватці крові альдегіддинітрофенілгідрозону та кетодинітрофенілгідрозону на 48 та 35% відповідно порівняно з контрольною групою. Активація системи АОЗ проявлялась збільшенням активності антиоксидантних фер-

ментів – каталази та супероксиддисмутази – у 2,8 та 3,2 разу відповідно щодо показників здорових дітей. Поряд з активацією процесів ПОЛ, ОМБ та системи АОЗ, у хворих дітей виявлено підвищення вмісту NO_x в 2,2 разу порівняно з контролем ($r = +0,96-0,97$).

Таким чином, у дітей, хворих на РБ із супутньою патологією жовчовивідних шляхів, виявлено наявність ЕІ, про що свідчили активація процесів ПОЛ, ОМБ та системи АОЗ, а також збільшення концентрації стабільних метаболітів NO. Наявність прямого сильного кореляційного зв'язку між збільшенням вмісту NO_x та підвищенням показників, які характеризують ступінь ендотоксемії, свідчить про важливу роль окису азоту в індукції окисного стресу та розвитку ЕІ. Ми вважаємо, що вміст NO у сироватці крові дітей, хворих на РБ із супутньою патологією жовчовивідних шляхів, є об'єктивним показником для визначення наявності ендотоксемії і може використовуватись для розробки нових підходів до профілактики ЕІ за допомогою антиоксидантів.

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ ЗА ДАНИМИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛІЗУ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

З.М. ТРЕТЬЯКЕВИЧ, В.В. ШЕВЧЕНКО, С.Г. ПЕТРОВА, Н.М. БАБЕНКО, О.М. КАЛІКИНА, Н.О. ФЕТИСОВА

Луганський державний медичний університет.
Міська дитяча багатопрофільна лікарня № 1, м. Луганськ

Для дослідження функціонального стану вегетативної нервової системи (ВНС) останнім часом в клінічну практику активно впроваджується аналіз варіабельності серцевого ритму (ВСР). Це пов'язано з можливістю комп'ютерної обробки даних добового (холтерівського) моніторингу ЕКГ (ХМ ЕКГ). Спектральний аналіз (СА) ВСР дає змогу диференціювати активність відділів ВНС при різноманітних фізіологічних та патологічних умовах життєдіяльності організму.

З метою вивчення стану вегетативної регуляції та порівняння характеристик ваго-симпатичного балансу було досліджено показники СА ВСР в 39 дітей 8–18 років, які мали функціональні порушення біліарного тракту на тлі недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ). Першу групу склали 25 дітей з дисфункцією жовчовивідних шляхів за гіпокінетичним типом, другу – 14 дітей з дисфункцією жовчовивідних шляхів за гіперкінетичним типом. ХМ ЕКГ здійснено на комп'ютерному комплексі «Кардіотехніка 04-8М» («Інкарт», Санкт-Петербург), тривалість моніторингу становила 24±2,3 години. Вивчали високочастот-

ний (HF), низькочастотний (LF), дуже низькочастотний (VLF) компоненти спектру, $\log_{10}HF$ (%) та співвідношення LF/HF, яке відображає баланс активності симпатичного і парасимпатичного відділів ВНС, за весь період моніторингу та при виконанні ортостатичної проби.

СА середньодобових показників ВРС виявив збалансоване співвідношення відділів ВНС в модуляції серцевого ритму лише у 20,51% із загальної кількості дітей (16% хворих першої групи і 21,43% другої). У 51,28% дітей обох груп за незначною перевагою другої групи (48,0 та 57,42% відповідно) було наявне абсолютне та відносно збільшення потужності LF, а також збільшення співвідношення LF/HF, що відображало перевагу тону симпатичного відділу ВНС. Перевагу потужності компонента HF, який є маркером підвищеної активності парасимпатичного відділу ВНС, було виявлено у 36% дітей першої групи і 21,45% другої. За результатами ортостатичної проби реактивність парасимпатичного відділу ВНС була збережена майже у 43,6% хворих обох груп, в той час як у 56,4% пацієнтів констатовано її зниження. Вегетативне забезпечення характеризувалось адекватним збільшенням активності симпатичного відділу ВНС у 47% дітей і надмірним у 29%. Зниження потужності LF зареєстровано у 24% дітей. Крім того, у 58% дітей виявлено зниження спектральної потужності VLF у відповідь на навантаження, що можна розглядати як відображення регулюючого впливу автономної ВНС, насамперед, симпатичного відділу. Підвищення потужності VLF, що було зареєстровано у 42% дітей, вказувало на посилення центрального ерготропного впливу вищих вегетативних центрів і відображало ступінь зв'язку автономних вегетативних рівнів регуляції з надсегментарними.

Таким чином, результати спектрального аналізу ВРС свідчать про те, що у дітей з функціональними порушеннями біліарного тракту на тлі НДСТ реєструються різноманітні варіанти зміненої вихідної вегетативної активності. При навантаженні частіше спостерігається абсолютне або відносно посилення симпатичної активності автономного чи центрального генезу, що відображає характер резервних можливостей організму в цього контингенту дітей.

ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ КАРДОНАТ НА АКТИВНІСТЬ МАРКЕРІВ АПОПТОЗУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

С.В. ТРИШИНА, О.В. КУДЕНКО, С.В. ТРИШИН, Т.А. ШЕЛІХОВА,
Н.В. НІКІТІНА, Ю.М. ВІНОХОДОВА

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

Останнім часом в педіатрії розвивається «метаболический» напрям, головною метою якого є

не тільки теоретичний і прикладний аналіз клітинного енергообміну, але й пошуки засобів його адекватної корекції. Ключова ланка енергетичного комплексу клітини – мітохондрії, які присутні у цитоплазмі усіх еукаріотичних клітин і які виконують такі життєво необхідні функції, як регуляція апоптозу і внутрішньоклітинний розподіл кальцію, окислювання органічних молекул з синтезом АТФ, утворення стероїдів тощо.

Метою даного дослідження було вивчення окремих маркерів апоптозу в динаміці лікування карбонатом у дітей у фазі ремісії бронхіальної астми (БА) на етапі реабілітації.

Обстежено 79 дітей, які хворіють на БА на етапі реабілітації, віком від 8 до 14 років, які проходили курс реабілітаційної терапії у пульмонологічних клініках м. Сімферополя та санаторіях Криму. Першу основну групу склали 19 дітей з персистуючою БА легкого перебігу, другу – 20 дітей з персистуючою формою БА середньої тяжкості. Всім дітям призначали стандартний комплекс лікування (інгаляції, масаж, ЛФК), а також в якості активатора метаболічних процесів обрали карнітин, який є складовою частиною препарату Кардонат («Сперко», Україна, Вінниця). Крім 100 мг карнітину, він включає 50 мг L-лізину гідрохлориду, 1 мг коферменту B_{12} (кобаміду), 50 мг коферменту B_1 (кокарбоксілази), 50 мг коферменту B_6 (піридоксаль-5-фосфату). Кардонат призначали по 1 капсулі двічі на добу протягом 18 днів. Побічних реакцій не зареєстровано. З маркерів апоптозу визначали ІЛ-2, 4 та рецептори CD 95/FAS.

Таким чином, під впливом санаторного лікування кількість лімфоцитів, які несуть рецептор CD95, достовірно знижується відносно вихідного рівня, але залишається у рамках фізіологічного діапазону. Дискретність таких маркерів апоптозу, як ІЛ-2 та ІЛ-4, яка виявлена у хворих дітей, має компенсаторне значення та спрямована на нормалізацію цього біологічного процесу у фазі ремісії хвороби. В процесі лікування карбонатом у дітей, які хворіють на персистуючу БА, зменшується активність ІЛ-4, тоді як активність інших маркерів залишається незмінною.

ЗМІНИ АМІНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ КРОВІ У ДІТЕЙ З НЕДІАБЕТИЧНОЮ КЕТОНЕМІЄЮ НА ТЛІ НЕРВОВО-АРТРИТИЧНОЇ АНОМАЛІЇ КОНСТИТУЦІЇ

О.В. ТЯЖКА, Г.Е. КОЗИНКЕВИЧ

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

Актуальність роботи полягає у вивченні білкового обміну в дітей з нервово-артритичною

аномалією конституції (НААК). В основі НААК лежить генетично зумовлене порушення обміну речовин, зокрема пуринового, та нестійкість інших видів обміну (вуглеводного та ліпідного). Одним із маркерів НААК є недіабетична кетонемія (НК), яка характеризується гіперкетонемією, гіперурикемією, ацетонурією, що зумовлені підвищенням вмісту у крові кетонових тіл: ацетону, ацетооцтової кислоти та β -оксимаєляної кислоти – продуктів часткового окислення жирних кислот, які утворюються внаслідок розпаду кетогенів. НК зустрічається у 4–6% дітей (за деякими даними – у 8%) віком від 1 до 10–12 років, переважно з нервово-артитичною аномалією конституції. НААК є основою формування серцево-судинних захворювань, подагри, сечокам'яної хвороби, цукрового діабету, ожиріння, хвороб нервової системи. Однією з причин виникнення різних патологічних процесів, що проявляються дисфункціями нервової системи і спричиняють виникнення різного роду нервових і психічних захворювань та синдромів, є порушення складу амінокислот та їх попередників в організмі.

Нами проведено комплексне дослідження амінокислотного складу в сироватці крові згідно з класифікацією транспортних систем (McGivan J.D., Pastor-Anglada M., 1994).

Під спостереженням було 56 дітей віком від 3 до 13 років, у яких визначався амінокислотний склад транспортних систем: x_{AG}^- (глутамат і аспарат), y^+ (основні – гістидин, лізин, аргінін, орнітин), А/ASC (малі нейтральні – аланін, глутамін, метионін, гомоцистеїн, серин, треонін, цистин), L (великі нейтральні – валін, ізолейцин, лейцин, тирозин, фенілаланін) та системи Gly (гліцин).

Було сформовано дві групи: I – діти з НК на тлі НААК (30), II – практично здорові діти (26). Результати опрацьовували статистично, використовуючи критерій t і кореляційний аналіз.

Отримані дані показали, що у дітей з НК на тлі НААК мали місце зміни в крові концентрацій 19 досліджуваних амінокислот, які належать до різних транспортних систем. Зокрема, значно підвищені рівні амінокислот системи x_{AG}^- : глутамат ($40,94 \pm 5,81$ мкмоль/л у дітей I групи порівняно з II групою $7,71 \pm 0,116$ мкмоль/л) та аспарат ($3,64 \pm 0,40$ проти $2,1 \pm 0,087$ мкмоль/л), які належать до збуджуючих амінокислот, тим самим порушують співвідношення збуджуючих/гальмуючих амінокислот, що призводить до підвищення активності центральної нервової системи. Підвищення рівня серину ($16,80 \pm 1,70$ мкмоль/л в I групі порівняно з II групою $14,1 \pm 0,185$ мкмоль/л) з системи А/ASC, орнітину ($12,60 \pm 1,14$ проти $6,0 \pm 0,127$ мкмоль/л) з системи y^+ вказують на активацію пуринових і піримідинових основ. Також спостерігається підвищення рівня гомоцистеїну ($0,58 \pm 0,03$ мкмоль/л в I групі порівняно з II групою $0,5 \pm 0,01$ мкмоль/л). Щодо інших амінокислот

має місце зниження показників порівняно з контрольною групою.

Отримані дані свідчать, що у дітей з НК на тлі НААК порівняно з контрольною групою виявлено зміни амінокислотного складу крові, що дозволяє зробити висновок про наявність тісного взаємозв'язку між активацією нервової системи і порушенням пуринового обміну, який проявляється підвищеним вмістом збуджуючих амінокислот.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ГІПЕРАЦИДНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

О.В. ТЯЖКА, В.І. БОБРОВА, С.С. ВОРОНИНА, Т.В. РУБАН,
О.В. ГУР'ЄВА, М.В. БЕЛЯКОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
Дитяча клінічна лікарня № 9, м. Київ

В педіатричній практиці антисекреторна терапія повинна мати свої особливості. Зважаючи на вікові особливості солянокислої секреції, фізіологічний рівень якої у дітей нижчий, ніж у дорослих, варіанти терапії, які рекомендуються дорослим, не є зовсім обґрунтованими для застосування у дітей. На сьогодні не існує єдиної точки зору на можливість призначення антисекреторних препаратів у дітей, що свідчить про необхідність вивчення впливу їх на кислотність шлунка у дітей.

Під нашим спостереженням перебувало 408 дітей віком від 8 до 16 років з верифікованим хронічним поверхневим гастродуоденітом в періоді загострення. Залежно від стану шлункової секреції хворих було розподілено на 3 групи спостереження: I група – 225 (55,1%) дітей з нормальною кислотоутворюючою (КУ) функцією шлунка, II група – 104 (25,5%) дитини з підвищеною КУ функцією шлунка, III група – 79 (19,4%) дітей зі зниженою КУ функцією шлунка. Проведений порівняльний аналіз КУ функції шлунка залежно від статі й віку свідчив, що серед хворих дітей всіх вікових категорій, незалежно від статі, переважає нормальна КУ функція шлунка. При вивченні давності гастроентерологічного анамнезу виявилось, що при збільшенні тривалості захворювання відмічались тенденція до зниження кількості дітей з гіперацидністю і переважання показника гіпоацидності. Аналіз залежності частоти порушень КУ функції шлунка від спадковості показав, що спадковість не впливає на формування гіперацидного синдрому у дітей з ХГД. У частини дітей спадковість сімейного анамнезу за захворюванням органів шлунково-кишкового тракту була необтяженою. Під час клінічного обстеження дітей також не було відмічено залежності вираженості больового синдрому від рівня базальної кислотності. У дітей з гіперацидним

станом переважав ниючий характер болю і лише у 23% хворих больовий синдром був короткочасним і нападopodobним. Серед диспептичних проявів у обстежених нами хворих переважали нудота і відрижка повітрям.

Для верифікації діагнозу 56 дітям проводили гістологічне дослідження слизової оболонки (СО) фундального, антрального відділу шлунка та СОДПК. При гістологічному дослідженні у 42 дітей діагностували неатрофічний гастрит, у 14 – атрофічний гастрит. В процесі проведення дослідження було встановлено певні відмінності гістологічних змін СОШ та СОДПК залежно від стану КУ функції шлунка. При збереженій КУ функції шлунка виявлено хронічний запальний процес помірного ступеня активності, не відмічено дистрофічних процесів в кислотоутворюючих клітинах і слизоутворюючих залозах. При гіперацидному стані шлункової секреції реєструвався хронічний запальний процес вираженого ступеня активності й атрофічні зміни СО фундального і антрального відділів шлунка, нерівномірне розташування залоз, порушення їх архітекtonіки, гіперплазія брунерових залоз. При гіпоацидному стані виявлено хронічний запальний процес помірного ступеня активності, гіпотрофію СОДПК із зменшенням кількості залоз, порушення їх архітекtonіки. З метою діагностики інфікованості дітей *H. pylori* було оцінено результати двох методів дослідження – серологічного та гістологічного. При проведенні серологічного дослідження інфікованість *H. pylori* виявлено у 62,5%, при гістологічному дослідженні – у 26,1%.

Таким чином, виходячи з результатів проведеного дослідження, у 55,1% обстежених дітей перебіг ХГД відбувається на тлі нормальної КУ функції шлунка. В основі розвитку гіперацидного синдрому лежить виражений запальний процес в СОШ та СОДПК. Виникнення компенсаторної гіперсекреції у відповідь на розвиток запалення призводить до посилення функціонування залозистого апарата і спричиняє порушення структури і архітекtonіки як кислотоутворюючих клітин, так і слизоутворюючих залоз. Виявлена нами гістологічна ознака гіперацидного синдрому надає можливість диференційовано підійти до призначення антисекреторних препаратів.

АНТИГІПОКСИЧНЕ ТА ПРОТИШЕМИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНО-АЛЕРГІЧНИХ МІОКАРДИТІВ У ДІТЕЙ

О.В. ФЕДОРЕНКО, І.Л. БАБІЙ

Одеський державний медичний університет

Останніми роками дослідники звертають увагу на зростання захворюваності дітей і підлітків, причому патологія серцево-судинної систе-

ми займає одне з перших місць серед захворювань дитячого віку. З них важливою проблемою є міокардити, зокрема інфекційно-алергічного генезу, що пов'язано зі збільшенням їх питомої ваги внаслідок погіршення соціально-економічної та екологічної ситуації. Незважаючи на досягнуті в останні десятиріччя успіхи в лікуванні та профілактиці даних захворювань, їх оптимізація залишається однією з найактуальніших проблем сучасної дитячої кардіології. У зв'язку з цим пошук нових засобів удосконалення сучасних схем медикаментозної терапії інфекційно-алергічного міокардиту у дітей, які сприяють поліпшенню їх здоров'я та якості життя, є одним з пріоритетних в педіатрії.

Метою даного дослідження було вивчення впливу антигіпоксичних та протишемічних препаратів на зміни, що виникають у ішемізованому серці дітей, та гіпоксію при інфекційно-алергічному міокардиті.

Під спостереженням перебували 72 дитини віком від 3 до 16 років, які проходили лікування у кардіоревматологічному відділенні дитячої міської лікарні № 1 ім. акад. Б.Я. Резника, м. Одеса (головний лікар Будяк Л.С.), а також у кардіологічному відділенні Одеської обласної клінічної лікарні (головний лікар Гудзь В.А.). Серед обстежених дітей хлопчиків було 35, а дівчаток – 37. У дітей, хворих на інфекційно-алергічний міокардит, досліджували функцію зовнішнього дихання, показники перекисного окислення ліпідів та кислотно-основного балансу.

Дітей було розподілено наступним чином: діти першої групи отримували традиційну базисну терапію; другої – окрім традиційної терапії, отримували антигіпоксичний препарат; третьої – базисну терапію та протишемічний препарат; четвертої – базисну терапію в комплексі з антигіпоксичним та протишемічним препаратами.

Результати проведеного лікування виявили, що у дітей, які отримували антигіпоксичні та протишемічні препарати у комплексі з базисною терапією, клінічне одужання наставало у більш короткі терміни. Також у більш короткі терміни відбувалось відновлення функції зовнішнього дихання, показників перекисного окислення ліпідів і кислотно-основного балансу.

Таким чином, застосування антигіпоксичних та протишемічних препаратів у комплексній терапії дітей, хворих на інфекційно-алергічний міокардит, дозволяє підвищити ефективність лікування даного контингенту дітей, сприяючи зниженню їх захворюваності, відновленню функціональних можливостей захисних систем організму дитини та поліпшенню якості їх життя.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ СУЧАСНОГО ДОШКІЛЬНИКА

О.Є. ФЕДОРЦІВ, Н.Ю. ЛУЧИШИН

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

Передумовою функціональної активності індивідуального бар'єру психологічної і психічної адаптації дітей дошкільного віку до несприятливих умов мікро- і макросоціального оточення є підтримання їх психологічної стійкості. Доведено, що реакція на такі впливи залежить від конституціонально-типологічної і психологічної характеристик особистості. Тип нервових процесів впливає на формування певного стилю поведінки, визначає особливості перебігу психічних процесів і швидкість розумових операцій, швидкість та міцність запам'ятовування, стійкість уваги та можливість її переключити. Тому, особливості темпераменту позначаються на навчальних здібностях, діяльності дитини і загалом на можливості адекватної адаптації до умов мікро- та макрооточення. Визначення темпераменту дітей становить ряд труднощів, однак особливості його рис яскраво помітні під час ігор, у побуті, при спілкуванні з дорослими та однолітками.

Максимально формалізованою і компактною, такою, що опирається на детально розроблену модель особистості і враховує закономірності як психологічного, так і фізіологічного рівня, вважається типологічна класифікація Д. Кейрсі, основана на працях К.Г. Юнга та І. Майєрс-Бріггс.

Визначення психологічного типу здійснено у 149 організованих дітей віком від 4 до 5 років. Більшість (69,8%) з них можна охарактеризувати як екстравертів, тобто таких, які швидко орієнтуються і діють у новій для них ситуації. Вони легко взаємодіють з людьми, що їх оточують, і адаптуються до нових мікросоціальних умов, мають багато друзів, у спілкуванні проявляють ентузіазм, експресивність. Такі діти впевнені у собі, спокійно переносять негативні контакти, тому отримують більше підтримки від дорослих і ровесників. У психологічному типі 20,1% дітей проявлялись виражені ознаки інтровертованості: обережність у діях і нових ситуаціях, відносна стриманість у спілкуванні. Для цієї групи дітей характерний повільний розвиток соціальних навиків. У 10,1% дітей виявлено риси, притаманні для амбівертного типу з екстравертною лінією. Для таких дітей характерна комунікативність, стійкість поведінкових реакцій на несприятливі впливи соціального та екологічного середовища.

Аналізуючи анкетні дані та результати спостереження, у 54,4% дітей виявлено ознаки сенсорно-плануючого (SJ) типу, основними рисами яких є відповідальність, субординаційність і організованість. Сенсорно-імпульсивний

(SP) тип особистості був притаманний 18,8% обстежених дітей. Такий тип осіб характеризують як свободолюбивих та імпульсивних. 15,4% дошкільнят проявили риси інтуїтивно-логічного (NT) типу особистості (високі дослідницькі здібності, прагнення систематизувати інформацію, невизнання авторитетів). Найменшу за чисельністю (11,4%) групу склали діти інтуїтивно-емоційного (NF) типу. У їхніх психологічних особливостях найбільш вираженими є художній склад, духовність, легкість у спілкуванні з оточуючими.

Використання результатів типологічної діагностики за методом Д. Кейрсі дозволяє оцінити потенціал організованості дітей з метою вдосконалення форм їх мотивації в процесі навчання та успішної соціалізації, що, в свою чергу, розглядається як вагомий компонент розвитку у старшому дошкільному періоді.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ВІТАМІННО-МІНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ У ДІТЕЙ З ДИFUЗНИМ ЕНДЕМІЧНИМ ЗОБОМ І СТУПЕНЯ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТРАВНОЇ ТА КІСТКОВОЇ СИСТЕМ

О.Є. ФЕДОРЦІВ, О.П. БУГЕРА

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

Проведено оцінку ефективності використання вітамінно-мінерального комплексу Мульти-табс в комплексному лікуванні дітей з дифузним ендемічним зобом (ДЕЗ) І ступ.

Серед обстежених дітей, які отримували вітамінно-мінеральний комплекс, було 37,04% дітей без супутньої патології, 22,22% дітей із супутньою патологією травної і кісткової систем, 33,33% дітей із супутньою патологією кісток та 7,10% дітей із комбінацією більше трьох нозологічних форм. Виявлено поліпшення денситометричних показників у 14,29% дітей з ДЕЗ І ступ. без супутньої патології та у 11,11% дітей з ДЕЗ та поєднанням патології травної і кісткової систем. Погіршення денситометричних показників виявлено у дітей з ДЕЗ та поєднанням патології травної та кісткової систем – 11,11 та 3,70% дітей із ДЕЗ І ступ. та супутньою ортопедичною патологією. Дітей, котрі отримували традиційне лікування, із погіршенням денситометричних показників виявлено 20,00% серед групи дітей із ДЕЗ без супутньої патології, 45,93% дітей із патологією кісткової системи та 14,81% дітей із супутньою ортопедичною патологією та патологією травної системи.

Після отриманого курсу лікування дітям проведено аналіз показників рівня загального кальцію крові та добової екскреції кальцію з сечею. Виявлено, що у 22 дітей, які не отримували лі-

кування з приводу збільшеної щитовидної залози, рівень кальцію крові та сечі знизився порівняно із первинними показниками, особливо показники кальцію крові у дітей з ДЕЗ I ступ. без супутньої патології ($p < 0,001$). У дітей, які отримували для лікування тільки йодомарин, при повторному обстеженні показники рівня загального кальцію крові та рівня кальцію в сечі достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$) від первинних показників. При контрольному обстеженні дітей, які отримували комплексний вітамінно-мінеральний препарат, рівень кальцію крові залишався на попередньому рівні, а добова екскреція кальцію з сечею виявилась достовірно вищою у дітей з ізольованим ДЕЗ I ступ. ($p < 0,05$), а також вищою у інших групах спостереження порівняно із первинними результатами та із рівнем кальцію в сечі у дітей, які отримували йодомарин.

Таким чином, на фоні додаткового використання в лікуванні дітей з ДЕЗ I ступ. вітамінно-мінерального комплексу Мультитабс поліпшується обмін кальцію в організмі, про що свідчить збільшення добової екскреції кальцію з сечею ($p < 0,05$), причому суттєвих змін в мінералізації кісток не спостерігається.

ПОШИРЕНІСТЬ ДИСПЛАСТИЧНИХ АНОМАЛІЙ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ

Т.О. ФІЛОНОВА, В.М. САВВО, Є.М. ЗАЙЦЕВА

Харківська медична академія післядипломної освіти

В останні десятиріччя стійко зберігається інтерес до проблеми патології сполучної тканини, яка бере активну участь у забезпеченні гомеостазу, морфогенезу і реалізації системної відповіді на дію різноманітних фізіологічних і патологічних факторів. Повсюдне поширення сполучної тканини та її поліфункціональність визначає можливість поліорганної симптоматики. Провідну роль у життєзабезпеченні організму мають органи кровообігу, отже, значущість диспластичних аномалій серця для формування кардіоваскулярної патології є найбільш актуальною.

Відомості про частоту виявлення малих структурних аномалій розвитку серця вкрай суперечливі (від 40–50 до 95–98%), що зумовлено їх видом, вираженістю клінічних проявів, контингентом обстежених.

Ураховуючи роль сполучнотканинної дисплазії у формуванні кардіологічних захворювань дитячого віку, ми провели аналіз частоти виявлення диспластичної патології серця.

Встановлено, що кардіоміопатії диспластичного генезу займають перше місце в порівняльній структурі кардіологічної патології серед дітей м. Харкова (67,5%). За останні роки має місце чітка тенденція до збільшення їх пошире-

ності (20,1 на 1000 дитячого населення в 2009 р. проти 15,1 в 2005 р.). Даний факт зумовлений, очевидно, як прогресуючою їх частотою, викликаною накопиченням генних дефектів у популяції, дією несприятливих факторів середовища, так і кращою діагностикою, особливо в останні роки при проведенні профілактичних оглядів. Зріз по місту Харкову з урахуванням даних окремих поліклінік також підтвердив вказану закономірність: поширеність диспластичних кардіоміопатій на 1000 дитячого населення збільшилася серед дітей шкільного віку (30,1 в групі дітей 7–14 років та 25,4 у дітей 15–17 років в 2009 р. і відповідно 25,3 і 23,8 у 2005 р.). Тут також, певно, відіграли роль проведені поглиблені медогляди і клінічна маніфестація з віком. Більш поглиблений аналіз структури малих аномалій розвитку серця (МАРС) проведено за результатами обстеження дітей на кафедрі педіатрії на базі міського кардіоревматологічного відділення. Найчастіше виявлялися: додаткові, переважно діагональні, хорди в порожнині лівого шлуночка (76,6%), пролабування мітрального клапана (36,9%), аномалії підклапанних структур (28,1%), дилатація стовбура легеневої артерії (20,7%). Рідше зустрічалися пролабування трикуспідального та аортального клапанів, аневризма міжпередсердної перегородки, аномалії аортального клапана. У переважній кількості дітей було виявлено поєднання 2–3 МАРС. Частота виявлення МАРС залежала від віку. У дітей старшого віку відмічалось наростання ступеня пролабування мітрального клапана і ознак його міксоматозної дегенерації, зростала частота виявлення дилатації аорти на рівні синусів Вальсальви, пролабування аортального клапана, що може бути зумовлено посиленням диспластичних процесів у сполучнотканинній стромі серця. У старшому віці відмічалось зменшення частоти мікроаномалій правого передсердя, що може бути зумовлено вдосконаленням диференціювання кардіальних структур, адаптаційною перебудовою кровообігу.

Таким чином, встановлено значне збільшення частоти виявлення диспластичних аномалій серця у дітей. Спектр малих аномалій розвитку серця різноманітний: найчастіше реєструються аномальні хорди лівого шлуночка, пролапс мітрального клапана. Визначається їх залежність від віку дітей (деякі зазнають зворотного розвитку, частота виявлення інших збільшується). Отримані дані дозволяють оптимізувати лікувально-профілактичну роботу і виконувати стратегію з ідентифікації донозологічних і преморбідних станів у дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ «МІНЕРАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ» ДІТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ

Т.В. ФРОЛОВА, О.В. ОХАПКІНА

Харківський національний медичний університет

Стан мікроелементного (МЕ) гомеостазу дитини характеризується насамперед пластичністю і динамічністю змін протягом росту й розвитку, що пов'язано як з анатомо-фізіологічними особливостями потреб, так і різним ступенем чутливості до дії зовнішніх чинників (як сприятливих, так і шкідливих) у різні вікові періоди дитинства. Насамперед, це необхідно враховувати в «критичні періоди росту і розвитку» дитини, зокрема у пубертатному періоді, коли відбувається становлення статевих функцій, що нерідко супроводжується характерними функціональними розладами з боку окремих систем дитячого організму.

З метою визначення особливостей формування «мінерального профілю» підлітків, які постійно мешкають у Харківському регіоні, проведено динамічне дослідження вмісту мікро- та макроелементів у волоссі 1567 дітей віком від 12 до 17 років. Мінеральний вміст волосся вивчали за допомогою методу гамма-активаційного аналізу на потужному прискорювачі електронів з енергією 22 МеВ, струмом 500 мкА. Абсолютні значення вмісту МЕ визначали методом приготування стандартних зразків, з визначенням елементів у межах 10^{-4} – $10^{-7}\%$ мас.

Аналіз вмісту МЕ у волоссі показав, що «мінеральний профіль» умовно здорових підлітків, які постійно мешкають у Харківському регіоні, характеризується накопиченням наступних есенціальних: кальцій, цинк, нікель, рубідій, йод, марганець та умовно-токсичних МЕ: свинець, стронцій, цирконій та миш'як. Слід відмітити, що формування «мінерального профілю» у підлітків має певні віко-статеві відмінності. Так, динамічні зміни вмісту МЕ у волоссі хлопчиків характеризуються стабільністю рівнів головних есенціальних: кальцію, марганцю та цинку й умовно есенціального нікелю, тоді як рівень йоду має значне зменшення у 16-річних хлопчиків з одночасним приростом рівнів умовно токсичних свинцю та ртуті і гальмуванням накопичення цирконію на тлі стабільно підвищеного рівня стронцію.

Починаючи з 14 років, у дівчаток відбувається збільшення темпів накопичення кальцію, цирконію та нікелю на тлі зменшення вмісту цинку, марганцю та йоду. У МЕ складі волосся 15-річних дівчаток відбуваються певні позитивні зміни, а саме: різке зменшення темпів накопичення свинцю та рубідію з одночасним поступовим збільшенням астату на тлі стабільно підвищеного рівня стронцію.

Таким чином, формування «мінерального профілю» дітей пубертатного віку має чіткий

різноспрямований характер із періодами зниження і/або підвищення вмісту окремих МЕ, які залежать не тільки від потреби дитячого організму в есенціальних елементах, а й від чутливості зростаючого організму до окремих чинників навколишнього середовища, які безумовно мають чітку регіональну спрямованість.

Встановленні регіональні особливості «мінерального профілю» доцільно враховувати при розробці програм диспансерного спостереження, діагностиці донозологічних станів та профілактичних алгоритмів щодо порушень здоров'я дитини у пубертатному періоді. Це дозволить своєчасно запобігти можливому формуванню патологічних станів і суттєво поліпшить якість життя дитини під час складного періоду становлення статевих функцій.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ОСТЕОПЕНІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ НА ТЛІ ДИСМОРФОГЕНЕЗУ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Т.В. ФРОЛОВА^{1,2}, О.В. ОХАПКІНА^{1,2}, Н.Ф. СТЕНКОВА^{1,2},
О.В. АТАМАНОВА^{1,2}, А.В. БЕРУС²

¹Харківський національний медичний університет.

²Міський лікувально-діагностичний центр метаболічних захворювань кісткової тканини, м. Харків

Поширеність недиференційованих форм дисплазії сполучної тканини (НДСТ), поліморфізм клінічної симптоматики і різноманітність ураження органів і систем, зокрема, опорно-рухового апарата, визначають актуальність дослідження стану кісткової системи у дітей з даною патологією.

Метою дослідження було вивчення стану кісткової тканини (КТ) у дітей з синдромом НДСТ, які перебували під спостереження у Міському лікувально-діагностичному центрі метаболічних захворювань кісткової тканини м. Харкова. Всього обстежено 214 дітей віком від 9 до 18 років; з них у 55 (25,7%) мали місце біохімічно підтверджені ознаки НДСТ. Структурно-функціональний стан КТ визначали за показниками ультразвукової денситометрії на апараті «Sonost-2000» та рівнем біохімічних маркерів кісткового метаболізму: загального та іонізованого кальцію, фосфору, магнію, уронових кислот, сульфатизованих глікозаміногліканів (ГАГС) у сироватці крові, добової екскреції оксипроліну в сечі. Остеопенічні порушення було встановлено у 31,8% обстежених дітей; при цьому, на тлі НДСТ остеопенічні порушення – у 76,4% випадків ($p < 0,05$).

Аналіз отриманих результатів показав, що остеопенічні порушення КТ у дітей з остеопенією (ОП) I ступ. на тлі НДСТ відбуваються за рахунок трабекулярної компоненти кістки, тоді як мінеральна складова достовірно не змінюється. У дітей цієї групи відмічається підвищення

рівня оксипроліну, уронових кислот і кераган-сульфатів при нормальному або підвищеному вмісті кальцію, що відображає порушення процесів колагенотворення. При ОП II ступ. на тлі НДСТ відбуваються більш виражені порушення трабекулярної і втягнення мінеральної компоненти кістки. Остеопенічні порушення III ступ. у дітей з НДСТ характеризуються одночасними змінами як трабекулярної, так і мінеральної компонент КТ при достовірному зниженні рівня іонізованого кальцію. У дітей без ознак НДСТ остеопенічні порушення КТ визначаються переважно за рахунок змін у мінеральності складі кістки, тоді як трабекулярна компонента втягується тільки при остеопенічних порушеннях III ступеня.

При проведенні медикаментозної корекції остеопенічних змін КТ на тлі порушень фібрилогенезу сполучної тканини необхідно урахувати, що на першому етапі комплексної терапії рекомендується використання препаратів, які спрямовані на поліпшення процесу колагенотворення (L-карнітин, L-пролін, комплексні препарати магнію, вітаміни групи В і С та ін.) з подальшим призначенням препаратів кальцію III–IV покоління.

ПОРУШЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

М.В. ХАЙТОВИЧ, Ю.Ю. ОСТАПЕНКО, Т.А. ШЕВЧЕНКО

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

Цукровий діабет (ЦД) 1 типу – аутоімунне захворювання, яке частіше розвивається у дитячому та юнацькому віці. З 2000 по 2010 рік захворюваність на ЦД 1 типу збільшилась у 1,3 разу. За прогнозами ВООЗ до 2030 року вона зросте у 2,2 рази порівняно з рівнем 2000 року.

Під когнітивними функціями розуміють найбільш складні функції головного мозку, за допомогою яких здійснюється процес раціонального пізнання світу і забезпечується цілеспрямована взаємодія з ним. Тому порушення цих функцій призводить до значного погіршення якості життя хворих. Діабетична нейропатія, мікро- та макроангіопатії, порушення когнітивних функцій (порушення пам'яті, уваги, пізнавальної діяльності, мислення) у хворих на ЦД 1 типу привертають увагу багатьох дослідників. Погіршення пам'яті пов'язують з каскадом дисметаболических процесів при хронічній гіперглікемії, внаслідок чого виникають токсично-ішемічні і дегенеративні зміни у головному мозку, а також значний вплив мають гіпоглікемічні епізоди, пов'язані з проти-діабетичною терапією.

Проведено дослідження 10 дітей (5 дівчаток і 5 хлопчиків) віком 6–17 років (середній вік 13,3±1,2 року), які хворіють на ЦД 1 типу, та 10 дітей відповідного віку і статі (група контролю).

У більшості хворих захворювання тривало більше 3 років (в середньому – 6,3±1,4 року). У всіх хворих були прояви діабетичного гепатозу, у 6 – полінейропатії, у 4 – мікроангіопатії.

Для оцінки когнітивних функцій проводили графомоторні проби з використанням тесту Ellis, моторні проби (кулак, ребро, долоня; проба на рахунок пальців), сукцесивні проби (прямий і зворотний рахунок чисел). Оцінювали стан когнітивних функцій за методикою, описаною нами (Майданник В.Г., Хайтович М.В., Ісаєвич С.І., 2002).

Серед обстежених у 5 (50%) хворих відмічались легкі, у 1 (10%) – середнього ступеня вираженості графомоторні порушення. У 2 (20%) дітей мали місце легкі моторні порушення, у 3 (30%) дітей помірні. У 5 дітей виявлено легкі сукцесивні порушення, у 3 дітей середні. Серед дітей групи контролю у 20% спостерігались легкі графомоторні, у 10% – легкі сукцесивні порушення.

Отже, у дітей з цукровим діабетом 1 типу порушення когнітивних функцій відмічається утричі частіше, ніж у однолітків, що вказує на необхідність їх корекції в комплексному лікуванні та відповідних рекомендацій з організації навчального процесу.

БРОНХІОЛІТИ У ДІТЕЙ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ В СТАЦІОНАРІ

В.С. ХІЛЬЧЕВСЬКА, Н.В. КОРДУНЯН, Н.Б. ГОРЕНКО,
О.Я. ЧЕПУРА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

З метою вивчення чинників, що впливають на терміни госпіталізації та агресивність терапії бронхіолітів, проведено ретроспективний аналіз 31 історії хвороби малюків, госпіталізованих до інфекційного відділення для дітей молодшого віку ОДКЛ з приводу бронхіоліту за період від жовтня 2009 до березня 2010 року. У всіх дітей виключено бактеріальну природу захворювання шляхом вірусологічного, бактеріологічного дослідження мазків з носоглотки та рентгенологічного обстеження органів грудної клітки, а також наявність хронічної бронхолегеневої патології. Слід зауважити, що серед госпіталізованих у період з січня по березень 2010 року значно переважала кількість дітей із бронхіолітом, що становило від 10 до 20% від загальної кількості хворих, пролікованих у відділенні. Серед дітей із бронхіолітом частка дівчаток складала 67,7%, а хлопчиків – 32,3%. Середній вік хворих становив 2,7 місяця. Діти вступали до стаціонару у середньому на 4-й день

від початку захворювання, а середня тривалість лікування у відділенні становила 9,3 дня. Більшість дітей з бронхіолітом були доношеними при народженні (93,5%). На грудному вигодуванні перебувало 58,0% хворих дітей, на штучному – 42,0%.

Кожна друга дитина госпіталізувалась у тяжкому (45,2%) та вкрай тяжкому стані (3,2%), кожна четверта (25,8%) переведена до інфекційного відділення для дітей молодшого віку з відділень реанімації та інтенсивної терапії ЦРЛ та ОДКЛ. У 77% дітей при вступі температурна реакція була невиразною, фебрильна температура тіла визначалась тільки у кожної п'ятої дитини. У загальному аналізі крові половини хворих виявлявся лейкоцитоз, у 65% випадків – зсув лейкоцитарної формули вліво. При рентгенологічному дослідженні тільки у двох дітей спостерігались зміни в легенях у вигляді ателектазів, що відповідає особливостям перебігу бронхіоліту, за якого зміни в легенях мінімальні та неспецифічні.

Призначення антибіотикотерапії було у 80% хворих дітей переважно у вигляді монотерапії цефалоспорином III покоління. Її середня тривалість склала 7,96 дня. Тривалість стаціонарного лікування немовлят визначалась тяжкістю порушення загального стану, активністю і агресивністю лікування. Терміни перебування дітей в стаціонарі позитивно корелювали з тривалістю інфузійної терапії ($r = +0,85$, $p < 0,05$), антибактеріальної терапії ($r = +0,83$, $p < 0,05$), отриманням оксигенотерапії ($r = +0,63$, $p < 0,05$), попереднім перебуванням дитини в ЦРЛ ($r = +0,62$, $p < 0,05$), призначенням системних стероїдів ($r = +0,51$, $p < 0,05$), більш пізніми термінами госпіталізації від початку захворювання ($r = +0,48$, $p < 0,05$), тяжкістю стану при вступі ($r = +0,40$, $p < 0,05$). Призначення дексаметазону було зумовлено домінуванням у пацієнта симптомів обструкції та дихальної недостатності над інтоксикаційним синдромом та негативно асоціювало з температурною реакцією ($r = -0,63$, $p < 0,05$) і запальними змінами в крові ($r = -0,40$, $p < 0,05$).

Таким чином, проблема існування різних підходів до лікування дітей з бронхіолітами наразі є дуже актуальною. Враховуючи, що в типових випадках бронхіоліт характеризується набряком слизової оболонки бронхіол, а не бронхоспазмом, його лікування має досить обмежений потенціал, повинно включати оксигенотерапію, інфузійну підтримку в межах невідчутних патологічних втрат. Більш активна терапія погіршує прогноз і подовжує терміни стаціонарного лікування.

ВИКЛАДАННЯ ПЕДІАТРІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

В.Є. ХОМЕНКО, М.П. ПРОХОРОВА

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

Будуючи Європейський простір у сфері вищої медичної освіти, ми намагаємось підвищити якість освіти, наблизити її до європейського рівня для забезпечення конкурентоспроможності лікаря на міжнародному ринку праці. Але окрім певних переваг впровадження кредитно-модульної системи на кафедрі педіатрії № 2, можна відмітити ряд проблемних питань, головне з яких – недостатній (відповідно до європейських стандартів) рівень підготовки фахівців.

Обмеженість доступу до інтернету; відсутність сучасних підручників, повільне впровадження принципів доказової медицини; невідповідність вітчизняних класифікацій хвороб та термінології міжнародним не сприяють підвищенню професійного рівня майбутніх лікарів. Недосконалою виявляється і практична підготовка випускників. Недостатньо уваги приділяється роботі біля ліжка хворого, відпрацюванню практичних навичок. Частково це можна пояснити дотриманням принципів біоетики, відсутністю університетських медичних клінік та недостатньою кількістю годин на практичному занятті.

Збільшення годин практичних занять з педіатрії на III та IV курсах дозволило приділяти більше уваги практичній підготовці студентів. Сучасні за змістом методичні рекомендації до практичних занять та лекції частково компенсували відсутність адекватних підручників.

Болонські стандарти вимагають високого відсотка самостійної роботи студентів. Наші студенти ще не готові сприймати викладача як консультанта, організатора пізнавальної діяльності та самостійно засвоювати певну сукупність знань, вмінь і навичок з дисципліни, відповідно до вимог навчальних планів і програм, та формувати самостійність як рису особистості. В процесі самостійної роботи викладачу необхідно знаходити найрізноманітніші методи та форми впливу на студентів, які б викликали в них позитивну мотивацію і стимулювали постійний творчий пошук (індивідуальні навчально-дослідні завдання; підготовка студентами презентацій, рефератів, оглядів літератури з різних проблем для формування розумової самостійності, інтелектуальних умінь). Одна з головних проблем вищої медичної школи – навчити студента вчитися і, в подальшому, постійно вдосконалювати свої професійні знання.

Кредитно-модульна система навчання розрахована на професійно орієнтованих та мотивованих людей, які хочуть вчитися медицині. Для отримання медичної освіти майбутньому лікарю важливо мати на початку навчання достат-

ній загальноосвітній рівень. Можливо, доцільним було б вдосконалити критерії відбору та більш широко застосовувати відрахування студентів, чий людські якості та навчання не сприяють оволодінню професією.

Для поліпшення системи викладання педіатрії потрібно не тільки збільшувати тривалість та кількість практичних занять, але й на високому фаховому рівні викладати педіатрію, забезпечувати студентів сучасними адаптованими теоретичними матеріалами, організовувати самостійну пізнавальну діяльність студентів, вдосконалювати засоби контролю та методи оцінювання знань.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

О.Л. ЦИМБАЛИСТА, В.Б. ДЕХТЯР

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Обстежено 158 дітей, хворих на бронхіальну астму (БА) середнього та тяжкого ступенів тяжкості в стадії загострення, віком від 6 до 14 років. Недиференційовану дисплазію сполучної тканини (НДСТ) діагностовано у 58,9% випадків (I група), у решти – без НДСТ (II група). У всіх дітей досліджували функції зовнішнього дихання (ФЗД) до та після лікування – проводили спірометрію з записом спірограми на петлі «потік-об'єм». Для оцінки рівня метаболітів енергетичного обміну визначали концентрації пірувату, лактату, аденозинтрифосфату (АТФ) та активність ферменту лактатдегідрогенази (ЛДГ) в сироватці крові. У більшості дітей I групи при вступі до клініки діагностовано тяжчі порушення в системі зовнішнього дихання порівняно з дітьми II групи: у 95,2 і 77,6% випадків відповідно ($p < 0,001$). Важливо зазначити, що V_{N_2} зустрічалась удвічі частіше, а V_{N_1} – у 4,6 разу рідше у дітей, хворих на БА на фоні НДСТ ($p < 0,001$). Оскільки у дітей з НДСТ більше виражені рестриктивні порушення в системі зовнішнього дихання, то в них частіше діагностували змішаний тип ВН (65,5%) проти 29,3% у дітей без НДСТ ($p < 0,001$). У дітей без проявів НДСТ частіше констатували обструктивний тип ВН: у 70,7 проти 34,5% відповідно ($p < 0,001$). Важливо зазначити, що у дітей з проявами НДСТ при однаковій давності захворювання паралельно з більшим ступенем бронхіальної обструкції більше виражені емфізема та пневмофіброз: істотно нижчі об'ємні показники та резерви системи зовнішнього дихання ($p < 0,001$). Показники енергетичного обміну у дітей, хворих на БА, при вступі до клініки були суттєво змінені. Рівень пірувату був знижений у всіх дітей, хворих на БА, без достовірної різниці

між групами ($p > 0,05$); концентрація лактату у дітей I групи порівняно з II групою була вищою: $0,46 \pm 0,095$ і $0,43 \pm 0,007$ ммоль/л відповідно ($p < 0,05$). У дітей обох груп спостерігалось зростання активності ЛДГ у 1,97 разу порівняно з контролем ($p < 0,001$). Підвищення активності даного ферменту з одночасним збільшенням рівня лактату вказує на компенсаторне посилення анаеробного гліколізу за умов гіпоксії, що відповідно зменшує синтез макроергічних сполук. Більш виражене зниження концентрації АТФ було у дітей з проявами НДСТ: $186,5 \pm 3,31$ проти $198,8 \pm 3,82$ мкмоль/л у II групі ($p < 0,05$). Проведений кореляційний аналіз доводить взаємозв'язок порушення в системі зовнішнього дихання та зміну метаболітів енергетичного обміну. В I групі прямі кореляційні зв'язки мали такий вигляд: ОФВ₁-АТФ ($r = 0,52$), СОШ₂₅₋₇₅-АТФ ($r = 0,44$), МОШ₇₅-АТФ ($r = 0,48$) та зворотні зв'язки: ОФВ₁-лактат ($r = -0,41$), СОШ₂₅₋₇₅-лактат ($r = -0,5$), ОФВ₁-ЛДГ ($r = -0,63$), МОШ₅₀-ЛДГ ($r = -0,57$), РО_{ВИД}-ЛДГ ($r = -0,49$). У II групі прямі кореляції виявлено між показниками: ОФВ₁-АТФ ($r = 0,46$), МОШ₂₅-АТФ ($r = 0,39$), МОШ₇₅-АТФ ($r = 0,53$), РО_{ВИД}-АТФ ($r = -0,64$), а зворотні між: ОФВ₁-лактат ($r = -0,59$), СОШ₂₅₋₇₅-лактат ($r = -0,5$), МОШ₅₀-лактат ($r = -0,45$), МОШ₇₅-лактат ($r = -0,36$), СОШ₂₅₋₇₅-ЛДГ ($r = -0,55$), МОШ₅₀-ЛДГ ($r = -0,47$).

Отже, у всіх дітей, хворих на БА, виявлено значні зміни як показників функції зовнішнього дихання, так і енергетичного обміну, а також кореляційний взаємозв'язок досліджуваних параметрів. Враховуючи останнє, можна використовувати метод спірометрії у дітей, хворих на БА, як критерій порушення енергетичного обміну: з наростанням ступеня тяжкості порушень в системі зовнішнього дихання посилюється анаеробний гліколіз, що є підставою використання енерготропних препаратів в комплексній терапії БА.

ВПЛИВ ГЕМОТРАНСFUЗИЙ ПРИ КРИТИЧНИХ АНЕМІЯХ У ДІТЕЙ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ ЕРИТРОПОЕТИНОВОЇ ВІДПОВІДІ

О.Л. ЦИМБАЛИСТА*, З.В. ВОВК*, Л.Є. ДОЦЕНКО**, О.С. ХОХРЯКОВА**

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». **Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

У ряді випадків тяжкий перебіг анемії вимагає швидкого поліпшення киснево-транспортної функції крові. У таких випадках призначають гемотрансфузійне лікування. Останнім часом показання до гемотрансфузії обмежені у зв'язку з небезпекою гемотрансфузійних реакцій та ускладнень, ризиком зараження реципієнта інфекційними захворюваннями, що пере-

даються через кров, а також через повідомлення про несприятливий вплив переливання крові на імунологічний гомеостаз.

Для дослідження впливу гемотрансфузійної терапії у дітей, хворих на залізодефіцитну анемію (ЗДА), на продукцію ендogenous еритропоетину (ЕПО) ми провели моніторинг його вмісту у сироватці крові після гемотрансфузійної терапії. Під спостереженням знаходилося 42 дітей, хворих на ЗДА середнього й тяжкого ступенів, які лікувалися у гематологічному відділенні Івано-Франківської обласної дитячої лікарні. Залізодефіцитний характер анемії підтверджено наявністю клінічних ознак сидеропенічного синдрому, зниженням сироваткового заліза, феритину, насичення залізом трансферину, підвищеною залізов'язуючою здатністю сироватки крові. Усі діти отримували феротерапію, вітаміни, гепатопротектори. При вступі на лікування усім дітям визначали вміст еритропоетину (ЕПО) у сироватці крові. Показанням до проведення гемотрансфузійної терапії вважали: зниження рівня гемоглобіну крові нижче 50 г/л, неефективність лікування препаратами заліза, загрозу виникнення анемічної коми. Визначення концентрації ЕПО у крові проводили вранці перед проведенням гемотрансфузії, наступного дня і через 4–5 днів після неї. Одночасно визначали рівень гемоглобіну. Оцінку адекватності продукції ЕПО проводили номографічним методом. Для цього використовували номограму, побудовану за результатами обстеження тестової групи дітей (21) аналогічної вікової та статевої структури, хворих на ЗДА, але без використання гемотрансфузій у терапії. На першу добу після проведення гемотрансфузії на тлі зростання гемоглобіну відбувається зниження вмісту ЕПО, яке за своєю інтенсивністю у 65% випадків серед дітей перевищує межу фізіологічної реакції. Вміст ЕПО на 4–5 день після проведеної гемотрансфузії лише у частини дітей зростає до нормальних величин. У решти дітей виявлено знижений рівень сироваткового ЕПО. Характерним є те, що і показники гемоглобіну крові у цьому періоді мають тенденцію до зниження: до гемотрансфузії середній рівень гемоглобіну складав $51,3 \pm 8,4$ г/л, на першу добу після гемотрансфузії – $66,6 \pm 9,4$ г/л, то на четверту-п'яту добу – $60,5 \pm 9,6$ г/л.

Таким чином, встановлено, що гемотрансфузійне лікування залізодефіцитної анемії у дітей викликає не лише фізіологічне зниження сироваткового ЕПО внаслідок зменшення гемічної гіпоксії тканин, але й патологічне пригнічення ЕПО-продукуючих клітин; тривалість гальмівного впливу гемотрансфузії на продукцію ЕПО складає 4–5 днів, що не перевищує тривалості позитивного лікувального ефекту, тому показання до гемотрансфузійного лікування ЗДА у дітей повинні бути обмежені лише станами, які викликають загрозу для життя.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

О.Л. ЦИМБАЛИСТА*, Л.Є. МАТВІЙВ**, О.О. КУРТАШ**, Т.Г. БЕРЕЗНА*, Н.М. ФОМЕНКО*, В.В. ВИТВИЦЬКА**, О.Д. ШУСТАКЕВИЧ**, О.І. ГАВРИЛЮК*, Л.І. ГАРІДЖУК*, М.В. МАКЯН**, О.В. ТКАЧУК**

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». **Обласна дитяча клінічна лікарня**, м. Івано-Франківськ

На даний час у зв'язку з забрудненням навколишнього середовища, наростаючою агресивністю інфекційного агента, за рахунок первинної і швидкого формування вторинної резистентності до протимікробних препаратів, штучним вигодовуванням дітей першого віку, зниженням імунологічної реактивності зростає захворюваність дітей на пневмонію та тяжкість її перебігу в результаті виникнення тяжких ускладнень.

Проведено аналіз перебігу і лікування пневмонії у 240 дітей, які лікувалися у пульмонологічному відділенні ОДКЛ м. Івано-Франківська впродовж 2006–2010 рр., у вікових категоріях по 60 дітей: 1 міс–3 роки (I група), 3–6 років (II група), 6–12 років (III група), 12–18 років (IV група). Переважна більшість дітей (86,7–90,0%) кожної вікової групи лікувалась з приводу першого епізоду захворювання. За даними рентгенологічного обстеження діагностовано у більшості дітей усіх груп вогнищеву, рідше вогнищєво-зливу (23,3–16,7%), часточкову (10,0–16,7%) пневмонію. Найчастіше серед ускладнень зустрічається обструктивний синдром у дітей перших двох груп, причому переважно у дітей у I групи (90,0%), у II і III групах – у 60,0 і 66,7% випадків відповідно. У пре- і пубертаті частота бронхообструкції зменшується, а тяжкість пневмонії найбільшою мірою визначається інфекційним токсикозом (50,0%). Токсикоз, як провідний клінічний синдром, діагностовано у третини пацієнтів I групи, значно рідше у III (23,3%) і II групі (13,3%). У більшості дітей раннього віку (60,0%) за весь час лікування пневмонії температура тіла була в межах нормальних величин, гіпертермія спостерігалась тільки у 23,3% випадків і у решти – субфебрильна. При об'єктивному обстеженні важливим критерієм тяжкості стану дітей були симптоми порушеної мікроциркуляції, які зустрічались майже у всіх дітей різних вікових груп. Серед порушених функцій міокарда у дітей I групи найчастіше діагностовано синусову тахікардію, тоді як у дітей II і III груп спостерігається як синусова тахікардія, так і синусова брадикардія, частіше визначалися синдром укороченого інтервалу PQ (26,7%), порушення метаболізму, гіпоксія міокарда. Обтяжливим моментом у перебігу пневмонії є залізодефіцитна анемія, яка діагностована у третини дітей I і II груп.

Після шести років дефіцит заліза діагностувався рідко і переважно у дітей з повторними епізодами пневмонії впродовж року, супутньою патологією. Одним із критеріїв зниженої імунологічної реактивності є досить невелика частота помірно виражених запальних реакцій периферичної крові: лейкоцитозу ($14,2 \pm 2,5 \times 10^9/\text{л}$), зсуву лейкограми вліво, яка зменшується з віком ($16,7-10,0\%$). Відносно з великою частотою (переважно у дітей I і III груп – $12,0\%$) діагностовано схильність до лейкопенії ($4,4 \pm 1,3 \times 10^9/\text{л}$). Знижена реактивність організму підтверджується аналізом імунограми: помірна диспротеїнемія за запальним типом найчастіше спостерігається у дітей I групи ($43,7\%$), рідше – у дітей II групи ($23,3\%$) і епізодично – у дітей III і IV груп. Найчастіше на висоті пневмонічного процесу визначали зниження імуноглобулінів усіх класів ($30,0-36,7\%$) у дітей I групи, надалі майже з однаковою частотою у дітей III і IV груп. Комплексна терапія поєднувала протимікробну, замісну імунотерапію, детоксикацію, симптоматичні засоби, за показаннями проводилась лікувальна бронхоскопія.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА УСКЛАДНЕНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

О.Л. ЦИМБАЛІСТА, О.І. ГАВРИЛЮК

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Гостра інфекційно-запальна патологія органів дихання займає перше місце серед усіх захворювань бронхолегеневої системи у дітей (понад 90%). За останні роки спостерігається ріст поширеності пневмонії серед дитячого населення. Актуальність даної проблеми зумовлена не тільки високим рівнем захворюваності, а й виникненням пневмонії на тлі фонової захворюваності, які негативно впливають на клінічний перебіг та можуть сприяти тривалому її перебігу, розвитку ускладнень та залишкових явищ перенесеної хвороби, які погіршують якість життя пацієнта та сприяють доволі високому рівню соціальної дезадаптації та летальності.

Негоспітальна пневмонія є одним з найчастіших варіантів асоційованої патології при дисплазії сполучної тканини, що традиційно пов'язується з диспластикозалежними змінами бронхолегеневої системи. Морфологічні і функціональні особливості системи зовнішнього дихання при дисплазії сполучної тканини призводять до порушення місцевих захисних механізмів і створюють сприятливий фон для розвитку інфекційного процесу. Багато дослідників відмі-

чають надзвичайно часті і тяжкі пневмонії при недиференційованих варіантах дисплазії сполучної тканини.

Наводимо результати обстеження 132 дітей, хворих на ускладнену пневмонію, віком 6–18 років, із них 71 ($53,8\%$) дитина з проявами НДСТ (I група) і 61 ($46,2\%$) без проявів сполучнотканинної дисплазії (II група). Клінічні особливості синдрому НДСТ діагностували за допомогою класифікації Мілковської-Дмитрової і Кашевої (1985). Встановлено, що серед дітей I групи морфологічний фенотип зустрічався у 24 ($33,8\%$), MASS-подібний – у 29 ($40,8\%$), елерсподібний – у 18 ($25,4\%$) дітей. Залежно від характеру і кількості фенотипових ознак сполучнотканинної дисплазії діагностували у дітей різні ступені тяжкості останньої: легкий – у $67,6\%$, середньої тяжкості – у $21,1\%$ і тільки у $11,3\%$ випадків – тяжкий ступінь синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Аналіз родоводу і анамнезу життя та захворювання у дітей з сполучнотканинною дисплазією виявив наявність бронхолегеневої патології у 2–3 поколіннях, частіше по лінії мами, часті респіраторні вірусні інфекції, респіраторну патологію неонатального періоду частіше ($p < 0,05$), ніж за відсутності проявів дисплазії сполучної тканини. При вступі до стаціонару загальний стан більшості дітей ($87,3\%$), хворих на ускладнену пневмонію на фоні НДСТ, був тяжким, середньої тяжкості – у $12,7\%$ випадків. У дітей, хворих на ускладнену пневмонію без проявів НДСТ, ці показники склали $81,9$ і $18,1\%$ відповідно. Прояви дихальної недостатності спостерігалися у більшості дітей обох порівнюваних груп (I група – $90,1\%$ і II група – $83,6\%$ випадків). В процесі лікування у дітей без проявів сполучнотканинної дисплазії отримано в коротші терміни позитивну динаміку симптомів пневмонії. Кашель у дітей I групи утримувався в середньому на 2–3 дні довше та мав більш виражений секреторний компонент, ніж у дітей II групи. Відповідно у дітей з проявами дисплазії сполучної тканини на 2–3 дні довше утримувалися характерні фізикальні дані порівняно з дітьми II групи.

Отже, спостерігається зв'язок між наявністю проявів НДСТ та тяжкістю перебігу ускладненої пневмонії у дітей шкільного віку. Фонову дисплазію сполучної тканини і пневмонію необхідно розглядати як єдиний, якісно новий процес, який вимагає особливих підходів в діагностиці, лікуванні та реабілітації пацієнтів.

ЛІКУВАЛЬНА БРОНХОСКОПІЯ ЯК МЕТОД ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

О.Л. ЦИМБАЛІСТА*, Т.М. МЕЛЬНИК**, М.В. ГЛАГОВИЧ*, Ю.Г. ЧОП'ЯК**, О.О. КУРТАШ**, О.Д. ШУСТАКЕВИЧ**, В.В. ВИТВИЦЬКА**, Т.Г. БЕРЕЗНА*, В.Б. ДЕХТЯР*, О.І. ГАВРИЛЮК*, М.В. МАКЯН**, О.В. ТКАЧУК**

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». **Обласна дитяча клінічна лікарня**, м. Івано-Франківськ

Проведено аналіз обстеження і лікування 1114 дітей віком від одного до 15 років, яким в процесі комплексного лікування різних форм захворювань органів дихання (ЗОД) проводили бронхоскопію. Найчастіше лікувальна бронхоскопія проводилась дітям з гострою пневмонією – 713 (64,0%), хронічним бронхітом (ХБ) – 188 (16,9%) і бронхоектатичною хворобою – 122 (11,0%). Невелику групу складали діти з бактеріальною деструкцією легень (44 – 3,9%), з гнійно-обструктивним синдромом при бронхіальній астмі (31 – 2,9%) і в поодиноких випадках вона проводилась дітям з рецидивуючим бронхітом (8 – 0,7%). Найбільшу частку серед пролікованих хворих складали діти з ускладненими формами пневмонії, переважно першого року життя (50,4%), у віці 1–3 роки (21,5%) та діти молодшого шкільного віку (18,9%). Найменше ускладнень спостерігалось у дітей віком 3–6 років, і лікувальна бронхоскопія проводилась їм відповідно рідше (9,3%).

Тяжкість клінічних проявів пневмонії зумовлена у 75,0% випадків гнійно-обструктивним синдромом, у решти – поєднанням токсичного і гнійно-обструктивного синдрому. Рентгенологічно найчастіше діагностували вогнищеву пневмонію (62,0%), рідше – вогнищєво-зливну (22,0%) і часточкову (16,0%), переважно з локалізацією у верхніх частках. Останні два варіанти у 188 (44,3%) дітей були ускладнені ателектазом 2–3 сегментів, емпіємою плеври – у 30 (7,0%), абсцедуванням – у 17 (4,0%) та бактеріальною деструкцією легень – у 28 (6,6%). За характером запального процесу слизової оболонки трахеобронхіального дерева переважав дифузний гнійний ендобронхіт (50,0%), двобічний катарально-гнійний ендобронхіт діагностовано тільки у 10,9% і катаральний – у 39,1% випадків. Гнійний характер запалення трахеобронхіального дерева діагностовано у більшості дітей з ускладненими формами пневмонії, при загостренні бронхоектатичної хвороби і хронічного бронхіту.

Результати бактеріологічного дослідження трахеобронхіального секрету тільки у 71,8% випадків були позитивними, причому у більшості (83,3%) дітей з ускладненим перебігом пневмонії висіяно умовно-патогенну флору. Важливо відмітити високу частоту росту випадків резистентності висіяної мікрофлори до це-

фалоспоринів III покоління, ципрофлоксацину та карбапенемів.

Встановлено, що гнійні легеневі ускладнення, як правило, розвивались у дітей зі зниженою реактивністю організму: у 36,0% випадків гіпопротеїнемія за рахунок зниження усіх класів імуноглобулінів, у решти – відсутність запальних реакцій у протейнограмі. Підтвердженням цьому є характер мікробного пейзажу трахеобронхіального дерева.

Комплексне лікування поєднувало антибактеріальну терапію препаратами широкого спектру дії, надалі – з урахуванням результатів антибіотикограми бактеріологічних посівів, лікувальні бронхоскопії (2–3 на курс), детоксикаційну та у частини дітей замісну імунотерапію внутрішньовенним імуноглобуліном.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОБНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК НА ФОНІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ

О.Л. ЦИМБАЛІСТА, Л.В. МЕЛЬНИЧУК

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет

В останні роки все частіше спостерігаються симптоми недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) у дітей при хронічних захворюваннях нирок. У дітей на фоні сполучнотканинної дисплазії має місце тяжчий перебіг захворювань нирок, а також більша схильність до хронізації.

Проведено аналіз обстеження 200 дітей віком 3–15 років, із них: 52 (25%) хворих на гострий пієлонефрит з проявами НДСТ, 33 (16,5%) – без проявів НДСТ. Хронічний пієлонефрит в стадії загострення діагностовано у 72 (36,0%) і 43 (21,5%) дітей відповідно. У дітей з фенотиповими проявами сполучно-тканинної дисплазії при ультразвуковому дослідженні діагностували малі аномалії розвитку серця, жовчного міхура та нирок. Поєднання аномалій серця, нирок, жовчного міхура зустрічалось у 92 (46,0%) дітей, аномалії нирок та серця – у 72 (36,0%), аномалії нирок та жовчного міхура – у 36 (18,0%) дітей. Серед малих аномалій серця найчастіше зустрічалися додаткові хорди та пролапс мітрального клапана, серед аномалій розвитку нирок – подвоєння чашково-лоханочного комплексу, подвоєння сечоводів, підковоподібна нирка, дистопія нирок.

Для дітей з мікробно-запальними захворюваннями нирок найбільш характерними є наступні фенотипові ознаки дисплазії сполучної тканини: деформація грудної клітки і хребта, доліхостеномелія, арахнодактилія, ураження клапанного апарату серця, патологія зору, гіпереластичність шкіри, гіпермобільність суглобів,

диспластичні вушні раковини, гіпоплазія емалі, патологія прикусу та інші. Залежно від поєднання проявів сполучнотканинної дисплазії встановлено синдромальну їх характеристику: марфаноподібний фенотип був у 38 (21,1%), MASS-подібний – у 102 (56,6%), елерсоподібний фенотип – у 40 (22,2%).

Важливо зазначити, що у дітей пієлонефрит як гострий, так і загострення хронічного на фоні НДСТ має тяжчий перебіг за рахунок тривалішого інтоксикаційного, больового та сечового синдромів. Довше утримується запальна реакція лейкоцитограми і гострофазових показників.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ НЕМОВЛЯТ

О.О. ЦИЦЮРА, А.Б. ВОЛОСЯНКО, О.В. КУЗЕНКО,
І.П. МЕЛЬНИК*

Івано-Франківський національний медичний університет.
*Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня

Цитомегаловірусна інфекція (ЦМВІ) відноситься до актуальних проблем перинатології, оскільки є однією із найчастіших природжених інфекцій і зустрічається у 0,2–2,5% новонароджених дітей. Незважаючи на значну поширеність внутрішньоутробного інфікування дітей цитомегаловірусом (ЦМВ), клінічні прояви гострої ЦМВІ у недоношених немовлят залишаються недостатньо вивченими.

Метою роботи було вивчення клініко-пара-клінічних характеристик перебігу ЦМВІ у передчасно народжених немовлят. Обстежено 48 недоношених новонароджених (середній термін гестації 34 тижні, середня маса 1726 г), які лікувалися у відділенні недоношених дітей Івано-Франківської обласної дитячої лікарні з січня 2009 р. по січень 2010 р. Діагноз ЦМВІ встановлено у 38 (79,16%) пацієнтів, у яких методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) було виявлено ДНК ЦМВ: в крові – у 32 (66,6%), в сечі – у 2 (4,16%) та у сечі – у 38 (79,16%) обстежених. Дані дослідження підтверджують, що в сечі ЦМВ накопичується частіше і в більших кількостях, ніж в інших біологічних рідинах. У 34 (89,47%) недоношених дітей в ранньому неонатальному періоді були наявні наступні симптоми захворювання: у 12 (31,57%) хворих – клінічна картина синдрому дихальних розладів, у 19 (50,0%) – природжена пневмонія, у 15 (39,47%) – рання жовтяниця, у 12 (31,57%) – гепатомегалія, у 5 (13,15%) – спленомегалія, у 32 (84,21%) – анемія, у 30 (78,94%) – тромбоцитопенія, у 8 (21,05%) – прояви бронхолегеневої дисплазії, у 6 (15,78%) – виразково-некротичного ентероколіту, у 5 (13,15%) – стигми дизембріогенезу, у 4 (10,52%)

– набряковий синдром, у 9 (23,68%) – судомний синдром, у 8 (21,05%) обстежених – ознаки за-тримки внутрішньоутробного розвитку. За допомогою нейросонографічного обстеження головного мозку діагностовано ВШК II–III ступ. у 15 (39,47%), гідроцефальний синдром – у 7 (18,42%), двобічні субепендимальні кісти – у 28 (73,68%), дифузну лейкомаляцію – у 6 (15,78%), аномалію розвитку мозку з дисфункцією стовбурових структур – у 1 (2,63%) дитини. При обстеженні офтальмолога діагностовано хориоретиніт у 12 (31,57%) пацієнтів, відшарування сітківки – у 4 (10,52%), преретинальні та парамакюлярні крововиливи – у 3 (7,89%), множинні ретинальні крововиливи – у 6 (15,78%) хворих. За даними імпендансометрії порушення акустичних рефлексів на обидва вуха спостерігалось у 13 (27,08%) обстежених.

Отже, аналізуючи клінічний перебіг природженої ЦМВІ в ранньому неонатальному періоді, нам не вдалося виявити у недоношених дітей патогномічних симптомів захворювання. Таким чином, правильна інтерпретація клініко-лабораторних даних, а також дослідження предикторів несприятливого наслідку даної патології дозволить діагностувати ЦМВІ в передчасно народжених немовлят у початковому періоді хвороби і призначити адекватну етіопатогенетичну терапію, що сприятиме зниженню летальності та інвалідизації.

ДЕЯКІ ІМУНОГЕМАТОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ ЕНДОТОКСИКОЗУ У ДІТЕЙ ПРИ НЕФРОПАТІЯХ ІЗ СПАДКОВОЮ СХИЛЬНІСТЮ ТА ЇХ КОРЕЛЯТИВНІ ЗАЛЕЖНОСТІ

Г.С. ЧАЙКОВСЬКА, О.З. ГНАТЕЙКО, Н.Ю. КОСТУР*, Н.Р. КЕЧ,
Н.С. ЛУК'ЯНЕНКО, Л.П. САКАЛАШ**

ДУ «Інститут спадкової патології АМН України».

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Львів

**Львівський медичний університет ім. Данила Галицького

Мета роботи – визначення ендogenous токсинів середньомолекулярних сполук (СМС) пептидної природи, циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) в сироватці крові, лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) периферичної крові та вмісту СМС в сечі, що формують синдром ендogenous інтоксикації у дітей з нефропатіями та їх корелятивні залежності.

Під спостереженням знаходилося 96 хворих дітей з нефропатіями віком від 3 до 15 років; із них 40 (41,7%) хлопчиків та 56 (58,3%) дівчаток. За формою захворювання виділено I групу – 20 (20,8%) дітей з гломерулонефритом (ГН), II – 41 (42,7%) дитина з пієлонефритом (ПН), III – 35 (36,5%) дітей з дисметаболічною нефропатією (ДН). Контролем служила група із 20 практично здорових дітей.

Обстежено членів їх сімей: за I ступ. спорідненості приблизно однакова кількість в II та III групах, II ступ. спорідненості переважав у III групі дітей.

Аналіз отриманих даних показав різке зростання рівня ЦК, СМС ($p < 0,001$) в крові дітей з ГН та ПН, при ДН в III групі концентрація ЦК, СМС зросла в 1,5 разу порівняно з контролем ($p < 0,01$), діапазон коливань абсолютних величин перебував у більш вузькому спектрі, про що достовірно ($p < 0,001$) свідчить коефіцієнт ендогенної інтоксикації (КЕІ). Вперше паралельно вивчено накопичення СМС в сечі, як неспецифічного маркера ендотоксикозу, та їх корелятивні залежності між вихідними параметрами крові. Дані показники перебували в прямій кореляції високого ступеня ($r = +0,75$) між собою та концентрацією СМС в сечі. Виявлено також корелятивну залежність СМС в сечі у родичів I та II ступ. спорідненості, в яких виявлено захворювання нирок.

Таким чином, корелятивні зв'язки між відповідними параметрами ендотоксикозу у дітей залежать від етіології, форми хвороби, хронізації процесу та супутніх захворювань і можуть бути додатковими маркерами при формуванні груп інвалідності та реабілітації дітей з нефропатіями.

СТАН ІМУНОАДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЯХ З ХІМІЧНИМ ТА РАДІАЦІЙНИМ ЗАБРУДНЕННЯМ

Г.С. ЧАЙКОВСЬКА, О.З. ГНАТЕЙКО, М.А. ЛУЧИНСЬКИЙ*,
Н.С. ЛУК'ЯНЕНКО, Р.В. КАЗАКОВА*

ДУ «Інститут спадкової патології АМН України», м. Львів.
*Ужгородський національний університет

Дитячий організм надзвичайно чутливий до дії шкідливих чинників забрудненого довкілля і є об'єктивним індикатором стану здоров'я. Несприятливої дії екологічних факторів найчастіше зазнає імунна система, яка формує вторинні імунодіфіцитні стани, призводить до збільшення частоти захворювань: інфекційних, ротової порожнини (стоматити, гінгівіти, карієс, зубощелепові аномалії), шлунково-кишкового тракту, хронізації процесу з реалізацією екопатології у дітей. Рівень резистентності дитячого організму залежить від дози й тривалості впливу генотоксичних чинників, є показником стабільності гомеостазу і може перебувати в різних типах імуноадаптаційних реакцій, а саме: орієнтування, активації чи стресу.

Мета роботи – вивчити на підставі клініко-паклінічного аналізу, показників гемограм та імуноглобулінів А, IgM, IgG у дітей, які проживають в екологічно несприятливих районах Івано-Франківської області з різним характером забруднення: хімічним (ХЗ) – інгаляційні ксенобіотики та радіаційним (РЗ) у динаміці 3-річного

спостереження. Проведено в комплексі лікування мембранопротекторами (МП) і ентеросорбентами (ЕС) для виведення токсичних чинників та запобігання прогресуванню виявленої патології. Вперше визначити типи адаптаційних реакцій за даними гемограм дитячого організму в умовах тривалої дії екогенних чинників.

Протягом 3-х років нами було обстежено 170 дітей віком від 1-го до 17 років, які від народження проживають в екологічно несприятливих районах Івано-Франківської області: Бурштин (ХЗ) – 67 дітей, Стецева (РЗ) – 66 дітей та не отримували лікування – 37 дітей.

У групі дітей з ХЗ стан гуморального імунітету знаходиться в діапазоні підвищеного напруження до лікування – IgG ($p < 0,001$), а у дітей з РЗ відмічалась дисфункція пригнічення, особливо показників IgA ($p < 0,01$), і залежала від тривалості лікування, спектру супутніх захворювань та фону перенесеної патології. Після проведеного лікування достовірно зросла імунологічна активність за даними імуноглобулінів А та М в групі обстежених дітей ($p < 0,001$).

Виявлено, що у дітей з районів ХЗ показники адаптаційних можливостей відрізнялись реакціями стресу з частотою $q = 0,49$, активація спокою $q = 0,30$, орієнтування лише 8%. Після проведеного лікування реакція стресу зменшилась удвічі, спокою – на 20%, підвищеної активації – до 43% всіх обстежених. Діти, які проживають в районі РЗ, мають реакції стресу з частотою $q = 0,43$ і тільки 18,2% належать реакції спокою. Адаптаційні можливості опірності організму після лікування зросли у 1,5 разу за даними реакції спокою ($p < 0,01$). Зміни адаптаційних реакцій свідчать про довготривале антигенне навантаження дитячого організму екогенними чинниками, дисбаланс імунної системи, специфічне реагування залежно від тривалості дії і спектру забрудника.

Таким чином, вивчення імунологічно-адаптаційних станів у дітей, які проживають на територіях з різним характером забруднення, дає можливість ранньої діагностики хвороби, комплексного лікування антиоксидантами та вітамінами, профілактики та формування груп ризику. Дані показники можуть бути включені до комплексу клініко-параклінічних обстежень дітей з екопатологією як додаткові маркери імунологічних можливостей організму.

ТЮТЮНОПАЛІННЯ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ ТА МОЖЛИВОСТІ ЗАХИСТУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

В.І. ЧЕРГІНЕЦЬ, Н.С. БАШКІРОВА

Дніпропетровська державна медична академія

Великою кількістю наукових досліджень чітко висвітлюється негативна роль тютюнопалін-

ня у розвитку багатьох захворювань різних органів і систем не тільки дорослої людини, але й дитячого організму. Незважаючи на активну пропаганду шкоди тютюнопаління, його розповсюдженість серед дітей та підлітків продовжує бути високою. Нами встановлено, що у Дніпропетровську впливу тютюнового диму тією чи іншою мірою зазнають 92,6% школярів віком від 10 до 17 років. Активними курцями є 29,6% школярів, пасивними – 63,0%. Не тільки активне паління, а й забруднення атмосфери приміщень тютюновим димом є фактором ризику у виникненні різних захворювань, в першу чергу, дихальної системи, яка безпосередньо контактує з агресивними речовинами цигарок. Для первинної профілактики захворювань органів дихання, необхідно мати на озброєнні методи протекції негативного впливу тютюнопаління на дітей. У попередніх роботах нами було показано, що під дією тютюнового Диму, в першу чергу, ще в дитячому віці порушається функціональний стан осморецепторів бронхів. Для профілактичної мети найбільш придатним за нашими даними є водний розчин натрію хлориду 0,9% (ізотонічний розчин) через здатність підтримувати саногенетичні можливості дихальних шляхів, забезпечуючи постійність осмотичного тиску в міжклітинному просторі слизової оболонки.

Метою цього дослідження було вивчення ефективності використання інгаляцій фізіологічного розчину в режимі ультразвукового розпилу для зменшення негативного впливу тютюнового диму на рецепторний апарат бронхів.

Проведено клініко-функціональні обстеження 20 дітей віком від 11 до 16 років. Всі діти зазнавали негативного впливу тютюнового диму: 5 (25%) – активно та 15 (75%) – пасивно. Інгаляції ізотонічного розчину (0,9% NaCl) в режимі ультразвукового розпилу виконувались раз на день по 5 хвилин курсом 10 днів. Контрольну групу складала 20 дітей-курців (5 активних та 15 пасивних) тієї ж вікової категорії, які не отримували курсу інгаляцій 0,9% NaCl.

Після проведеного курсу інгаляцій ізотонічного розчину в режимі ультразвукового розпилу стан підвищеної бронхіальної чутливості залишився на базальному рівні у 2 дітей, у 18 пацієнтів чутливість бронхів зменшилась ($p_{\text{кз}} < 0,01$). В контрольній групі лише у 1 дитини бронхіальна чутливість підвищилась, у 19 – залишилась без змін ($p_{\text{кз}} > 0,01$). Загалом застосування курсу інгаляцій фізіологічного розчину в режимі ультразвукового розпилу зменшило рівні чутливості до неізотонічного (дистильованої води) подразника ($p_{\text{кз}} < 0,01$). Це характеризувало відновлення функціонального стану осморецепторів бронхів у дітей-курців. Порівняльний аналіз змін стану бронхіальної чутливості на неізотонічний подразник у групі дітей, які отримували інгаляції фізіологічного розчину, та у групі контролю, показав достовірні розбіж-

ності ($\chi^2=32,8 > \chi^2_{01}=9,21$ або $p < 0,01$), ($p_{\chi^2} < 0,01$).

Таким чином, застосування курсів інгаляцій ізотонічного розчину 0,9% NaCl позитивно впливає на функціональний стан чутливих осморецепторів цитоплазматичних мембран клітинного складу слизової оболонки бронхів. Вищезазначений метод є фізіологічним засобом, що не вимагає значних економічних витрат. Тому, цей засіб можна рекомендувати для зменшення негативних змін у функціональному стані чутливих бронхіальних рецепторів у дітей, котрі зазнають негативного впливу тютюнового диму.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗНАТЬ ІЗ СІМЕЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ В ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Л.П. ЧЕРЕПАХІНА

Луганський державний медичний університет

У повсякденному житті ми часто користуємось висловом філософа Ліхтенберга, який говорив: «Відчуття здоров'я набувається лише завдяки хворобі». Мабуть тому, лікарі найчастіше займаються лікуванням хвороби та усуненням її наслідків, й набагато менше уваги приділяють заходам щодо зміцнення здоров'я здорової людини.

В останні часи, коли суспільство лихоманить від економічної та політичної нестабільності, коли вчені все більше й більше починають звертати увагу на зростання психосоматичних хвороб, ми вважаємо доцільним викладання основ сімейної психології й психотерапії як на факультетах додипломної, так і на факультетах післядипломної освіти.

На додипломному етапі формування лікарського мислення особливо важливим для студентів-медиків є розуміння впливу психологічного клімату родини на загальний стан здоров'я всіх її членів. Студенти-медики мусять усвідомити, яким саме чином психологічний клімат сім'ї може впливати на здоров'я людини і які профілактичні заходи можуть бути використані у тій чи іншій ситуації.

Давно відомо, що будь-яка інформація – це лише інформація, важливим є те, яким саме чином людина реагує на неї, як вона вміє долати кризові ситуації та як вона може пристосовуватися до інших людей.

Наукою, яка включає в себе особливості сімейної психотерапії, є сімейна валеологія. Вона вивчає роль і місце родини й кожного з її членів у формуванні здоров'я, розробляє рекомендації щодо шляхів і засобів забезпечення здоров'я кожного з поколінь і всієї родини в цілому. Цей розділ валеології має велике майбутнє, тому що формування здоров'я – від планування народження

дитини до виховання усвідомленого відношення її до свого здоров'я – найбільш цілеспрямовано й послідовно може здійснюватися саме в родині.

Звідси постає виняткова важливість проблеми розробки системи безперервного валеологічного виховання, що озброює людину від моменту народження до глибокої старості й методологією здоров'я, і засобами й методами його формування. Із огляду на тенденції катастрофічного падіння рівня здоров'я людей (і, насамперед, дітей і підлітків) і нездатність органів охорони здоров'я впоратися не тільки із профілактикою, але й із самим обвалом патології, розробка системи безперервного валеологічного виховання повинна стати справою державної важливості. Така система може й повинна мати своїм основним завданням спільну роботу валеологів, педагогів, лікарів, психологів та інших фахівців зі збереження й зміцнення здоров'я людей, профілактики різних форм соціальної й професійної дизадаптації. Для цього повинні бути розроблені концепція, програма, а звідси – і організація валеологічної освіти на різних рівнях основного й додаткового виховання.

Лікарі за родом своєї професійної діяльності стежать за людиною протягом усього її життя. Її вміння лікарів вчасно й правильно надати психологічну допомогу своїм пацієнтам дає їм додатковий шанс зберегти здоров'я людини. Крім того, саме вони повинні бути основним прикладом для своїх пацієнтів у питаннях здорового способу життя, формування здорового психологічного клімату в родині.

Саме тому, ми вважаємо за доцільне приділяти питанням сімейної психології та психотерапії достатньо уваги вже на етапі додипломного навчання майбутніх лікарів.

ДО ПИТАННЯ ПРО ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

О.Г. ШАДРИН, В.П. МІСНИК, Г.Б. КОВАЛЕНКО, Р.В. МАРУШКО,
А.А. КОВАЛЬЧУК

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

Функціональні та органічні захворювання органів травлення новонароджених та дітей раннього віку зумовлені функціонально незрілістю кишечника, обтяженою перинатальною патологією, ускладненим періодом новонародженості, нераціональним харчуванням вагітних, матерів-годувальниць та їх дітей. Раціональним харчуванням вважаємо не тільки повноцінне надходження основних нутрієнтів, але й біологічно активних компонентів, таких як довголанцюгові поліненасичені жирні кислоти (ДЛ ПНЖК), що мають оздоровлюючі та імунорегуляторні властивості.

Особливо високі потреби організму вагітної жінки у ПНЖК спостерігаються в III триместрі, коли настає швидкий ріст плода. Звідси зрозуміла важлива роль раціонального «функціонального» харчування для майбутньої матері та її дитини. Проте аналіз раціонів харчування матерів обстежених дітей показав, що повноцінно харчувалися лише 60% матерів дітей, які страждали на функціональні закрепи (1-ша група) та 25% матерів дітей із затяжним ентероколітом (2-га група). Особливо негативна тенденція спостерігалася щодо вживання ПНЖК.

Серед постнатальних неінфекційних факторів ризику найбільш значущими були пізні прикладання до груді та раннє штучне вигодовування – 50% у дітей 1-ої групи та 70% у дітей 2-ої групи. Прикладання дитини до груді матері в перші 30–60 хвилин після народження є важливим фізіологічним фактором, який забезпечує адаптацію новонародженого до умов зовнішнього середовища на основі шкірного контакту і перших крапель молока, що є джерелом захисних факторів, включаючи ДЛ ПНЖК. Кількість останніх в післяпологовому періоді поступово зменшується, що може бути призупинено своєчасною корекцією дієти. Доношені діти на грудному вигодовуванні нарощують рівень ПНЖК зі швидкістю 10 мг/добу, причому 50% з них відкладається в тканинах мозку. Діти, які знаходяться на штучному вигодовуванні адаптованими сумішами, збагаченими ПНЖК, накопичують їх в мозку лише на 25%.

Встановлено, що більшість матерів мали обтяжений акушерський анамнез та екстрагенітальні захворювання, серед яких переважали захворювання органів травлення (хронічний холецистит, гастродуоденіт, коліт тощо). Найбільша частота факторів ризику припадала на 2-гу групу дітей. До факторів ризику, що відіграють важливу роль в створенні умов для розвитку функціональних та органічних порушень шлунково-кишкового тракту, відносяться зміни мікроекології кишечника. Заселення стерильних відкритих біотопів новонароджених аутофлорою матері, перший контакт з груддю матері та надходження імунних факторів з її грудним молоком, особливо молозивом, є головними факторами, які зумовлюють фізіологічну колонізацію організму дитини.

Збіг декількох небажаних факторів з боку матері або дитини в анте-, інтра- і післянатальному періоді, раннє інфікування малюка, особливо, наявність кишкових дисфункцій, застосування антибіотикотерапії, починаючи з перших днів життя, нераціональне харчування дітей та їх матерів, недостатнє надходження та/або засвоєння ПНЖК можуть спричинити формування кишкових дисбіозів, сприяти функціональним та запальним процесам у кишках.

ТРИВАЛЕ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В МІСТАХ УКРАЇНИ

З.А. ШКІРЯК-НИЖНИК, О.М. ЛУК'ЯНОВА, Ю.Г. АНТИПКІН,
Н.В. ЧИСЛОВСЬКА, Д. ГРИГОРЧУК

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН
України».

Національна медична академія післядипломної освіти ім.

П.Л. Шупика, м. Київ.

Грейт Лейкс Центри, Іллінойський Університет, Чикаго, США

В Україні з 1993 року дотепер проводиться когортне епідеміологічне, тривале дослідження 7500 українських родин, із їх комплексним моніторингом упродовж 18 років з метою вивчення різнобічних факторів, що впливають на перебіг вагітності, пологів, здоров'я та розвиток дітей від їх народження до закінчення середньої школи. Подібних досліджень в Україні ще не проводилось.

Дослідження є українською частиною Міжнародного ініційованого ВООЗ проекту з вивчення вагітності, батьківства і здоров'я дітей (ELSPAC-European Longitudinal Study of Parenthood and Childhood). Воно розпочалося з вивчення популяції вагітних, які проживають у міських регіонах України: містах Києві, Дніпродзержинську, Маріуполі та Красному Лучі та продовжується спостереженням за новонародженими дітьми аж до виповнення ними 18-річного віку. Для збору інформації на кожному віковому етапі використовуються спеціальні запитники, розроблені під методологічним керівництвом Брістольського Університету у Великобританії та адаптовані до умов України ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України». Запитники заповнюються членами родини, а також лікарським персоналом з вкопіюванням даних із медичної документації. З 11-річного віку дитини заповнюється і окремий запитник самою дитиною. На етапі вивчення наслідків пологів у частини породілей Дніпродзержинська та Києва проводилось дослідження плацент, внутрішніх органів плода, проб грудного молока на вміст радіонуклідів та токсичних забрудників довкілля. У 3-річних дітей Маріуполя та Києва вивчали показники імунної системи.

Дослідження проводяться під загальним керівництвом ДУ «Інституту ПАГ НАМН України» (відділення медико-соціальних проблем сім'ї), за співучастю Іллінойського Університету в Чикаго, Департаментів охорони здоров'я згаданих регіонів та за підтримки Міжнародного Фонду Фогарті, Національних Інститутів Здоров'я США. До виконання проекту на місцях залучені лікарі-практики.

Проект сфокусований на визначенні біологічних, соціальних, медичних, екологічних, психологічних та культурологічних факторів, що впливають на можливість виживання плода, немовляти, здоров'я та гармонійного розвитку дитини, а відтак на здоров'я і молодієї генерації України. На кожному етапі поповнюється створена від початку проекту потужна база даних.

На сьогоднішній день проводиться етап вивчення проблем здоров'я дітей 15–18 років.

Встановлені актуальні проблеми здоров'я жінок і дітей систематично аналізуються з подальшою рекомендацією для різних рівнів (сім'я-держава) заходів профілактики порушень здоров'я дітей.

ЩОДО МОЖЛИВОСТЕЙ АНАЛІЗУ МЕДИКО-СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ГЕОГРАФІЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ

І.Д. ШКРОБАНЕЦЬ, Ю.М. НЕЧИТАЙЛО, В.В. БЕЗРУК

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Просторовий аналіз є однією з трьох основних підвалин сучасної епідеміології. Органи охорони здоров'я збирають значну кількість даних медичної та демографічної статистики, які переважно структуруються в межах адміністративної одиниці (міста, району, села) і не несуть персонального характеру, через що інформація в більшості випадків непридатна для сучасного релевантного епідеміологічного аналізу. При цьому майже ніколи не використовуються географічні чи топографічні карти та прив'язка до них персональних медичних даних пацієнтів. В той же час, створення географічних інформаційних систем (ГІС) на підставі точної навігації та отримання фотографічних супутникових карт сприяли широкому застосуванню цих методик.

З метою вивчення можливості застосування ГІС-рішень ми використовували супутникові знімки та картографічні дані із пошукових систем Яндекс та Google та проводили позиціонування місця проживання за допомогою навігатора iXtone GP35d та карт iGO 8.3. На першому етапі дослідження вивчали варіанти ГІС-аналізу з різним масштабом карт, необхідним для різних видів аналізу. Окремі дослідники схиляються до думки, що для вивчення розподілу поширених станів достатнім є номер поштового індексу місця проживання пацієнта, за яким можна сформулювати коміркову порівняльну структуру. Частина науковців є прибічниками просторової структури, що охоплює окремі населені пункти. Все ж більшість вважає, що оптимальним є вибір так званого гранулярного рівня, базованого на персональних даних пацієнта (адреса будинку місця проживання або відповідні географічні координати). В разі необхідності мати більш узагальнені дані завжди можна перейти до агломерованих структур.

Ми вивчили можливість практичного використання різних варіантів ГІС-аналізу з різним масштабом карт. В якості прикладів було взято поширеність неврологічних захворювань у дітей в межах області. Показники поширеності за два роки усереднювалися і агломеровані дані

наносилися на карту області. Графічні дані продемонстрували значну різницю між рівнинною сільськогосподарською частиною області та підгірною лісовою частиною. Така закономірність може бути пов'язана із забрудненням ґрунтів та вод рівнинної частини області пестицидами.

Персональні дані пацієнтів у межах одного району вказують на нерівномірність просторового розподілу випадків: значно виділяються окремі населені пункти, в яких кількість хворих дітей в декілька разів більша, ніж у сусідніх з ними поселеннях. Розташовані ці пункти переважно у низинній частині вздовж річки Серет та її приток. Формалізовані показники підтверджують таку асоціацію – коефіцієнт кореляції Спірмена між частотою випадків та їх ландшафтним розташуванням має достовірний характер ($R = 0,53$, $p < 0,05$). В результаті дослідження ми дійшли висновку, що сучасне комп'ютерне оснащення з доступом до мережі Інтернет дає можливість використовувати ПІС для просторового аналізу медико-статистичних даних, за умови наявності персональних відомостей пацієнта про місце його проживання.

ЗМІНИ В ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ ОРГАНАХ ПРИ ПОЛІОРГАННІЙ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Д.А. ШКУРУПІЙ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Синдром поліорганної недостатності (СПОН) виникає через одночасне ураження органів і систем агресивними медіаторами критичного стану в результаті тяжкої неспецифічної стрес-реакції, що запускається у відповідь на дію ряду надпорогових етіологічних факторів. У новонароджених, які перебувають у відділеннях інтенсивної терапії, розвиток СПОН становить близько 50%, а летальність досягає 62%.

Розвиток СПОН визначають за наявністю функціональної недостатності двох і більше систем, а ключову ланку в патогенезі цього синдрому стійко асоціюють з формуванням синдрому системної запальної відповіді, який характеризується своєрідними імунними змінами. Діагностичні шкали розвитку СПОН не включають зміни в органах імуногенезу як верифікаційно-показника розвитку цього синдрому.

З метою визначення змін в імункомпетентних органах у новонароджених із СПОН було проаналізовано гістологічні матеріали 61 новонародженого, померлого на етапі проведення інтенсивної терапії, з яких 26 спостережень (42,6%) складала випадки смерті з наслідками асфіксії при народженні (АПН) і 35 (57,4% спостережень – з наслідками внутрішньоутробного інфікування (ВУІ). У 26 новонароджених, по-

мерлих із наслідками АПН, в 10 (43,5%) випадках виявлено редукцію пульпи селезінки, а в 19 (76%) – акцидентальну трансформацію тимуса (АТТ), при цьому в 11 із 13 випадків глибина АТТ відповідала III–IV ступеням, що може трактуватись як атрофія тимуса. У новонароджених, померлих від ВУІ, редукцію пульпи селезінки було виявлено в 31 (88,6% випадку, АТТ – в 27 (77,2%) з трансформацією III–IV ступеня в 19 (54,3%) випадках. Зміни тимуса і селезінки чітко корелювали із зменшенням кількості лімфоцитів периферичної крові менше ніж 27,08%. Цей показник може бути використаний для діагностики ураження імунної системи у новонароджених із СПОН.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ ДІТЕЙ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

І.В. ШЛІМКЕВИЧ, О.Б. СИНОВЕРСЬКА, Л.Я. ІВАНИШИН

ВДНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Одним із патогенетичних механізмів розвитку артеріальної гіпертензії (АГ) є ендотеліальна дисфункція, а власне дисбаланс між вазоконстрикторними та вазодилатуючими субстанціями.

Мета роботи: проаналізувати ендотеліальну функцію у дітей залежно від варіанту АГ. Вивчення синтетичної функції ендотелію проводили у 19 дітей із первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ), у 24 пацієнтів – із нейроциркуляторною дистонією за гіпертензивним типом (НЦД) та у 19 – із метаболічним синдромом (МС). Середній вік обстежених становив $15,1 \pm 1,2$ року. Групу контролю склали 10 здорових дітей аналогічного віку. Концентрацію в сироватці крові ендотеліну-1 (ЕТ-1) визначали за допомогою імуноферментних тест-систем «Peninsula Laboratories» (USA). Визначення рівня основних метаболітів NO в сироватці крові проводили за допомогою імуноферментних тест-систем «RDS» (UK).

В процесі дослідження визначено підвищений рівень ЕТ-1 у пацієнтів із АГ ($p_N < 0,001$) при достовірному зниженні ($p_N < 0,01 - 0,001$) рівня як ендотеліального нітриту, так і загального нітриту й нітрату плазми. Втім, їхні рівні відрізнялися у пацієнтів різних груп. Так, рівень ЕТ-1, склавши $16,38 \pm 0,71$ пг/мл, був найвищим у дітей із МС. При цьому він достовірно перевищував такий не лише у здорових, але й у підлітків із НЦД ($p < 0,05$). В той же час, мінімальні рівні оксиду азоту та його фракцій визначено у дітей із ПАГ. Так, рівень загального NO у цієї категорії пацієнтів становив $0,43 \pm 0,05$ мкмоль/л, і при цьому був достовірно нижчим ($p < 0,05$) за відповідні, визначені у дітей із іншими варіантами АГ.

Таким чином, можна передбачити, що за наявності АГ має місце функціональний дефект ен-

дотелю. Втім, спрямованість змін є різною залежно від нозології. Так, у пацієнтів із МС превалює надмірний синтез вазоконстрикторних субстанцій, в той час як у дітей із ПАГ відмічали максимальне пригнічення синтезу вазодиліаторних пептидів. Слід зазначити, що наявність та ступінь вираження ЕД великою мірою зумовлює ризик клінічного прогресування, розвитку ускладнень та нозологічної трансформації у дітей із АГ.

НОВОНАРОДЖЕНІ З НАДЗВИЧАЙНО МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА: ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

О.С. ЯБЛОНЬ, О.А. МОРАВСЬКА*, К.Т. БЕРЦУН*,
М.В. ДОБІЖА*, Д.П. СЕРГЕТА*, С.Б. ЧЕЧУГА**,
Н.А. ШОВКОПЛЯС**, О.С. РУБІНА, Д.Ю. ВЛАСЕНКО

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня.

**МЛ «Центр матері та дитини»

На сучасному етапі розвитку неонатології питання щодо доцільності виходжування новонароджених з масою тіла < 1000 г (НММТ) не викликає сумнівів. Проте вирішення цього питання ставить перед нами низку наступних, зокрема, де і в яких умовах повинна здійснюватись допомога даній категорії дітей? Особливо важливим вбачається саме перший етап надання допомоги, на якому відбувається напружена адаптація всіх систем організму надзвичайно незрілої дитини, зрив якої може призвести до незворотних наслідків.

В Україні спостерігається щорічне зростання кількості новонароджених з НММТ, причому відсоток немовлят, які народжуються у закладах третинного рівня, зріс у Вінницькій області з 6,7% у 2007 р. до 52,6% у 2009 р. Виживання даної категорії дітей має тенденцію до зростання, але спостерігаються суттєві відмінності залежно від того, де народилася дитина. Так, виживання в неонатальному періоді немовлят, які народилися в районних пологових відділеннях, складає 33,3%, тоді як народжені в лікувальних закладах третинного рівня виживають у 56,6% (p<0,05) випадків. В цілому, 72,7% дітей, котрі вижили, були народжені у закладах другого та третього рівнів надання медичної допомоги.

Зросла кількість новонароджених з НММТ, які народилися шляхом кесарева розтину – 33,3% немовлят, в той час як в регіоні частота оперативного розродження складає 11,1%. Антенатальну профілактику респіраторного дистресу отримало 5,6% вагітних на первинному рівні та 60% - в умовах перинатального центру (p<0,05). Досягнення такого показника стало можливим завдяки пролонгуванню вагітності при передчасному розриві навколоплодових оболонок з 24 тижнів. Рання замісна терапія сурфактантом в закладах третинного рівня проводилась майже половині дітей (48,1%), тоді як лише

1 (5,6%) новонароджений отримав її в умовах районного лікувального закладу (p<0,05). 39% дітей, які народились в районних закладах, отримали терапію сурфактантом після переведення до відділення інтенсивної терапії новонароджених обласної дитячої лікарні. Середній вік новонароджених на час введення сурфактанту складав 7 год, а серед малюків, які народились у перинатальному центрі, цей показник становив 33 хв. Достовірні відмінності встановлено між раннім застосуванням неінвазивного СДПД – 66,7% в районних закладах та 18,5% на третинному рівні (p<0,05), де 81,5% новонароджених одразу переводяться на примусову вентиляцію. Парентеральне харчування від народження проводилось усім дітям, однак в районах воно містило тільки вуглеводи, тоді як в умовах закладів третинного рівня половина дітей отримувала раннє (в першу добу життя) введення білків. Достовірні відмінності встановлено між частотою раннього застосування довенних імуноглобулінів (5,6% проти 48,1%, p<0,05). Не було встановлено достовірної різниці між частотою формування перивентрикулярної лейкомаляції, однак ВШК ІV ступ. достовірно частіше реєструвалися серед немовлят, які народились в районі та зазнали раннього (в першу добу життя) транспортування до відділення інтенсивної терапії новонароджених (3,7% проти 22,2%, p<0,05).

Таким чином, надання медичної допомоги новонародженим з НММТ на третинному рівні є «золотим стандартом» в неонатології.

РОЛЬ МОЗКОВОГО НЕЙРОТРОФІЧНОГО ФАКТОРА У ДІАГНОСТИЦІ ГІПОКСИЧНИХ УРАЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У НЕДОНОШЕНИХ

О.С. ЯБЛОНЬ, Т.О. КОВТЮХ, Д.П. СЕРГЕТА,
О.Ю. КОНДРАТЮК, Г.Г. КУЖЕЛЬ

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Мозковий нейротрофічний фактор (BDNF) відноситься до нейротрофінів – регуляторних білків нервової тканини, які мають значний трофічний вплив на фізіологічну і патологічну життєдіяльність нейронів. Також він є одним з інгібіторів апоптозу, механізми якого беруть участь у формуванні вогнищ ураження головного мозку при гіпоксичній енцефалопатії. Мозковий нейротрофічний фактор не здатен завадити ураженню білої речовини мозку, але сприяє зменшенню розмірів вогнища ураження. Тому рівень мозкового нейротрофічного фактора може використовуватись в якості маркера тяжкості ураження центральної нервової системи і прогнозування несприятливих наслідків.

Метою роботи було дослідження показників мозкового нейротрофічного фактора сироватки

крові у недоношених з гіпоксичним ураженням головного мозку.

Обстежено 39 недоношених новонароджених з гестаційним віком 25–35 тижнів. Всіх дітей було розподілено на три групи: 14 недоношених новонароджених з проявами внутрішньошлункових крововиливів, 16 немовлят з проявами перивентрикулярної лейкомаляції, 9 дітей без ознак патології центральної нервової системи склали групу порівняння. Діагностика ураження мозку здійснювалася на підставі аналізу анамнестичних даних, клінічних проявів та результатів додаткових методів обстеження (нейросонографія). Дослідження мозкового нейротрофічного фактора проводилось за допомогою тест-системи, що ґрунтується на кількісному імуноферментному аналізі сендвічевого типу фірми R&D systems (Англія).

Встановлено, що сироватковий рівень мозкового нейротрофічного фактора на 5–7-й день життя був найвищим у новонароджених з внутрішньошлунковими крововиливами і становив $618,2 \pm 126,5$ нг/мл, достовірно відрізняючись від показників дітей групи порівняння ($490,3 \pm 98,9$ нг/мл). Натомість у групі дітей, у котрих в подальшому сформувалася перивентрикулярна лейкомаляція, показник мозкового нейротрофічного фактора був нижчим, ніж у дітей групи порівняння – $280,2 \pm 56,9$ нг/мл ($p > 0,05$).

Отримані нами дані свідчать про значущість впливу нейропептидів на розвиток мозку недоношених новонароджених за умови формування структурних змін. Очевидно, що підвищений вміст нейротрофічного фактора здатен здійснювати нейропротективну дію в умовах перенесеної хронічної гіпоксії та мінімізувати її несприятливі наслідки. Діти з низьким вмістом мозкового нейротрофічного фактора у сироватці крові в ранньому неонатальному періоді не здатні адекватно реагувати на гіпоксію та є групою ризику з формування перивентрикулярної лейкомаляції. Необхідне подальше спостереження за недоношеними дітьми для визначення прогностичного значення виявлених змін.

МОЖЛИВОСТІ ІМУНОРЕАБІЛІТАЦІ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ

Т.В. ЯРОШЕВСЬКА, Т.Г. КАРАТАЄВСЬКА, О.В. МЕДВЕДСЬКА,
В.А. МІНАКОВА

Дніпропетровська державна медична академія.
Дитяча міська клінічна лікарня № 2,
м. Дніпропетровськ

Лікування дітей з хронічним пієлонефритом зі схильністю до частих рецидивів захворювання є актуальною проблемою, незважаючи на значні успіхи антибактеріальної терапії. Серед механізмів хронізації інфекцій сечової системи

у дітей, як відомо, важливу роль відіграє персистенція патогенної і потенційно патогенної флори не тільки в сечових шляхах, а й в носоглотці. Порушення місцевого захисту, зумовлені наявністю хронічних вогнищ інфекції, пізніше викликають зміни в системі імунітету в цілому, що несприятливо впливає на перебіг основного захворювання.

Під нашим спостереженням знаходилось 30 дітей, з них 22 дівчинки і 8 хлопчиків, середній вік хворих 8,6 року, з хронічним пієлонефритом в періоді часткової клініко-лабораторної ремісії. Захворювання діагностували на підставі клініко-анамнестичних, лабораторних та інструментальних даних (загальноклінічні аналізи крові, сечі, дослідження за Нечипоренком, Зимницьким, біохімічні аналізи, сонографія, екскреторна урографія, мікційна цистографія). До початку лікування і в процесі терапії проводились посіви сечі для бактеріологічного дослідження з середньої порції при вільному сечовипусканні. За показаннями діти оглянуті дитячим гінекологом, оториноларингологом, проведено вивчення мікробного пейзажу носоглотки.

Особливістю перебігу захворювання в усіх випадках була схильність до частого, 2–3 рази на рік, рецидивування, незважаючи на адекватну антибіотикотерапію. У 20 (66,7%) дітей виявлений супутній хронічний тонзиліт, з них у 12 (40%) наявність патогенної мікрофлори носоглотки (стафіло- і стрептококова флора) підтверджено при мікробіологічному дослідженні. У більшості хворих виявлено функціональні порушення імунної системи. Імунологічні порушення стосувались передусім, змін клітинного імунітету. Зниження імунорегуляторного індексу при збереженій загальній кількості Т-лімфоцитів було виявлено у 56,7% дітей. Більшість із них (66,7%) мали також збільшення титрів гетерофільних антитіл. Зниження фагоцитарної активності нейтрофілів і НСТ-тесту виявлено у 12 дітей. Виявлені імунологічні зміни носили, вірогідно, вторинний характер.

Стандартні, затверджені МОЗ України (наказ № 365 від 20.07.05), комплекси терапії з використанням антибактеріальних засобів, препаратів пробіотичної і симптоматичної дії, ми доповнювали комбінованим препаратом рослинного походження Імупрет (Біоноріка АГ), який завдяки своїм компонентам володіє імуномодельюючою, протизапальною, противірусною активністю. Імупрет призначали в залежності від віку по 10–15 крапель тричі на день протягом 6 тижнів. В результаті лікування відбувалось достовірне зниження частоти рецидивів протягом року і позитивні зміни в імунограмі у 93% дітей. Отже, проведення імунореабілітаційних заходів з використанням рослинного фітонірингового препарату Імупрет, спрямоване на зниження респіраторної захворюваності і санацію вогнищ хронічної інфекції у дітей з хронічним пієлонефритом, може бути обґрунтованим і є доцільним.