

Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація педіатрів України
ДУ „Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України”
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали VII конгресу педіатрів України
(11–13 жовтня 2011 р., Київ)

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

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

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

МОДУЛЯЦІЯ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ЗАХИСТУ ПРИ ХЕЛІКОБАКТЕРНІЙ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

О.Є. АБАТУРОВ, О.М. ГЕРАСИМЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія

Сучасна терапія хелікобактер-асоційованої гастродуоденальної патології вважає за необхідність ерадикацію *H. pylori*. Незадовільні результати класичних ерадикаційних схем змушують проводити повторні курси лікування, у зв'язку з чим існує необхідність розробки нових напрямів у проведенні антихелікобактерної терапії, які впливають на інші ланки патогенезу хелікобактерної інфекції.

В основі хронічного *Hp*-асоційованого гастродуоденіту лежить хронічна запальна реакція на вплив *H. pylori*. Особливу роль у розвитку інфекційно-запального процесу, викликаного грамнегативними інфекційними агентами, відіграє образ-розпізнаючий рецептор (PRR) – TLR4. Рецептор TLR4 – ключовий сенсор для LPS *H. pylori*. Рекогніція LPS *H. pylori* TLR відбувається при безпосередній їх взаємодії або при взаємодії, опосередкованій аксесуарними молекулами – ліпополісахарид-зв'язуючим білком (LBP), sCD14, mCD14, MD-2. Адекватна PRR-асоційована відповідь організму зумовлює ефективну ерадикацію патогенного інфекційного агента, репарацію пошкоджених тканин, запобігання розвитку хвороби, а в разі захворювання – видужання пацієнта. Однак дефіцитне збудження рецепторів при взаємодії з лігандами може стати основною причиною хронізації запалення, а надмірне – зумовити розвиток гострої системної запальної відповіді або виникнення аутоімунного процесу. У зв'язку з цим розуміння механізмів ліганд-опосередкованого порушення PRR – найважливіша умова для подальшого удосконалення методів лікування та профілактики захворювань, зокрема, хронічної *Hp*-асоційованої гастродуоденальної патології.

Мета дослідження: вивчення ефективності застосування фітоімуномодулятора Імупрет® (Біонорика) у дітей, хворих на хронічний гастродуоденіт, асоційований з *H. pylori*, в схемі «потрійної» ерадикаційної антихелікобактерної терапії.

Нами доведено, що розвиток у дітей хронічного гастродуоденіту, асоційованого з *H. pylori*, супроводжується підвищенням експресії в СОШ TLR4, який є ключовим сенсором для LPS *H. pylori*. Дані літератури свідчать, що при хелікобактерній інфекції саме з дією LPS *H. pylori* асоційована продукція прозапальних цитокінів, хемокінів та ін., які є медіаторами запального процесу СОШ і зумовлюють перебіг захворювання. Отримані нами результати щодо підвищення рівня sCD14 у дітей, хворих на ХГД *Hp* «-», можуть свідчити, що хелікобактерна інфекція розвивається за наявності зниженого рівня sCD14. Взаємодія комплексу LPS/LBP з достатньою кількістю сольотабної форми

CD14 зумовлює його зв'язування і передачу сироватковим ліпопротеїнам високої щільності, які служать своєрідним «стоком» LPS, що забезпечує елімінацію LPS з організму, і, таким чином, знижує вираженість LPS-асоційованих ефектів. При зменшеному рівні sCD14 комплекс LPS/LBP взаємодіє з мембранозв'язаною формою CD14 і каталізує зв'язування LPS з мембрано-асоційованим протеїном MD-2.

Результати проведеного дослідження показали, що призначення фітоімуномодулятора Імупрет® (Біонорика) в схемі «потрійної» ерадикаційної антихелікобактерної терапії у дітей, хворих на хронічний гастродуоденіт, асоційований з *H. pylori*, сприяє підвищенню ефективності ерадикаційної терапії (90%), більш швидкому зникненню больового, диспептичного та астеничного синдромів. В основі підвищення ефективності ерадикації *H. pylori* лежить Імупрет-асоційоване посилення продукції водорозчинного sCD14, яке сприяє інгібіції sCD14 LPS-опосередкованих ефектів в епітеліоцитах СОШ і запобігання надмірній запальній реакції.

ХРОНІЧНІ ГАСТРИТИ, АСОЦІЙОВАНІ З ВНУТРІШНЬОКЛІТИННИМИ ВІРУСНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ У ДІТЕЙ

О.Є. АБАТУРОВ¹, Н.Й. ЛЕОНЕНКО²

¹Дніпропетровська державна медична академія.

²КЗ «Міська дитяча клінічна лікарня № 1», м. Дніпропетровськ

Серед захворювань органів травлення значне місце посідає патологія шлунка та дванадцятипалої кишки, яка складає 50–75% від загальної кількості захворювань органів травлення у дітей.

Поряд зі значенням хелікобактерної інфекції у розвитку патології гастродуоденальної зони у якості конкуруючого етіологічного фактора сьогодні розглядається специфічна внутрішньоклітинна інфекція. Проблема герпесвірусних інфекцій є однією із актуальних для педіатрії у сучасних умовах та пов'язана із широкою циркуляцією цих збудників серед населення. У враженні шлунка та дванадцятипалої кишки інфекційному фактору, зокрема, вірусам сімейства герпесу, надається виняткова роль. Накопичуються дані про можливу роль цитомегаловірусної інфекції, вірусу Епштейна-Барр (ЕВВ) у розвитку гастриту у дітей.

Під спостереженням перебувало 76 дітей віком від 6 до 17 років з хронічною гастродуоденальною патологією в стадії загострення. Для оцінки морфологічних особливостей характеру запального процесу гастродуоденальної патології усім хворим проведено ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки (ФЕГДС) за загальноприйнятою методикою з узяттям біоптатів (2) слизової оболонки

антрального відділу шлунка. Для виявлення етіологічного фактора застосовували: визначення антитіл до CagA антигена *H. pylori* методом ІФА, визначення специфічних імуноглобулінів IgM, IgG до CMV; антитіла IgM до капсидного антигена (VCA) EBV; IgG до раннього антигена (EA) EBV; IgG до ядерного антигена (EBNA) EBV, ДНК CMV та EBV визначали в біоптаті шлунка методом ПЛР.

Результати проведеного дослідження показали, що антитіла до CagA антигена *H. pylori* виявлено у високих титрах у 31 (40,8%) хворого, специфічний IgM до CMV – у 1 (1,3%), IgG до CMV – у 7 (9,2%), антитіла IgM до EBV – у 4 (5,2%), IgG до ядерного антигена EBV – у 14 (18,4%) дітей, які знаходились під спостереженням. Підвищені титри специфічних антитіл, ймовірно, свідчать про тривалість персистенції герпесвірусів у дітей з гастродуоденальною патологією та участь в хронізації запального процесу.

Нами доведено, що серед дітей з гастродуоденальною патологією ізольовану хелікобактерну інфекцію виявлено у 15 (19,7%) хворих, внутрішньоклітинну інфекцію – у 26 (34,2%), поєднану хелікобактерну та внутрішньоклітинну інфекцію – у 16 (21,0%). При проведенні лікування дітей, хворих на хронічний гастрит, асоційований з *H. pylori*, застосовували «потрійну» антихелікобактерну ерадикаційну терапію, при хронічних гастритах, асоційованих з внутрішньоклітинною інфекцією та поєднаною з *H. pylori*, до комплексної терапії включали ліпосомований препарат рекомбінантного X-2b інтерферону (Ліпоферон®, Вектор-Медика, РФ).

Результати проведеного дослідження показали, що призначення препарату Ліпоферон® в схемі «потрійної» ерадикаційної антихелікобактерної терапії у дітей, хворих на хронічний гастрит, асоційований з *H. pylori* та герпесвірусами, сприяє підвищенню ефективності ерадикаційної терапії (90%), більш швидкому зникненню болювого, диспептичного та астеничного синдромів.

ЧИННИКИ, ЩО СПРИЯЮТЬ ФОРМУВАННЮ ХРОНІЧНИХ НР-АСОЦІЙОВАНИХ ГАСТРИТІВ У ДІТЕЙ

О.Є. АБАТУРОВ¹, Н.Ю. ЗАВГОРОДНЯ²

¹Дніпропетровська державна медична академія.

²КЗ «Міська дитяча клінічна лікарня № 1», м. Дніпропетровськ

Хелікобактерна інфекція є однією з найпоширеніших хронічних бактеріальних інфекцій людини. За даними багатьох досліджень, *Нр* є чинником розвитку хронічного гастриту, важливим фактором патогенезу виразкової хвороби, аденокарциноми шлунка та МАЛТ-лімфоми. Інфікування дитини можливе вже на першому році життя,

поширеність хелікобактеріозу зростає з віком. У країнах, що розвиваються, майже 80% дітей віком до 10 років інфіковані *Нр*. Серед розвинутих країн цей показник є значно нижчим – варіює від 13 до 27%, але тенденція щодо зростання кількості інфікованих з віком зберігається.

Метою нашого дослідження було виявлення інформативно значущих факторів ризику формування *Нр*-асоційованої патології серед дітей, хворих на хронічний гастрит. Під нашим спостереженням знаходились 124 дитини віком від 5 до 18 років з хронічним гастритом у стадії загострення, які лікувались у дитячому гастроентерологічному відділенні МДКЛІ № 1 протягом 2009–2010 років.

Проведення даного дослідження дозволило виявити фактори високої значущості (відносний ризик (ВР)>2,0) та додаткові фактори (1,5<ВР<2,0), які асоційовані з *Нр*-інфекцією у дітей (р<0,05). За нашими даними, до біологічних факторів високого рівня значущості відносяться: обтяжена спадковість за виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та хронічним гастритом переважно з боку батька дитини; ускладнений перебіг вагітності та пологів (штучне переривання вагітності, передчасні пологи та пологи шляхом кесарева розтину); недоношеність; перенесені інфекційні захворювання (кір, краснуха, скарлатина), а вагомими соціальними факторами ризику є незадовільні санітарно-гігієнічні умови життя дитини, а саме відсутність централізованого водопостачання та використання некип'яченої питної води

В клінічній картині перебігу захворювання у *Нр*-позитивних пацієнтів відмічалися більш тривалий та інтенсивний больовий і диспептичний синдроми; наявність виражених астеновегетативних порушень; більш вагома частка дітей з надлишковою масою (ВР = 2,5); супутньою патологією нирок (ВР = 5,6) та патологією опорно-рухового апарату (ВР = 2,81) порівняно з *Нр*-негативними. Ендоскопічно серед *Нр*-позитивних пацієнтів гіперпластична гастропатія реєструвалася у 17% випадків, а серед *Нр*-негативних пацієнтів – у 7% спостережень, також слід зазначити, що у *Нр*-позитивних пацієнтів частіше спостерігалось дифузне ураження слизової оболонки шлунка або поєднання ураження антрального відділу та тіла шлунка.

Таким чином, серед факторів ризику формування *Нр*-асоційованих гастритів у дітей високий рівень значущості та інформативності мають: обтяженість спадковості за виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та хронічним гастритом з боку батька дитини, ускладнений перебіг вагітності та пологів; недоношеність; раннє штучне вигодовування; перенесені інфекційні захворювання; відсутність централізованого водопостачання, використання некип'яченої питної води; наявність супутньої патології нирок та опорно-рухового апарату; гіперпластичні зміни слизової оболонки шлунка.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В РІЗНІ ПЕРІОДИ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ

О.Є. АБАТУРОВ¹, О.О. РУСАКОВА²

¹Дніпропетровська державна медична академія.

²КЗ «Міська дитяча клінічна лікарня № 1»,
м. Дніпропетровськ

Відкриття молекулярних механізмів розвитку та регуляції запалення кардинальним чином змінило уяву щодо патогенезу розвитку інфекційно-запальних захворювань респіраторного тракту. Сьогодні показано, що багаторівнева ієрархічна структура секреторного, мембранного, сигнального та внутрішньоклітинного рецепторних неспецифічних механізмів захисту респіраторного тракту розпізнає РAMP інфекційних агентів і активує компоненти внутрішньоклітинних сигнальних шляхів, які через фактори транскрипції досягають ініціації роботи генів-мішеней, що регулюють активність клітинних ефektorів, синтез антибактеріальних, противірусних, протигрибкових молекулярних структур і також процеси запалення та імунної відповіді.

При розвитку інфекції респіраторного тракту збудження патоген-асоційованими молекулярними структурами інфекційних агентів рецепторів TLR та/або цитокінами відповідних їм рецепторів епітеліоцитів, макрофагів, альвеолярних макрофагів, дендритних клітин призводить до індукції різних сімейств кіназ, що викликають активацію безлічі факторів транскрипції, у тому числі таких, як NF-κB, AP-1, IRF, STAT. В патогенезі запальних захворювань органів дихання одну з центральних ролей відіграють фактори транскрипції NF-κB. Володіючи трансактивністю щодо генів, які відповідають за синтез медіаторів запалення, NF-κB визначають характер і вираженість запального процесу. При цьому істотне значення має рівень експресії нуклеарних факторів. Порушення балансу про- та протизапальних цитокінів є основою для розвитку бронхіальної обструкції при гострих респіраторних захворюваннях.

Беручи до уваги, що фактори транскрипції NF-κB активують транскрипцію генів, більшість з яких є основними учасниками регуляції запального процесу, неспецифічних та специфічних процесів, метою даного дослідження було вивчення молекулярно-генетичних механізмів розвитку гострого обструктивного бронхіту у дітей раннього віку в різні періоди перебігу захворювання з проведенням дослідження рівня NF-κB в периферичній крові, дослідження рівня цитокінів (Th₁-асоційованих – IL-4, IL-13) в периферичній крові з використанням тест-систем методом імуноферментного аналізу (ІФА); визначення рівня загального IgE в пе-

риферичній крові з використанням тест-систем методом ІФА.

Дослідження проводили двічі – на початку гострого обструктивного бронхіту та в періоді реконвалесценції. Під нашим спостереженням знаходилось 43 дитини віком від 6 місяців до 3 років, які перебували на стаціонарному лікуванні з діагнозом гострого обструктивного бронхіту, дихальної недостатності I–II ступеня тяжкості. В більшості випадків захворювання перебігало в середньотяжкій й тяжкій формі, госпіталізація у 80% випадків була пов'язана з вираженістю задишки, що зумовило вступ до стаціонару у перший-другий день захворювання. Обтяжений алергологічний анамнез було виявлено більш ніж у 60% дітей за рахунок наявності респіраторних алергозів у родичів, а у кожної третьої дитини відмічалися алергічні реакції у вигляді шкірної висипки і свербіння, які провокувалися харчовими алергенами у 80%. Проведені нами дослідження рівня NF-κB, γ-інтерферону, IL-4, IL-12, IL-13 та визначення рівня загального IgE в периферичній крові дозволило встановити фазовий характер змін залежно від періоду захворювання.

ВИКОРИСТАННЯ БАКТЕРІАЛЬНИХ ЛІЗАТІВ В ЛІКУВАННІ ГРВІ У ДІТЕЙ

О.О. АГАФОНОВА¹, Н.Н. ЛИБЕНКО², О.О. ЄРМОЛАСВА²

¹Дніпропетровська державна медична академія.

²КЗ «Міська дитяча клінічна лікарня № 1»,
м. Дніпропетровськ

У дослідження було включено 40 пацієнтів обох статей віком від 8 до 15 років з діагнозом ГРВІ середнього ступеня тяжкості. Всі пацієнти звернулися до клініки на 1–2 день від початку захворювання. Дітей було розподілено на дві групи – основну й контрольну по 20 пацієнтів у кожній. Етіологію захворювання встановлювали у вірусологічній лабораторії міської СЕС м. Дніпропетровська за допомогою імунофлюоресцентного методу (ІФМ) виявлення антигенів в епітелії носових ходів зі стандартними препаратами флюоресцюючих антитіл. Пацієнти основної групи приймали препарат Рибомуніл, таблетки, що містять 0,25 мг бактеріальних рибосом, титрованих до 70% РНК, виробництва «Pierre Fabre Medicament», Франція. Рибомуніл призначали по 3 таблетки натщесерце 1 раз на добу протягом 7 днів. Пацієнти контрольної групи отримували симптоматичну терапію.

Оцінювали клінічні дані та рівні ендогенного α-інтерферону в першу та четверту доби лікування. Характер основних скарг відповідав клінічній картині гострої респіраторної вірусної інфекції. Пацієнти скаржилися на головний біль, слабкість, зниження апетиту, біль у горлі, лихоманку, біль у суглобах і м'язах, не-

жить, кашель. Суб'єктивні симптоми захворювання (загальна слабкість, головний біль, зниження апетиту, біль у горлі, міалгія, артралгія, кашель, нежить) оцінювали залежно від їх вираженості за наступною бальною шкалою: 0 – відсутня; 1 – незначна, 2 – помірна, 3 – сильна. У клінічній картині при первинному огляді переважали симптоми інтоксикації: підвищена температура тіла ($38,5 \pm 0,5^\circ\text{C}$), блідість шкіри, зниження апетиту. При обстеженні в усіх пацієнтів основної та контрольної груп відмічалися виділення з носа, незначна і помірна лімфаденопатія. Показники об'єктивного обстеження (блідість шкірних покривів, тахікардія, збільшення підщелепних і (або) задньошийних лімфовузлів, гіперемія зіва) оцінювали залежно від їх вираженості за наступною бальною шкалою: 0 – відсутня; 1 – незначна, 2 – помірна, 3 – сильна. Крім того, стан пацієнтів оцінювали за такими категоріальними даними: жорстке дихання при аускультації легенів, хрипи (є/немає); підвищення температури тіла.

Зіставляючи тривалість основних симптомів захворювання в групах, констатували більш швидке зникнення симптомів інтоксикації і лихоманки, а також скорочення тривалості катаральних явищ у хворих, які отримували Рибомуніл, порівняно з групою хворих, які отримували симптоматичне лікування. Так, середня тривалість лихоманки у хворих основної групи складала 2,8 дня, контрольної – 3,5 дня, симптоми інтоксикації (загальне нездужання, головний біль) – 2,3 і 2,9 дня відповідно, середня тривалість катаральних явищ (нежить, кашель, біль у горлі) – відповідно 4,2 і 4,6 дня. Визначення α -ІФН у сироватці крові дітей проводили при вступі до клініки (не пізніше 36 годин від початку захворювання) і на 3-тю добу терапії методом ІФА. Оцінювали інтенсивність продукції α -ІФН залежно від виду лікування. Були присутні статистично значущі відмінності між групами за рівнем α -інтерферону на 4-ту добу терапії. В основній групі рівень інтерферону збільшився в середньому на 51,09 од. (на 84,5%), у той час як в контрольній – на 21,33 од. (на 37,2%).

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АДАПТАЦІЇ ДО ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

О.В. АНОПРІЄНКО, Я.Ю. ДЗЮБА, К.О. ГРИЩЕНКО

Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», м. Київ

Встановлення діагнозу дітям з онкогематологічною патологією часто стає несподіванкою для батьків хворої дитини. Вони знаходяться у стані стресу, шоку, не готовності прийняти даний діагноз. В цьому періоді можуть виникати проблеми адаптації хворої дитини та її батьків.

Мета роботи: дослідити особливості реагування та адаптації онкохворих дітей та їх батьків на захворювання.

У віділеннях онкогематології було проведено дослідження серед 45 дітей з онкогематологічною патологією віком від 5 до 18 років. Основні питання дослідження: що викликає дизадаптацію дітей та їх батьків під час встановлення діагнозу та лікування.

За результатами дослідження причинами тривоги та страху дітей та батьків є: тривала соціальна ізоляція (тривале перебування в стаціонарі) – 67%; боязнь пункцій, уколів, постановки катетерів – 47%; факту випадання волосся як наслідок хіміотерапії – 16%; перев'язок – 13%, переливань крові – 12%; боязнь смерті – 13%.

Психологічний супровід дітей та їх батьків є одним із важливих аспектів адаптації до лікування в стаціонарних відділеннях, спрямованих на профілактику психосоматичних захворювань.

Проблеми адаптації характеризуються виникненням тривоги та страху у дитини за своє здоров'я, а також тривоги у батьків за здоров'я та життя дитини. Тривога є провідним компонентом стресового стану онкохворої дитини, яка може формувати невротичні, депресивні стани, а також психосоматичні розлади. Однією із причин підкріплення страхів у дітей та їх батьків часто є відсутність або недостатня кількість інформації щодо захворювання та його прогнозів. Тому надання лікарем вичерпної інформації щодо можливостей лікування та реабілітації мають важливе значення впродовж лікування та реабілітації, а надалі соціального супроводу дитини та батьків.

З точки зору психологічного підходу до лікування дітей з онкозахворюваннями, ця хвороба сприймається як «сімейна хвороба». Тому психологічний супровід батьків упродовж лікування та реабілітації дитини має важливе значення для формування позитивної, активної позиції співпраці «лікар-батьки». Психологічна підтримка дитини та її сім'ї, починаючи від моменту встановлення діагнозу. Формування у дитини та батьків активної позиції щодо участі у процесі лікування дає позитивний психологічний ефект та впливає на ефективність лікування.

Основними завданнями психологічного супроводу в період адаптації дитини та її батьків є:

- надання вичерпної інформації щодо захворювання та прогнозів здоров'я та життя дитини (спільно з лікарем);
- формування довіри до лікаря та методів лікування;
- адаптація дитини до ситуації захворювання;
- формування активної позиції дитини та батьків щодо участі в процесі лікування;
- психологічна та емоційна підтримка дитини та батьків.

СТИЛЬ БАТЬКІВСЬКОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ВИНИКНЕННЯ ТА ПОДОЛАННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

О.В. АНОПРІЄНКО

Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», м. Київ

Сучасний темп життєдіяльності суспільства є невичерпним джерелом стресових факторів. За даними досліджень, за останні 10 років поширеність стрес-асоційованих, тривожних і депресивних розладів серед підлітків зросла більш ніж удвічі. Сім'я є основою формування особистості, тому стиль батьківського виховання, поведінки впливає на емоційну стійкість, впевненість в собі та є важливою детермінантою виникнення та подолання тривожності у підлітків.

Мета роботи – аналіз сімейних ролєвих взаємовідносин, стилю батьківського виховання та поведінки на виникнення та подолання тривожності у підлітків.

За даними Українського інституту соціальних досліджень ім. О. Яременка у 2007 році «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» щодо батьківської поведінки 86–94% підлітків вважали, що почуття любові майже завжди виявляє мати; істотно менше опитаних – 61–80% (так оцінювали любов до себе батька).

Розуміння проблем підлітка і підтримку з боку матері отримали лише 54% дітей, і лише 30% підлітків отримали підтримку з боку батька. Порушення стосунків на рівні батьківсько-дитячих взаємин формують у підлітка стійкі негативні емоційні переживання та виникнення тривожності.

Кожний десятий підліток вважає, що батьки до нього ставляться як до малої дитини (мати – 13%, батько – 11%). Матері 49–50% намагаються контролювати в усьому дітей 12–18 років. Для батька цей показник становить 25–38%. Тільки 40% батьків підтримують самостійність прийняття рішень своїх дітей, категорично налаштованих батьків проти самостійності прийняття рішень 10%. У середньому 48% підлітків зазначили, що батьки використовували покарання за неправильні, на їх погляд, вчинки дітей. Разом з тим, тільки 20% батьків пояснювали причину покарання. Агресивний стиль виховання (негайне покарання без будь-яких пояснень) обирали 6% батьків.

Авторитарний стиль поведінки батьків, який повністю «контролює» життя підлітка, доволі часто формує у нього високий рівень тривоги.

Таким чином, можна зазначити, що стиль батьківської поведінки є важливою детермінантою виникнення та подолання тривожності у підлітків, домінуючі негативні емоційні переживання на психоемоційному рівні підлітка призводять до високої тривожності, стійких утворювань емоційної сфери і, як наслідок, до хронічного стресу.

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕОЗИНОФІЛЬНОГО ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Ю.Г. АНТИПКІН, В.Ф. ЛАПШИН, Т.Д. ЗАДОРЖНА,
Б.А. ТАРАСЮК, Т.Р. УМАНЕЦЬ, Н.І. ГОНЧАРЕНКО,
О.І. ПУСТОВАЛОВА, Л.С. СТЕПАНОВА, А.Б. СЕМІНОГ,
Т.В. КОНДРАТЕНКОВА, Л.Є. ВЕРБИЦЬКА

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Загальновідомо, що бронхіальна астма (БА) – хронічне запальне захворювання дихальних шляхів. Хронічний запальний процес при БА зумовлює ремодулювання дихальних шляхів з залученням судинної системи організму. Своєчасна діагностика судинних порушень дозволяє ефективно використовувати лікувальні заходи для зниження виникнення ускладнень та інвалідизації дітей. До теперішнього часу не визначені взаємозв'язки між ендотеліальною дисфункцією та особливостями перебігу БА, її фенотипом запалення.

Тому метою дослідження було вивчення клініко-функціональних особливостей еозинофільного фенотипу БА у дітей. Під нашим спостереженням знаходилось 30 дітей віком 6–12 років з контрольованим перебігом «еозинофільної» БА.

Для визначення типу запалення в слизовій оболонці дихальних шляхів проведено цитоморфологічний аналіз індукованого мокротиння (ІМ) за методом Pizzichini et al. Ендотеліальну функцію визначали за зміною діаметра плечової артерії в стані спокою та під час реактивної гіперемії на апараті «Sonoline 40» (фірма «Siemens») за методом D. Celermajer та співавт.

Встановлено, що «еозинофільний» фенотип БА переважав у дітей з атопічною її формою і характеризувався еозинофілією ІМ (12,20±0,58%) та зниженням ендотеліальної вазодилатації (приріст діаметра (ΔD) – 7,4±1,8%; в контролі – 14,6±0,4%), що свідчить про наявність ендотеліальної дисфункції у даного контингенту дітей. Визначено зворотний кореляційний взаємозв'язок між рівнем еозинофілії ІМ та ΔD ($r = -0,6$, $p < 0,05$) та прямий – між ΔD та ступенем тяжкості БА ($r = 0,7$, $p < 0,05$).

Таким чином, проведені дослідження демонструють участь еозинофільного запалення в формуванні судинних уражень при БА у дітей і визначають необхідність патогенетичної корекції цих порушень.

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ

Ю.Г. АНТИПКІН

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
НАМН України»

Охорона здоров'я матерів та дітей відноситься до прерогативних державних напрямів розвитку медицини. На жаль, впровадження Концепції безпечного материнства, як сукупності соціально-економічних, правових та медичних заходів, спрямованих на збереження життя матерів і дітей, ще не дало бажаного ефекту. В Україні показники материнської, малюкової смертності та загальної захворюваності серед дітей все ще вищі, ніж в країнах Євросоюзу. Цілком очевидно, що такий стан справ вимагає проведення реформ в цій галузі. Одним з провідних шляхів такого реформування є розвиток перинатальної медицини.

Така реформа передбачає створення та впровадження потужної мережі перинатальних центрів з забезпеченням в них якісного надання перинатальної допомоги.

Для повноцінного функціонування у кожному перинатальному центрі необхідно передбачити створення сучасних відділень екстрагенітальної патології для вагітних з широким впровадженням в регіонах 4-етапної моделі надання медичної допомоги вагітним жінкам з соматичними захворюваннями, а також потужних, добре обладнаних неонатальних відділень та відділень реанімації для новонароджених, які повинні функціонувати за європейськими стандартами. Особливу увагу необхідно приділити розвитку та широкому впровадженню інфраструктури, яка б передбачала швидку госпіталізацію таких дітей до спеціальних неонатальних відділень, з використанням повітряних та наземних спеціально обладнаних транспортних засобів.

При організації перинатальних центрів також має бути передбачено створення відділень постнатальної реабілітації дітей з порушенням стану здоров'я при народженні. Особливо це стосується дітей, які народились з масою тіла до 1000 г. Так, тільки 20% таких дітей можуть бути адаптовані до подальшого життя, решта потребує серйозної тривалої реабілітації у зв'язку з тим, що вони мають серйозні порушення з боку нервової системи, слуху та зору.

Сьогодні в діяльності перинатальних центрів необхідно врахувати реалізацію таких важливих завдань, як рання профілактика, діагностика та лікування природжених вад розвитку. В цьому плані в системі Академії розроблено модель етапної медичної допомоги при природжених вітальних вадах в умовах єдиного перинатального закладу – відділення медицини плода – спеціалізоване пологове відділення – неонатальна реанімація – постнатальна реабілі-

тація. Такий підхід дає змогу значно знизити (в 4–5 разів) летальність при хірургічній корекції багатьох вітальних вад розвитку у немовлят.

Надзвичайно важливо, щоб в регіональних перинатальних центрах функціонували діагностичні відділення, обладнані сучасною апаратурою, яка дозволяє у вагітних жінок груп ризику, ще до народження дитини, діагностувати природжені вади центральної нервової системи і вжити адекватних заходів. В структурі перинатальних центрів потрібно також передбачити відділення фетоскопічної хірургічної корекції окремих вад розвитку у плода. Цей напрям є дуже перспективним і набирає свого розвитку в світовій та вітчизняній медицині.

Слід зазначити, що ефективність діяльності регіональних перинатальних центрів може бути забезпечена лише шляхом співпраці науковців, фахівців первинної медичної ланки та муніципальної влади.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАНКРЕАТИТУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ПІДХОДИ ДО ЇХ ЛІКУВАННЯ

Ю.Г. АНТИПКІН, А.Г. ЦИПКУН, І.С. ЛЕМБРИК

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Проблема діагностики та, особливо, лікування панкреатиту належить до найактуальніших в педіатрії. Мета дослідження: вивчити вікові особливості перебігу патології підшлункової залози у дітей та розробити диференціальні підходи до їх терапевтичної корекції.

Обстежено 150 дітей віком від 7 до 18 років з панкреатитом. Всім дітям проведено дослідження варіабельності серцевого ритму (апарат КардіоЛаб, м. Харків). У пацієнтів молодшого шкільного віку переважав реактивний панкреатит: невиразний розлитий біль у животі (70,0%), неодноразова блювота їжею (65,0%), а також проноси (56,8%). Хронічному панкреатиту в цьому ж віці були притаманні спастичний біль у животі (72,0%), зрідка – блювота їжею (68,0%), нестійкість випорожнень (45,0%). Клінічна картина захворювання у підлітків, натомість, набула виразніших рис хронічного панкреатиту: спастичний біль в епігастрії (72,3%) та лівому підребер'ї (62,0%), нудота (67,8%), відрижка гірким (48,5%), блювота (40,4%). У дітей із панкреатитом також порівняно часто зустрічалися загальна слабкість (78,5%) та психоемоційна лабільність (70,0%). Реактивний панкреатит супроводжується помірним та вираженим напруженням регуляторних систем. У дітей із хронічним панкреатитом відмічено виражене напруження регуляторних систем та зрив адаптації (у 20,2% випадків).

Розроблено диференціальний терапевтичний комплекс: діти із хронічним монотонним

панкреатитом отримували комплекс кверцетин та дигестин віковою дозою, діти із хронічним рецидивним панкреатитом (42) – кверцетин та трибудат, 30 дітям із реактивним панкреатитом призначали монотерапію кверцетином. 45 дітей з групи порівняння отримували лише базисну терапію. Внормування психо-вегетативного дисбалансу проводили шляхом психокорекційної бесіди та арт-терапії.

Встановлено ефективність комплексу кверцетин+трибудат у корекції спастичного болю, кверцетин+дигестин – дистензійного болю, а монотерапії кверцетином – при алодинії. Суттєве поліпшення стану хворих основної групи впродовж 8–10 днів лікування, порівняно із групою порівняння (12–15 днів та більше), дозволило рекомендувати вищевказаний диференціальний терапевтичний комплекс для впровадження у практику дитячого гастроентеролога.

ЗМІНА ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ПІД ВПЛИВОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

М.Л. БАБАК

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

Учені багатьох країн намагаються знайти нові ліки і методи терапії хворих з бронхіальною астмою. Наявний арсенал лікарських засобів і методів дії не дає повного контролю над захворюванням і вилікування від нього.

Нами вивчено гормональний статус у 56 дітей з бронхіальною астмою (БА) віком від 7 до 16 років, що знаходяться в періоді ремісії захворювання, та у 21 практично здорової дитини. Всі діти прибули із зони радіонуклідного забруднення. Обстеженим дітям, окрім загального клінічного і функціонального обстеження, проводили дослідження методом ІФА кількісної концентрації гормонів (у сироватці крові – кортизолу, АКТГ, β-ендорфіну і в сечі – мелатоніну). Вивчення гормонального статусу проводили на 3- і 21–24-й дні перебування дитини в санаторії. З числа пацієнтів з БА 26 дітей одержували стандартний комплекс санаторно-курортного лікування (СКЛ), а 30 хворим до СКЛ додавали 8–10 сеансів біорезонансної вібростимуляції (БРВС) на грудну клітку і ділянку проекції надниркових залоз через день.

Під впливом курсу санаторно-курортної реабілітації у хворих з БА відмічено позитивну динаміку практично всіх показників, за винятком рівнів β-ендорфіну і АКТГ, які практично не відрізнялися від початкового значення. Хоча останній в групі з БРВС мав тенденцію до підвищення (початкова середня величина – $23,61 \pm 2,31$ нг/мл; СКЛ – $23,89 \pm 2,67$

і БРВС – $24,15 \pm 2,52$). Метод БРВС справляв більш виражений вплив на рівень кортизолу. Його середня величина в групі СКЛ знизилася достовірно на $165,97$ нмоль/л, в групі з БРВС – на $193,5$ нмоль/л. В ході терапії змінився і циркадний ритм синтезу мелатоніну. Якщо рівень синтезу добового мелатоніну під впливом СКЛ збільшився на $9,02$ нг/мл, то під дією сеансів БРВС – на $19,61$ нг/мл. Істотне зниження денної фракції і підвищення рівня нічного мелатоніну в сечі зареєстровано у пацієнтів, які знаходяться на комбінованій терапії. Так, БРВС знижувала денну секрецію мелатоніну на $78,58$ нг/мл (СКЛ – $52,44$ нг/мл), а нічну фракцію підвищувала на $96,17$ нг/мл (СКЛ – $61,42$ нг/мл).

Враховуючи той факт, що більшість показників, що розглядаються нами, у пацієнтів з БА в період ремісії захворювання були значно змінені і під впливом пропонованої терапії все ж таки не повернулися до фізіологічних значень, можна припускати, що мав місце закон «початкового рівня», згідно з яким чим сильнішою і тривалішою була негативна дія, тим більше часу необхідно на відновлення гомеостатичних параметрів. Отже, курс санаторно-курортної реабілітації хворих з БА, які прибули із зон радіонуклідного забруднення, повинен бути тривалішим, щоб відбулася нормалізація гормонального гомеостазу в організмі дитини.

ФАКТОРИ СПАДКОВОСТІ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ У ПІДЛІТКІВ ОБОХ СТАТЕЙ

Н.В. БАГАЦЬКА, В.Є. НЕФІДОВА

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

Захворювання суглобів на сьогодні залишаються однією з провідних проблем сучасної ревматології. Відомо, що загальна захворюваність на суглобову патологію в усьому світі дорівнює $15\text{--}20\%$, в Росії – $8,26\%$, в Україні – $10,5\%$. Серед цих хвороб особливе місце займає остеоартроз (ОА). Частота цього захворювання і причини виникнення в Україні серед дітей та підлітків залишаються остаточно нез'ясованими. У зв'язку з цим великого значення набуває виявлення чинників спадковості у формуванні ОА у молоді.

Для виявлення спадкової обтяженості щодо ревматичних захворювань (РЗ) у пробандів із ОА було зібрано і проаналізовано 75 родоводів з подальшим проведенням генеалогічного аналізу за П. Харпером (1989). Цитогенетичне обстеження проводили у 100 підлітків і 40 здорових однолітків. Статистичний аналіз даних проводили з використанням табличних процесорів Excel, «SPSS Statistics 17,0».

Встановлено, що 79% сімей, хворих на ОА, мали спадкову обтяженість до РЗ, із них у 59% сімей реєструвалася спадкова обтяженість щодо ОА. В 40% проаналізованих родоводів хворі родичі зустрічалися по материнській лінії, в 20% – по батьківській і в 40% – по обох лініях одночасно. Серед родичів I ступеня спорідненості захворювання суглобів реєструвалися у 21,3% батьків, 11,8% рідних братів та сестер; у родичів II ступеня – у 16,6% родичів (бабуся, дідусів, дядьків, тіток); серед родичів III ступеня (двоюрідних сибсів) – у 1,4%. Захворювання суглобів, в тому числі й ОА, переважно визначалися у родичів II ступеня спорідненості, причому у бабуся достовірно частіше, ніж у дідусів. Крім РЗ, в родовах визначалися й інші мультифакторіальні хвороби. Для оцінки сімейного накопичення за контроль служили статистичні дані Національного наукового центру «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України». Ревматичні захворювання, в тому числі й ОА, у 5–7 разів частіше реєструвалися в сім'ях пробандів порівняно з населенням України, захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, інсульти та інші) – у 8,3 разу. Частота патології ендокринної системи (цукрового діабету, хвороб щитовидної залози, ожиріння) та шлунково-кишкового тракту не перевищувала показників цих захворювань серед населення України.

Аналіз морфофункціональних особливостей хромосом показав, що каріотип у всіх обстежених пробандів відповідав 46, XX або 46, XY. У 98,0% хворих на ОА та 75,0% здорових однолітків встановлено аберації хромосом ($p < 0,001$). Спонтанний рівень аберацій у пробандів з остеоартрозом складав 5,59%, що в 3 рази перевищувало рівень ХА у підлітків контрольної групи (1,84%, $p < 0,001$). Оцінка впливу модельного мутагену-провокатора мітоміцину С виявила, що середньогрупова частота аберацій утричі перевищувала спонтанний рівень ХА у цих підлітків. Таким чином, виявлено певні фактори спадковості при ОА – сімейне накопичення захворювань суглобів та інших неінфекційних хвороб, зміни у стані хромосомного апарату хворих підлітків.

ПІЗНЯ ДІАГНОСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Л.П. БАДОГІНА, Л.Д. ЗАБОЛОТНА*, Г.В. МУДРЕНКО*

Дніпропетровська державна медична академія.

*Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

За оцінками ЮНАЙДС, епідемія СНІДу в Україні на даний час є найбільш загрозливою в Європі. Незважаючи на те, що ВІЛ/СНІД, як і раніше, невиліковий, факт інфікування вже не можна прирівняти до невідвратної смерті. Досягнення в галузі лікування опорту-

ністичних інфекцій та розробка ефективних схем антиретровірусної терапії (ВААРТ) означають, що хвороби, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, можна лікувати. З 2006 року в Україні на тлі збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками з 2832 до 3741 (+32%), щорічна кількість дітей, померлих від СНІДу, зменшилась майже втричі (з 36 до 13). Незважаючи на успіхи в діагностиці ВІЛ у вагітних та дітей раннього віку, трапляються випадки пізнього виявлення ВІЛ-інфікованих дітей.

За 2010 рік до інфекційного відділення Дніпропетровської обласної дитячої клінічної лікарні було госпіталізовано 279 дітей віком від 2 міс до 15 років з підтвердженням ВІЛ-статусом. З них четверо (5, 7, 11 та 13 років) дітей було первинно активно виявлено і обстежено за клінічними показаннями. Всі діти народились вчасно, з нормальними показниками фізичного розвитку. З різних причин ВІЛ-інфікованість у ранньому віці встановлено не було. Діти були прикладені до груді, вакциновані, в подальшому певний час розвивались за віком. У всіх дітей останні 1–2 роки відмічалась повторні запальні процеси (рецидивуючі отити, пневмонії, панариції, гайморит, флегмона щоки). Мали місце неодноразові герпетичні захворювання (вітряна віспа, оперізуючий лишай, герпетичний хейліт), рецидивуючий контагіозний моллюск, тривалий (близько 1 року) кандидоз порожнини рота. Діти вступили до відділення в тяжкому стані з ознаками інтоксикації. У всіх хворих відмічалась блідість шкіри, у трьох – з патологічними елементами (контагіозний моллюск, оніхомікоз, різні варіанти екзантем), генералізована лімфоаденопатія, помірний гепатолієнальний синдром. У всіх пацієнтів діагностовано патологію порожнини рота (множинний карієс, хронічний періодонтит, хроніосепсис порожнини рота). В усіх випадках мав місце дефіцит маси (індекс маси тіла від 12,1 до 16,9), причому найбільше її зниження відбувалось протягом останніх місяців. За показниками фізичного розвитку діти відставали від однолітків на 2–3 роки. При лабораторному обстеженні виявлено анемію I–II ступ., диспротеїнемію за рахунок гіпер- γ -глобулінемії (30–40%), у всіх пацієнтів визначено антитіла до ВІЛ методом ІФА та імунного блоту. Вірусне навантаження складало від 28240 до 403033 копій, рівень СД₄ – від 0% (10 клітин) до 6% (14 клітин). Дітям було встановлено діагноз ВІЛ-інфекції (у одного діагностовано II клінічну стадію, у трьох – IV) і призначено ВААРТ.

В групі дітей з вчасною діагностикою у разі достатньої схильності до лікування в абсолютної більшості досягнуто позитивної клініко-імунологічної динаміки. Летальних випадків не зареєстровано. Серед дітей з пізно діагностованою ВІЛ-інфекцією позитивну клініко-імунологічну динаміку одержано у двох хворих (50%). У хлопчика 13 років дотепер зберігається

тяжка імуносупресія. Дівчинка 5 років померла на першому році спостереження.

Таким чином, пізня діагностика ВІЛ-інфікованості у дітей призводить до розвитку тяжкої імуносупресії, яку, навіть при призначенні ВААРТ та гарній схильності до неї, компенсувати значно складніше, що може стати чинником несприятливого виходу захворювання. Це в черговий раз підкреслює важливість настороженості та діагностики ВІЛ-інфікованості дітей ще у ранньому віці до розвитку в них тяжкої імуносупресії.

СУЧАСНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ПЕРЕБІГУ АТОПІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ РОКІВ ЖИТТЯ

Н.В. БАНАДИГА, І.О. РОГАЛЬСЬКИЙ

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

Проблеми ведення алергічних захворювань у дітей перших років життя нерідко зумовлені недооцінкою клінічної симптоматики з огляду на можливу трансформацію у більш серйозну патологію. До групи обстежених увійшли 22 дітей віком від 8 місяців до 6 років із різними проявами atopії. Поглиблений аналіз клінічних особливостей перебігу алергічної патології у дітей з'ясував, що першим приводом звертання батьків (у віці 4–16 місяців) до лікаря стали зміни з боку шкіри, при цьому в більшості випадків воно було значно запізним. Надалі у всіх обстежених було верифіковано діагноз atopічного дерматиту, серед них: у 36,4% випадків – середньотяжкого та у 63,6% – тяжкого перебігу. Звертало увагу те, що тривалий час діти не отримували адекватної терапії, оскільки застосовувались здебільшого немедикаментозні засоби лікування. Прогресуючий характер шкірного синдрому зумовив звертання батьків за спеціалізованою допомогою. За даними анамнезу життя встановлено, що лише у 5 (22,7%) дітей в родині спостерігались випадки atopічних захворювань. За результатами алерготестування, яке на першому етапі включало «харчову» або «педіатричну» панель, стало очевидним, що для пацієнтів віком до 2 років причинно значущими були харчові алергени (білок коров'ячого молока, курячого яйця, м'яса). Загалом це узгоджується із загальноновизнаними положеннями щодо структури алергенів у цьому віці. Однак прикро визнати і той факт, що при наявній клінічній картині atopічного дерматиту діти, які знаходились на штучному вигодовуванні, здебільшого отримували гіпоалергенні (профілактичні) суміші, а не лікувальні.

Зважаючи на те, що у 31,8% хворих перші приступи ядухи з'явилися у віці ще до року, було доцільним вивчення ролі інгаляційних

алергенів. В обстежених дітей, незалежно від того, чи уже були, чи ні приступи астми, у всіх діагностовано підвищену сенсibilізацію до окремих інгаляційних алергенів. Серед останніх найчастіше визначали, як причину, антигени кліщів (*D. pteronyssinus* et *D. fannae*), далі антигени епідермісу тварин. При цьому, рівень специфічних IgE був дуже варіабельним: від 3,5 до 100 МО/л і більше. Звертали на себе увагу результати про підвищену сенсibilізацію до різних типів грибків, що значною мірою зумовлено незадовільними житловими умовами сім'ї. Виявлена висока сенсibilізація до інгаляційних алергенів фактично вирізняє стан, що передуює бронхіальній астмі. Комплексна терапія atopічного дерматиту у пацієнтів, згідно з існуючим Протоколом, забезпечила хорошу клінічну динаміку, але у 54,5% хворих він все таки трансформувался у бронхіальну астму. Однак з моменту формування респіраторного алергозу у 66,6% дітей тяжкість дерматиту суттєво зменшилась, а у 33,4% хворих – залишалась попередньою. Саме пацієнти, батьки яких звернулись за допомогою пізно, із тяжким перебігом генералізованих форм дерматиту, що рано були переведені на штучне вигодовування, а далі отримували неадекватне харчування, склали групу тих, у яких бронхіальна астма виникла у віці до 1,5 року. Несвоєчасно розпочата терапія atopічного дерматиту вирізняють несприятливий його перебіг. Діагностована підвищена сенсibilізація до окремих інгаляційних алергенів у дітей із atopічним дерматитом (до появи ядухи) свідчить про високу ймовірність реалізації atopічного маршруту. Позитивні інгаляційні тести зумовлюють потребу лікувально-профілактичних заходів з метою запобігання виникненню бронхіальної астми.

ДИНАМІКА ПІДЛІТКОВОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НЕФРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

В.В. БЕЗРУК, Т.О. БЕЗРУК, Н.О. ПОПЕЛЮК,
О.С. ГОДОВАНЕЦЬ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Сучасний підлітковий період характеризується найвищою захворюваністю серед груп дитячого населення та «накопиченням» хронічної патології. Згідно з даними Центру медичної статистики МОЗ України хвороби сечостатевої системи займають IV місце (4,6%) в структурі захворювань за окремими класами хвороб згідно з МКХ-10 серед дітей підліткового віку.

У 2009 році питома вага захворювань нефрологічного профілю в дітей підліткового віку в Чернівецькій області становила 7,8% від усіх хвороб даної вікової категорії дітей. Поширеність хвороб сечостатевої системи серед підліт-

ків по області складала у 2009 році 1139,7 на 1000 відповідного населення проти 1162,0 за 2008 рік.

Вперше виявлена захворюваність серед підлітків по області знизилась з 606,2 на 1000 відповідного населення (2008 р.) до 564,7 (2009 р.). Поширеність інфекцій нирок серед підлітків зросла з 157,8 на 1000 відповідного населення у 2008 році до 168,1 на 1000 відповідного населення за 2009 рік. Ріст переважно відбувався за рахунок захворювань статевої сфери, інфекцій нижніх сечових шляхів.

Поширеність хронічного пієлонефриту серед даної вікової категорії збільшилася з 9,9 на 1000 відповідного населення (2006 р.) до 11,5 на 1000 у 2007 році, захворюваність по області складала 1,6 на 1000 відповідного населення (2007 р.) проти 1,3 у 2006 році. Упродовж 2008–2009 рр. поширеність хронічного пієлонефриту серед підлітків по області не мала негативної тенденції до суттєвого збільшення: 11,6 на 1000 відповідного населення та 11,9 відповідно.

Поширеність і вперше виявлена захворюваність на гострий гломерулонефрит в осіб підліткового віку по області стабілізувалася – 0,8 на 1000 відповідного населення за 2009 рік (1,2 на 1000 відповідного населення у 2008 році). Поширеність хронічного гломерулонефриту по області підвищилася з 7,7 на 1000 відповідного населення (2008 р.) до 8,8 на 1000 відповідного населення (2009 р.).

Привертають увагу особливості перебігу гострого гломерулонефриту серед пацієнтів підліткового віку. У перебігу захворювання частіше, ніж у інших вікових групах пацієнтів, діагностується нефритичний синдром, зі значною артеріальною гіпертензією, масивною гематурією та транзиторною нирковою недостатністю.

Отже, проблема зниження захворюваності серед підлітків в Україні є актуальною, одним із напрямів роботи щодо зниження підліткової нефрологічної захворюваності є переорієнтація лікувально-профілактичної роботи з профілактики хвороб в першу чергу у сім'ї та активне пропагування здорового способу життя.

ВПЛИВ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ВКЛЮЧЕННЯМ НУКЛЕІНАТУ НА АКТИВНІСТЬ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ШКОЛЯРІВ

Л.О. БЕЗРУКОВ, У.І. МАРУСИК, Є.П. ОРТЕМЕНКА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Недостатня ефективність базисної терапії бронхіальної астми (БА) у ряді випадків зумовлена, ймовірно, наявністю неозинофільного характеру запалення дихальних шляхів. Саме

тому актуальним вважається посилення базисної терапії БА в школярів новими медикаментами, зокрема, нуклеїнатом, що здатний впливати на нейтрофільний тип запалення бронхів. Відомо, що використання нуклеїнату при бронхообструктивному синдромі в дітей нормалізувало активність нейтрофілів крові, що може бути підґрунтям для використання такої лікувальної тактики у пацієнтів, хворих на БА.

Мета роботи: оцінити динаміку дихального резерву нейтрофільних гранулоцитів крові у школярів, хворих на БА, при включенні нуклеїнату до базисної терапії.

Проведено комплексне обстеження 98 школярів, хворих на БА, у міжприступному періоді. Дослідження проводилося двічі сліпим рандомізованим плацебо-контрольованим методом. За допомогою таблиці випадкових чисел хворі розподілялися на дві клінічні групи. До I групи увійшли 47 пацієнтів, які в комплексі базисної терапії приймали нуклеїнат дозою 0,25 г на добу протягом 21 дня. Другу (II) групу сформувала 51 дитина, яка замість нуклеїнату в комплексі лікування отримувала плацебо (лактоза). За основними клінічними характеристиками клінічні групи були порівнюваними.

Усім дітям проводили імунологічне дослідження крові II–III рівнів. Дихальний резерв (ДР) нейтрофільних гранулоцитів крові обчислювали як різницю результатів стимульованого та спонтанного варіанту НСТ-тесту. Оцінювали також атрибутивний і відносний ризику та співвідношення шансів (СШ) із зазначенням 95% довірчого інтервалу (95% ДІ) для зниження активності нейтрофілів під впливом нуклеїнату в складі базисної терапії БА. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою методів варіаційної статистики, використовуючи статистичну програму StatSoft Statistica v5.0.

При оцінці ДР нейтрофілів крові відмічено тенденцію до його збільшення під впливом лікування дітей I групи та до зменшення у хворих групи контролю. Так, ДР даних гранулоцитів крові більше 2,0% реєструвався в 89,4% дітей I групи до лікування та у 95,8% осіб після проведеної терапії ($p_0 > 0,05$). У пацієнтів II клінічної групи даний показник визначався у 86,3 та 74,6% випадків ($p_0 > 0,05$) відповідно. Водночас, атрибутивний ризик збільшення дихального резерву нейтрофілів крові становив 0,14, відносний ризик складав 1,3 (95% ДІ 0,86–2,06), при співвідношенні шансів 1,8 (95% ДІ 0,78–3,93).

Виявлена тенденція до збільшення дихального резерву нейтрофільних гранулоцитів крові, що зумовлена зниженням випадків спонтанної активації киснезалежного метаболізму цих клітин у I клінічній групі, на нашу думку, зумовлювалася зменшенням активності запального процесу в організмі.

Враховуючи зазначене, можна вважати доцільним використання нуклеїнату в комплексі

протизапального лікування БА у дітей, оскільки така терапія дозволяє полегшити перебіг захворювання.

РЕЗУЛЬТАТИ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ ПРОБИ З ГІСТАМІНОМ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ ЗАПАЛЕННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Л.О. БЕЗРУКОВ, А.В. ГАЛУЦІНСЬКА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Бронхіальна астма (БА) відноситься до найпоширеніших захворювань дитячого віку. Ключовим феноменом даної хвороби є гіперсприйнятливості дихальних шляхів. Відомо, що однією з передумов розвитку гіперсприйнятливості дихальних шляхів є запалення бронхіального дерева. Однак роль типу запалення респіраторного тракту (еозинофільного та нейтрофільного) у формуванні гіперсприйнятливості достеменно не вивчена.

Мета роботи: дослідити показники гіперсприйнятливості бронхів та встановити їх діагностичну цінність при різних типах запалення дихальних шляхів у дітей, хворих на бронхіальну астму.

Обстежено 60 дітей шкільного віку, хворих на БА. Усім хворим проведено бронхопровокаційний тест із гістаміном та цитологічний аналіз мокротиння. Еозинофільний характер запалення дихальних шляхів верифікували за наявності в мокротинні 3% і більше еозинофільних лейкоцитів. На підставі результатів цитологічного дослідження мокротиння сформовано клінічні групи спостереження: перша – пацієнти з еозинофільним типом запалення дихальних шляхів (30 осіб), друга – з нееозинофільним варіантом (30 дітей). За основними клінічними ознаками групи порівнювані між собою.

Результати та висновки досліджень показників гіперсприйнятливості бронхів за даними провокаційної проби з гістаміном були наступними: у першій групі рівень провокуючої концентрації гістаміну (ПК20Г) становив $1,8 \pm 0,55$ мг/мл, провокуючої дози (ПД20Г) – $0,55 \pm 0,16$ мг та дозозалежної кривої (ДЗК) – $2,01 \pm 0,15$ ум. од.; у другій групі: ПК20Г – $1,58 \pm 0,37$ мг/мл, ПД20Г – $0,51 \pm 0,17$ мг та ДЗК – $2,13 \pm 0,26$ ум. од. ($p > 0,05$) відповідно. Попри відсутність різниці у показниках гіперсприйнятливості дихальних шляхів, у хворих на еозинофільну БА відмічено тенденцію до більш вираженої чутливості бронхів до гістаміну. Так, у першій групі ПД20<0,15 мг визначали у 56,0±9,0% дітей; а у другій групі – у 33,3±8,6% пацієнтів; ПК20<0,65 мг/мл у першій групі визначались у 56,0±9,0% осіб, а у другій групі – у 40,0±8,9% ($p > 0,05$) випадків. При цьому посттестова вірогідність наявності еозинофільного типу за-

палення дихальних шляхів (ПТВ+) при розподільчій точці ПД20<0,15 мг збільшується на 15,4%, а посттестова вірогідність негативного результату (ПТВ-) зменшується на 11%.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ШКОЛЯРІВ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ТЯЖКОЇ ПЕРСИСТУЮЧОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Л. О. БЕЗРУКОВ, О.Є. ЛОТОЦЬКА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Адекватний обсяг та активність стартової контролюючої терапії бронхіальної астми (БА) у дітей залежать від тяжкості захворювання. Запропоновані на сьогодні критерії тяжкості БА ґрунтуються на клінічних даних, а отже, відносно суб'єктивні, тому перспективним є пошук додаткових показників, які відображуватимуть тяжкість БА. Прикладом такого об'єктивного критерію є лабільність бронхів, яка є одним із проявів гіперсприйнятливості дихальних шляхів. Проте діагностична цінність показників лабільності бронхів у виявленні тяжкості БА не встановлена.

Мета роботи: встановити діагностичну цінність показників лабільності бронхів у виявленні тяжкої БА у школярів.

Сформовано дві клінічні групи спостереження, які не відрізнялися за клінічними параметрами. Першу, основну групу, сформувала 31 дитина з тяжкою персистуючою бронхіальною астмою, другу, групу порівняння, – 31 хворий із середньотяжким варіантом захворювання. Спірографічну пробу з фізичним навантаженням проводили за протоколом. Визначали індекс бронхоспазму (ІБС), індекс бронходилатації (ІБД) та інтегральний показник лабільності бронхів (ПЛБ).

Усі діти обстежені у післяприступному періоді, після відміни впродовж 2-х діб препаратів, які могли б вплинути на результати бронхопровокаційного тесту. Для визначення діагностичної цінності вказаних спірографічних показників обчислювали чутливість тесту (ЧТ), специфічність (СТ), прогностичну цінність позитивного (ПЦПР) та негативного (ПЦНР) результату. Отримані результати свідчать про те, що використання спірографічних показників лабільності бронхів, зумовленої фізичним навантаженням та інгаляцією салбутамолу, не слід використовувати самостійно для виключення тяжкої БА відносно її середньотяжкого варіанту, у зв'язку з їх низькою ЧТ (ІБС – 16,1%, ІБД – 29,03%, ПЛБ – 35,5%) і ПЦНР (ІБС – 51,8%, ІБД – 54,2%, ПЛБ – 56,52%). Вони не виключають, а скоріше підтверджують її наявність у зв'язку з достатньою СТ (ІБС – 90,3%, ІБД – 83,9%, ПЛБ – 83,9%), тобто

служать не стільки обґрунтуванням, скільки поясненням агресивної контролюючої терапії. Для підтвердження діагностичної цінності показників бронхіальної лабільності їх, очевидно, слід визначати послідовно, тобто повторно, або в комбінації з іншими діагностичними тестами, тобто паралельно.

Використання показників лабільності бронхів як додаткового діагностичного тесту виявлення тяжкої бронхіальної астми по відношенню до її середньо-тяжкого варіанту характеризується достатньою специфічністю, проте низькою чутливістю. Показники бронхіальної лабільності у дітей з персистуючою бронхіальною астмою обґрунтовано використовувати для підтвердження, але не виключення її тяжкого варіанту відносно середньотяжкого перебігу захворювання.

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГІПЕРТРОФІЧНИХ КАРДІОМІОПАТІЙ

Л.Я. БЕЛАЛОВА, М.М. КАЛАДЗЕ, І.Н. ІМНАДЗЕ

ДУ «Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського.
КРУ ДКЛ, м. Сімферополь

Гіпертрофічна кардіоміопатія (ГКМП) – захворювання міокарда з прогресуючим перебігом, розвитком аритмій, яке асоціюється з ризиком розвитку раптової серцевої смерті.

Метою роботи було вивчення клініко-анамнестичних та функціональних даних дітей з ГКМП. Вивчено дані 29 пацієнтів з ГКМП (23 – чоловічої та 6 – жіночої статі) 2-денного віку і до 20 років.

У більшості випадків діагноз ГКМП було встановлено при проведенні ДехоКГ у зв'язку з вислуханим систолічним шумом, рідше з приводу скарг на кардіалгії. Частими скаргами у віці від 12 до 17 років були кардіалгії, головний біль, в поодиноких випадках запаморочення і передсинкопальні стани, підвищена стомлюваність, що корелювало з наростанням патологічних змін в серці. Прогрес ГКМП у більшості випадків відмічався в пубертатному періоді. У двох пацієнтів ГКМП діагностовано при проведенні ДехоКГ у дорослому віці: у 43-річного чоловіка при обстеженні у зв'язку з ГКМП у сина і у 36-річної жінки із скаргами на уперше виникле синкопе. У обох пацієнтів діагностовано асиметричну необструктивну форму ГКМП: у чоловіка при безсимптомному перебігу ТМШП була 2,6 см, у жінки ТМШП – 1,8 см. У двох дітей ГКМП поєднувалася з природженими пороками серця. У 19 (66,0%) пацієнтів встановлено асиметричну необструктивну форму ГКМП, у 3 (10,0%) – змішану необструктивну ГКМП, переважно апікальну форму ГКМП – у 1 (4,0%), яка трансформувалася з часом в ДКМП з де-

компенсацією гемодинаміки. У 6 (20,0%) пацієнтів була концентрична форма ГКМП, 3 (50%) з них мали обструктивний варіант і одному проведено хірургічне лікування. У 2 пацієнтів з концентричною формою виявлено розширення порожнини ЛШ і 3 (50%) мали гемодинамічно значущі порушення внутрішньосерцевої гемодинаміки у вигляді формування мітральної і трикуспідальної недостатності. У 2 дітей з концентричною ГКМП діагностовано спадкові захворювання: хворобу Гирке і тотальну міодистрофію – синдром Берардінееллі. У 5 пацієнтів була сімейна асиметрична ГКМП. При аналізі показників ДехоКГ виявлено залежність міри ТМШП від віку, чим старшими були діти, тим більшою була ТМШП. Причому, при вивченні катамнезу показників встановлено збільшення лівого передсердя і ТМШП у всіх пацієнтів, починаючи з періоду пубертатного розвитку. Ектопічні НСР ритму виявлено у 3 пацієнтів у вигляді шлуночкових екстрасистол (ШЕ), у одного пацієнта ШЕ високої міри градації.

Таким чином, можна зробити висновок, що у більшості випадків ГКМП має безсимптомний перебіг, серед варіантів переважає асиметрична форма з тривалим сприятливим клінічним перебігом і посилюванням ультразвукових змін з часом. Концентрична форма зустрічається рідше, частіше супроводжується обструкцією вихідного тракту ЛШ, ремодельованням міокарда з порушеннями внутрішньосерцевої гемодинаміки. Переважно апікальну форму в нашому дослідженні діагностовано у 1 пацієнтки, що призвело до розвитку ДКМП з тотальною серцевою недостатністю.

СТВОРЕННЯ «МАТЕМАТИЧНОЇ МОДЕЛІ» ДІАГНОЗУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ЯК ДОПОМІЖНИЙ КРИТЕРІЙ ЇЇ ДІАГНОСТИКИ

О.В. БЕЛАШОВА, С.В. ПОГРЕБЕННИК*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.

*Міська дитяча поліклініка, м. Чернівці

Незважаючи на значний прогрес у вивченні бронхіальної астми за останні десятиріччя, багато питань залишаються не вирішеними. Так, у сучасній літературі залишається суперечливим питання щодо можливості констеляційного підходу до комплексного використання показників клініко-імунологічного обстеження як критеріїв ранньої діагностики бронхіальної астми в дітей віком до трьох років із наявністю бронхообструктивного синдрому, а також ефективності лікування та прогнозу нападу астми.

Виходячи з цього, метою роботи було створення математичної моделі (комплексного клініко-лабораторного образу) бронхіальної астми в дітей раннього віку, яка необхідна для

призначення раціональної тактики лікування, профілактики та реабілітації хворих на бронхіальну астму. Для досягнення поставленої мети нами було проведено комплексне клініко-імунологічне обстеження 55 дітей віком до 3-х років, хворих на бронхіальну астму, яке включало ретельне дослідження алергологічного анамнезу, клінічних показників вираженості бронхообструктивного синдрому, визначення рівня CD4+, CD8+ лімфоцитів, загального IgE, метаболічної активності еозинофільних гранулоцитів в даними НСТ-тесту, внутрішньоклітинного вмісту основних цитотоксичних субстанцій еозинофілів (катіонні протеїни, пероксидаза).

В результаті проведеного аналізу встановлено, що жоден із цих критеріїв не володіє достатньою чутливістю, специфічністю, щоб бути використаним самостійно для постановки або виключення такого проблематичного для педіатра діагнозу, як бронхіальна астма. Виходячи з цього, можна припустити, що тільки використання багатofакторного аналізу або констеляційного підходу, що, в цілому, створюють „образ” даного захворювання, дозволить зменшити діагностичну помилку I та II типу, тобто, коли напад бронхіальної астми приймається за обструктивний бронхіт або ж гострий обструктивний бронхіт – за дебют астми у дитини раннього віку. Проведений багатofакторний аналіз клініко-лабораторних показників дозволив виділити головні компоненти факторної структури клініко-параклінічного „образу” бронхіальної астми в дітей раннього віку.

На підставі вивчення факторного навантаження основних компонентів багатofакторної матриці було створено факторну структуру образу бронхіальної астми: Бронхіальна астма = $0,6F1 + (-0,3) F2 + 0,3F3$, де F1 – особливості імунного статусу дитини у вигляді підвищення вмісту в крові CD4-лімфоцитів та зниження CD8, а також підвищення імунорегуляторного індексу (CD4/CD8) більше 2,0. Факторне навантаження даного показника 0,72; F2 – негативний резерв киснезалежного метаболізму еозинофільних гранулоцитів периферичної крові за даними спонтанного та стимульованого тесту з нітросинім тетразолієм, зниження внутрішньоклітинного вмісту катіонних білків (<1,4 ум. од.) та пероксидази (<1,7 ум. од.). Факторне навантаження даних показників було в межах 0,84–0,86; F3 – показники тяжкості бронхообструктивного синдрому протягом перших трьох діб лікування в стаціонарі. Факторне навантаження показника вираженості бронхообструктивного синдрому на першу добу госпіталізації склало 0,91, на другу – 0,94, на третю – 0,88.

Таким чином, проведений багатofакторний аналіз методом головних компонентів дозволив створити факторну структуру діагнозу „бронхіальна астма”.

«МАТЕМАТИЧНА МОДЕЛЬ» ТЯЖКОСТІ ПЕРШИХ НАПАДІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ЯК ДОПОМІЖНИЙ ПРОГНОСТИЧНИЙ КРИТЕРІЙ ЗАХВОРЮВАННЯ

О.В. БЕЛАСОВА, М.П. ЛАБАНЬ*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.
*Станція швидкої допомоги, м. Чернівці

Мета роботи: створення математичної моделі тяжкості перших нападів бронхіальної астми в дітей раннього віку для удосконалення проспективної тактики. Проведено комплексне клініко-імунологічне обстеження 55 дітей віком до 3-х років, хворих на бронхіальну астму, яке включало ретельне дослідження алергологічного анамнезу, клінічних показників вираженості бронхообструктивного синдрому, визначення рівня CD4, CD8-лімфоцитів, загального IgE, метаболічної активності еозинофільних гранулоцитів крові за даними НСТ-тесту, внутрішньоклітинного вмісту основних цитотоксичних факторів еозинофілів (катіонні протеїни, пероксидаза). Для створення моделі, яка б відображала тяжкість нападу бронхіальної астми та відповідно давала можливість виявити його основні компоненти для їх раціональної корекції в процесі лікування, ми використовували мультифакторний аналіз, який проводили методом головних компонентів, що детермінують факторну структуру вираженості нападу бронхіальної обструкції в дитини на першу добу лікування в стаціонарі. Факторне розподілення мало такий вигляд: тяжкість нападу бронхіальної астми (у балах) = $(-0,2) F1 + 0,08F2 + 0,5F3$, де F1 – показники киснезалежної метаболічної активності еозинофільних гранулоцитів крові за даними тесту з нітросинім тетразолієм у спонтанному та стимульованому варіантах (значення факторних навантажень у межах 0,83–0,89); F2 – підвищення імунорегуляторного індексу – CD4/CD8 $\geq 2,0$, факторне навантаження – 0,82 та зменшення відносної кількості CD8-лімфоцитів (<20%), факторне навантаження – 0,88; F3 – вказівки в анамнезі на повторні епізоди обструкції бронхів (більше трьох на рік), раннє введення у вигодовування грудних дітей коров'ячого молока, обтяжений сімейний алергологічний анамнез, особливо по лінії матері, факторне навантаження від 0,63 до 0,83.

Таким чином, тяжкість нападу бронхіальної астми в дітей раннього віку при вступі їх до стаціонару визначається схильністю до повторних епізодів обструкції бронхів та імунологічними змінами в організмі у вигляді зниження вмісту в крові супресорної субпопуляції T-лімфоцитів та виснаження киснезалежного метаболізму еозинофільних лейкоцитів крові, що проявляється у вигляді його негативного резерву. Наявність вищезазначених компонентів необхідно

враховувати та спираючись на значення їх факторних навантажень можна включати в складання диференціально-діагностичних критеріїв встановлення бронхіальної астми.

ЙОДНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛУГАНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ДАНИМИ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНІНГУ

Н.А. БЕЛИХ

Луганський державний медичний університет

Тироїдні гормони є найважливішим регулятором метаболічних процесів, формування й дозрівання мозку дитини на антенатальному етапі та протягом перших років життя. В умовах йодної недостатності під час гестації тироїдні порушення плода призводять до дизадаптації новонародженого, формування неонатального зоба, транзиторного або природженого гіпотирозу. Частота підвищеного рівня тиротропіну (ТТГ) > 5,0 мМО/л за даними неонатального скринінгу є одним з індикаторів тяжкості йододефіцитних захворювань за стандартами ВООЗ (2007).

Стан йодного забезпечення оцінювали за результатами скринінгу на природжений гіпотироз, що проводиться у медико-генетичного центрі Луганської обласної дитячої клінічної лікарні за стандартною методикою. Ступінь тяжкості йодного дефіциту оцінювали за частотою підвищення вмісту ТТГ та трактували як легкий (3–19,9%), середній (20–39%), тяжкий ($\geq 40\%$) дефіцит (WHO, 2007). Аналізували дані за територіями з переважно вугільною промисловістю, металургійною та хімічною промисловістю, сільським господарством. В межах 30-кластерного епідеміологічного дослідження було обстежено 450 вагітних у III триместрі з визначенням екскреції йоду в сечі та розрахунком медіани. Статистичні розрахунки проводили з використанням стандартного пакету Microsoft Excel.

Йод має надходити з продуктами харчування та питною водою щодня, оскільки відсутні інші фізіологічні механізми його накопичення в організмі. За результатами опитування лише 36,9 \pm 2,3% використовують у домогосподарствах йодовану сіль, 34,4 \pm 2,2% вагітних вживають морепродукти менше 1 разу на тиждень. Незважаючи на призначення всім вагітним йодовмісних препаратів, постійно їх отримували лише 23,1 \pm 2,0% жінок, ще 14,4 \pm 1,6% отримували їх короткими курсами в різні періоди гестації. Найчастіше йодовмісні препарати протягом всієї вагітності отримували жінки, які проживали у промислових містах (44,2 \pm 2,3%) порівняно з мешканками шахтарських міст (22,9 \pm 2,0%) та сільськогосподарських районів (24,7 \pm 5,0%, $p > 0,05$). Медіана йодурії у вагіт-

них складала 85,2 мкг/л із діапазоном коливань 27–365,2 мкг/л, лише у 8,9 \pm 1,5% показник відповідав гестаційній нормі (150–230 мкг/л), у 91,0 \pm 1,5% мало місце недостатнє йодне забезпечення.

У 2009 році було охоплено скринінгом 98,3 \pm 0,01% новонароджених, виявлено 3 випадки природженого гіпотирозу. Підвищені значення ТТГ мали 22,7 \pm 0,6% немовлят, що узгоджувалося з помірним ступенем йододефіциту. Середній показник вмісту ТТГ був вищим за межовий та складав 5,8 \pm 2,0 мМО/л. Частота неонатальної гіпертиретропіемії у промислових містах відповідала легкому йодному дефіциту (18,1 \pm 0,04%) та була достовірно меншою, ніж у шахтарських містах та сільськогосподарських районах, де показники свідчили про помірну йодну недостатність (28,6 \pm 0,5 та 25,8 \pm 0,9% відповідно, $p < 0,05$). Середній показник концентрації ТТГ у новонароджених промислових територій був також найменшим (3,4 \pm 0,3 проти 3,9 \pm 0,1 мМО/л та 4,2 \pm 0,04 мМО/л відповідно, $p < 0,05$). Встановлено помірний зворотний кореляційний зв'язок між частотою вживання препаратів йоду вагітними й частотою гіпертиретропіемії новонароджених ($r = -0,52$).

Недостатнє йодне забезпечення вагітних негативно впливає на перебіг перинатального періоду та зумовлює необхідність застосування індивідуальної йодної профілактики серед груп підвищеного ризику розвитку йододефіцитних захворювань, до яких належать вагітні, матері-годувальниці та діти раннього віку.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АНТЕНАТАЛЬНОЇ ЙОДНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ НА ПЕРЕБІГ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

Н.А. БЕЛИХ, М.Є. МАМЕНКО

Луганський державний медичний університет

Йододефіцитні захворювання (ЙДЗ) є актуальною медико-соціальною проблемою, оскільки ці стани визначають інтелектуальний потенціал і фізичне здоров'я населення. В останні роки ЙДЗ розглядаються насамперед з позицій їх впливу на стан здоров'я жінок та дітей, перебіг перинатального періоду. Тироїдні гормони беруть участь у реалізації комплексно-приспосувальних реакцій плода, впливають на його метаболічні процеси, зріст, розвиток, диференціювання тканин, формування й дозрівання мозку дитини.

Мета роботи: вивчити рівень йодної забезпеченості вагітних та новонароджених, визначити ефективність антенатальної йодної профілактики.

В межах 30-кластерного епідеміологічного дослідження проведено анкетування 1052 ва-

гітних, визначено об'єм щитовидної залози за даними УЗД, добову йодурію (метод Sandell-Koltoff) з розрахунком медіани. Йодну забезпеченість новонароджених оцінювали за результатами неонатального скринінгу на природжений гіпотироз, функціональний стан ЩЗ вагітної – за даними вмісту ТТГ, вільних T_3 та T_4 у 183 жінок. 46 вагітних постійно отримували йодовану сіль (ЙС) та препарати, що містять 150–200 мкг йоду (І група), 58 жінок використовували тільки ЙС (ІІ група), 79 вагітних не отримували йодної профілактики (ІІІ група).

Анкетування показало, що незважаючи на високу інформованість населення про проблему йодного дефіциту (82,1±1,2%), морепродукти вживали менше 1 разу на тиждень 39,1±1,5% сімей, використовували постійно ЙС 37,0±1,5%. Всім вагітним, починаючи з ранніх термінів, призначали препарати калію йодиду, однак досягти комплаєнсу вдалося лише у 25,6±1,3%, коли жінки вживали йодовмісні препарати протягом всієї гестації, 14,0±1,0% вживали їх короткими курсами в різні періоди; лише 1,5±0,4% опитаних отримували йодну профілактику під час преравідарної підготовки. Медіана йодурії у обстежених вагітних складала 78,2 мкг/л із діапазоном коливань від 17,0 до 510,7 мкг/л. Лише у 14,2±1,1% показник відповідав гестаційній нормі (>150 мкг/л). Тироїдний об'єм був збільшеним у 38,7±1,5% вагітних. Серед жінок І групи медіана йодурії відповідала нижній межі гестаційної норми та складала 153,5 мкг/л. На фоні регулярного вживання ЙС медіана йодурії була достовірною меншою за показник у І групі, хоча й перебільшувала дані вагітних ІІІ групи (89,4 проти 67,0 мкг/л, $p < 0,05$). В ІІІ групі були більшими, ніж у І та ІІ групах, середні показники вмісту ТТГ (2,23±0,77 проти 1,69±0,13 мОд/л та 1,95±0,36 мОд/л, відповідно, $p < 0,05$) та вільного T_3 (8,96±0,01 проти 7,54±0,03 пмоль/л та 4,28±0,08 пмоль/л, $p < 0,05$), а рівень вільного T_4 меншим (12,87±0,55 проти 17,12±0,75 пмоль/л та 13,78±0,41 пмоль/л, $p < 0,05$). Відносна гіпотироксинемія реєструвалася лише у ІІ та ІІІ групах (у 62,4±6,4 та 86,2±3,9%). Частота підвищеного рівня ТТГ у новонароджених була найбільшою у ІІІ групі (24,1±4,81 проти 13,2±4,99% та 15,2±4,71% у І та ІІ групах). У жінок ІІІ групи вагітність частіше перебігала з анемією, гестозом, фетоплацентарною недостатністю.

В неонатальному періоді дітей ІІІ групи частіше спостерігалася неврологічна симптоматика (26,6±3,9%) та неонатальна жовтяниця (15,2±4,0%, $p < 0,05$).

Нестача йоду під час вагітності зумовлює напружене функціонування гіпофізарно-тироїдної системи матері та плода, що впливає на перебіг перинатального періоду. Найбільш ефективним засобом антенатальної профілактики йодного дефіциту у вагітних є індивідуальна йодна профілактика.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ В ІНТЕРНАТУРІ ЗА ФАХОМ «ПЕДІАТРІЯ»

В.В. БЕРЕЖНИЙ, Н.П. ГЛЯДЕЛОВА, В.В. КОРНЄВА,
В.Г. КОЗАЧУК

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

Відповідно до наказів МОЗ України № 1074 від 03.12.2010 р. «Про заходи МОЗ України щодо удосконалення підготовки лікарів» та № 1088 від 10.12.2010 р. «Про удосконалення післядипломної освіти лікарів» з метою поліпшення якості навчання в інтернатурі зі спеціальності «Педіатрія» у першому півріччі 2011 р. проведено перегляд Типового навчального плану та програми спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти ІІ–ІV рівнів акредитації зі спеціальності «Педіатрія».

Новий документ дозволяє поліпшити навчання в інтернатурі за рахунок включення в навчальний план і програму інтернатури нових курсів, а саме: «Імунопрофілактика» (18 годин) та «Невідкладна медична допомога» (156 годин). Ці курси є дуже актуальними. Питання імунопрофілактики, крім медичних аспектів, мають соціальну і економічну спрямованість. Заняття на цьому курсі дозволяють інтернам оволодіти основними документами, що регламентують проведення щеплень в Україні; правильно оцінити несприятливі події після імунізації (НППІ) у разі їх виникнення; удосконалити знання з питань переліку протипоказання до вакцинації; відпрацювати відповідні практичні навички. Цикл «Невідкладна медична допомога» проводиться у вигляді лекцій (8 год), практичних занять (136 год), модульного контролю знань (12 год). Заняття проводять кафедри терапії, хірургії, педіатрії, акушерства та гінекології та інші кафедри. Така форма роботи дозволить поліпшити підготовку до іспиту КРОК-3, надасть можливість систематизувати та уніфікувати підготовку до цього іспиту на етапі післядипломної освіти у рамках ВНМЗ України.

У Типовому навчальному плані та програмі спеціалізації (інтернатурі)... (2011) велика увага приділяється організації самостійної роботи інтернів як під час навчання на кафедрах, так і на базах стажування. Це самостійна позааудиторна робота у клініці (чергування, курація хворих під керівництвом лікаря-ординатора відділення, участь в проведенні лабораторно-інструментальних обстежень), робота у бібліотеці, навчальних кабінетах кафедр та класах для відпрацювання практичних навичок із застосуванням муляжів, комп'ютерних класів. В необхідних випадках ця робота проводиться відповідно до заздалегідь складеного графіка, що гарантує можливість індивідуального до-

ступу інтерна до потрібних дидактичних засобів. Самостійна робота інтерна над засвоєнням навчального матеріалу та оволодінням основними практичними навиками, що передбачені освітньо-професійною характеристикою інтерна, також повинна здійснюватися під час навчання на базах стажування. Для поліпшення якості навчання на базах стажування вважаємо за доцільне щорічне проведення ТУ «Актуальні питання педіатрії» (72 год) з базовими керівниками інтернатури зі спеціальності «Педіатрія» та «Загальна практика – сімейна медицина».

У новому документі велика увага приділена питанням підліткової медицини, а саме: організації режиму учбово-трудова діяльності підлітка, їх професійній орієнтації та професійній придатності, підготовка до служби у збройних силах України. Молоді фахівці повинні вивчати нові інноваційні технології в наданні медичної допомоги підліткам, знати структуру і завдання центрів (клінік), дружніх до молоді (КДМ) та інші питання.

ДІЄТИЧНА КОРЕКЦІЯ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

В.В. БЕРЕЖНИЙ, В.Г. КОЗАЧУК, В.В. КОРНЄВА, І.Б. ОРЛЮК,
Н.К. УНІЧ, Н.П. ГЛЯДЕСЛОВА, В.А. КОРОЛЬОВА

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

Київська міська дитяча клінічна лікарня № 1

На сьогодні у переважної більшості дітей перших місяців життя спостерігаються кишкові дисфункції. В цьому періоді у немовлят більша частина розладів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) пов'язана не з органічною патологією, а з функціональними розладами, які виникають унаслідок порушення регуляції. Основними принципами ведення дітей з функціональними порушеннями є організація дробного харчування, підтримка психоемоційного стану матері, призначення антирефлюксних сумішей у разі змішаного або штучного вигодовування.

Мета роботи: оцінка ефективності адаптованої молочної суміші Humana AR в дієтичній корекції функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей грудного віку.

Клінічне дослідження проведено на базі Київської міської дитячої клінічної лікарні № 1 у 2010–2011 рр. з участю 20 дітей з функціональними порушеннями ШКТ із симптомами відрижки та кишковими коліками. Спостереження за пацієнтами проводилося переважно в амбулаторно-поліклінічних умовах. Всі діти на момент включення до групи знаходилися на штучному або змішаному вигодовуванні. Критеріями виключення були тяжкі порушення ЦНС, органічні зміни ШКТ. У клінічній картині всіх

малюків спостерігалися зригування, тривалий плач, у 95% дітей відмічалось занепокоєння, у 90% – порушення апетиту та здуття живота, в 50% діагностовано закрепи. При лабораторному (загальний аналіз крові, сечі, копрологічне дослідження) та інструментальному (УЗД черевної порожнини, нейросонограма, ФГДС) обстеженні у дітей не було виявлено патологічних змін, що свідчило про функціональний характер порушення. В ході спостереження всі діти отримували лікувальну суміш Humana AR (Humana GmbH, р. Херфорд, Німеччина), яка містить натуральні дієтичні волокна (камеді-клейковину ріжкового дерева), які згущують суміш і стимулюють ріст корисних бактерій. Вживання цієї лікувальної суміші у дітей сприяє збільшенню об'єму та розрихленню кишкового вмісту, що стимулює перистальтику кишечника. Контроль ефективності проводили на 15- і 30-й дні спостереження. В ході клінічного дослідження відмічено хорошу переносимість суміші Humana AR у всіх дітей. На 15-й день дієтичної корекції у половини малюків були відсутні будь-які клінічні симптоми. У інших хворих значно зменшилися інтенсивність і об'єм зригування, тривалість плачу, неспокій та метеоризм. На 30-й день прийому лікувальної суміші лише у однієї дитини на фоні поліпшення загального стану зберігалися епізодичні рідкі зригування та кишкові коліки слабкої вираженості, у інших малюків було досягнуто стійкого терапевтичного ефекту. Відмічено також, що дієтична корекція з використання лікувальної суміші Humana AR сприяла самостійним, щоденним, 2–3-разовим випорожненням у всіх дітей.

Таким чином, висока терапевтична ефективність лікувальної суміші Humana AR в дієтичній корекції функціональних розладів ШКТ (зригування, кишкові коліки та закрепи) дозволяє рекомендувати її для ліквідації гастроінтестинальних порушень у дітей грудного віку.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В У ДІТЕЙ

В.С. БЕРЕЗЕНКО

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
НАМН України»

Незважаючи на широке впровадження в останні роки вакцинації проти вірусу гепатиту В, проблема хронічного вірусного гепатиту В як в Україні, так і в усьому світі не втратила своєї актуальності. Частота хронізації гепатиту, викликаного вірусом гепатиту В у дітей, є максимальною (до 90%) на першому році життя та в ранньому дитинстві, що зумовлено фізіологічними особливостями дитячого організму та незрілістю імунної системи.

За нашими даними у 70% дітей з ХГВ захворювання перебігало безсимптомно, і лише у 24% дітей мало місце підвищення трансаміназ більше 3-х норм. Такий перебіг захворювання, як правило, є причиною пізньої діагностики та початку лікування вже на просунутих стадіях фіброзу, що значно знижує його ефективність. Тактика лікування хронічного вірусного гепатиту В у дітей визначається особливостями перебігу цієї інфекції в дитячому віці. Так, інфіковані в ранньому дитинстві, як правило, тривалий час знаходяться в фазі імунної толерантності, яка характеризується високою реплікативною активністю віруса за відсутності запальних змін з боку печінки. Таким дітям лікування проти-вірусними препаратами не проводиться, і вони потребують динамічного спостереження.

За результатами проведених нами досліджень при ХГВ у дітей, на відміну від ХГС, вираженість фібротичних процесів значна менша. Так, просунутий фіброз (F2–F3 за МетаВір) мав місце лише у 6,7% дітей, а при ХГС – у 40% обстежених. Важливе питання, яке необхідно вирішити лікарю, коли розпочати лікування та який варіант терапії обрати? Відповідно до рекомендацій EASL (2009) для вирішення питання про проведення лікування необхідно враховувати вірусне навантаження, активність патологічного процесу (за рівнем трансаміназ) та стадію фіброзу. Враховуючи, що у переважної більшості дітей, інфікованих в ранньому дитинстві, рівень трансаміназ зберігається в межах норми, тому цей критерій не може бути визначальним для прийняття рішення про початок лікування. Тому при високому вірусному навантаженні та нормальних трансаміназах доцільним є проведення пункційної біопсії печінки. Важливе значення для вибору варіанту терапії (інтерферони чи аналог нуклеозидів) відіграє генотип віруса. Відомо, що генотип D асоціюється з низькою відповіддю на інтерферонотерапію. Вибір тактики лікування, варіант моніторингу та кінцева точка лікування визначаються і штамом віруса – «дикий – HBeAg +», чи «мутантний – HBeAg -». Відповідно до міжнародних рекомендацій у дітей з HBeAg + ХГВ перевагу слід надати інтерферонотерапії.

На жаль, в педіатричній практиці вибір протівірусних засобів, на відміну від дорослих, обмежений (короткоживучі інтерферони, ламівудин, адефовір з 12 років та ентекавір з 16). В той же час в Україні практикуючі лікарі мають можливість використовувати лише 2 препарати – короткоживучі інтерферони та ламівудин. Це, безперечно, значно знижує шанси на ефективне лікування та підвищує ризики розвитку мутацій віруса, рецидиву та прогресування. Проблемним залишається питання подальшої тактики лікування дітей, у яких можливі варіанти терапії не дали позитивного результату.

Таким чином, тактика лікування дітей з ХГВ повинна визначатися активністю патоло-

гічного процесу та стадією фіброзу, вірусним навантаженням, генотипом та штамом віруса. Для зменшення негативних результатів терапії лікування цих дітей повинно проводитись фахівцями, які мають досвід ведення таких хворих.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕКИСНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

В.С. БЕРЕЗЕНКО, Р.В. МОСТОВЕНКО, М.Б. ДИБА,
В.К. ТИЩЕНКО

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН
України»

Мета дослідження: дослідити показники перекисної модифікації білків у дітей, хворих на хронічний гепатит С (ХГС).

У 25 хворих (18 хлопчиків та 7 дівчат) з верифікованим діагнозом ХГС в стадії реплікації віруса проведено біохімічне дослідження з оцінкою стану перекисної модифікації білків (ПМБ) за методом Є.Є. Дубініної з визначенням концентрації 2,4-динітрофенілгідразонів у сироватці крові. Більшість дітей (n = 15) мали неактивний запальний процес в печінці та 1 генотип віруса (n = 21). Середній вік хворих та тривалість захворювання становили відповідно 9,4±0,5 та 5,8±0,5 року. До групи порівняння увійшли здорові діти відповідного віку та статі.

Аналіз результатів проведеного дослідження показав, що у хворих на ХГС концентрація 2,4-динітрофенілгідразонів у сироватці крові достовірно відрізняється від показників здорових дітей (2,36±0,1 та 1,52±0,1 мкмоль/мл відповідно; p<0,05). При більш детальному аналізі встановлено відмінність показників ПМБ залежно від активності процесу. Так, у хворих з активним запальним процесом (АЗП) в печінці суттєво зростає вміст продуктів ПМБ нейтрального та основного характеру (2,59±0,2 мкмоль/мл). У дітей з неактивним запальним процесом (НЗП) цей показник був дещо меншим – 1,97±0,1 мкмоль/мл, але також мав достовірну різницю (p<0,05) з показником ПМБ в групі здорових дітей. Найбільш виражене відхилення кількості утворених карбонілів реєструвались в межах від 356–370 нм, характерних для аліфатичних альдегідо- та кетон-похідних гідразонів нейтрального характеру.

Проведений кореляційний аналіз між показниками ПМБ та тривалістю захворювання показав, що зі збільшенням тривалості хвороби ступінь вираженості вільнорадикального окислення протеїнів зростає (r = 0,73). Враховуючи невелику кількість обстежень, ми не проводили аналіз показників ПМБ у хворих за статтю, та генотипом віруса.

Таким чином, у дітей з ХГС мають місце прояви оксидативного стресу, про що свідчить активація периксидної модифікація білків. Вираженість цього процесу є більш значною у дітей з активним перебігом гепатиту та більшою тривалістю хвороби.

Для ранньої діагностики активації оксидативних процесів у дітей з ХГС нами розпочато дослідження показників ПМБ з ініціацією залізом та перекисом водню.

ОЦІНКА СТАНУ ГАСТРОПРОТЕКЦІЇ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ

О.А. БОВКУН, В.Д. ЛУКАШУК, С.П. ХОДАКІВСЬКА,
Б.Я. ДМИТРИШИН, Л.М. ГОЛОВАТЮК, В.І. БАБ'ЯК,
Т.І. КОРОТИЧ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

За останні десятиріччя досягнуто значних успіхів у вивченні факторів агресії, і меншою мірою вивчали клінічне значення гастропротекції в механізмах сааногенезу хронічного гастродуоденіту (ХГД) у дітей. Основу патогенетичного лікування ХГД, неасоційованого з *Helicobacter pylori* (*Hp*), у дітей складають блокатори H_2 -рецепторів гістаміну, оскільки, крім основного антисекреторного ефекту, їм також властива гастропротективна дія, а для індивідуалізації лікування препаратами вибору є гастропротектори. Патогенетична терапія ХГД не завжди забезпечує бажаний результат, тому на етапі призначення лікування важливо передбачити ефективність його та прогнозувати ризик виникнення ранніх рецидивів хвороби. В разі прогнозованого виникнення ранніх рецидивів хвороби доцільно індивідуалізувати лікування для корекції гастропротекції.

Мета роботи – проаналізувати ефективність патогенетичної терапії ХГД на основі прогнозування перебігу хвороби з урахуванням гастропротекції.

Обстежено 60 хворих на ХГД, неасоційованих з *Hp*, віком 7–16 років та 30 здорових одноклітків. Всім хворим проводили фіброзофагогастродуоденоскопію з дослідженням біопсійного матеріалу слизової оболонки шлунка (СОШ). Діагностику морфологічних форм хронічного гастриту проводили за «Сіднейською класифікацією» (1990) в її модифікації (Х'юстон, 1996). Гастропротекцію характеризували за показниками фукози шлункового соку (ФШС) за методом Dische, Shettles (1969) та даними лектинової гістохімії біоптатів (М.Д. Луцик, Е.Н. Панасюк).

Ендоскопічно частіше виявляли поширений гастрит – у 86,7% дітей, нодулярний антральний гастрит – у 13,3%, який у 4 хворих поєднувався з ерозивним дуоденітом. У 86,7%

дітей виявлено гіперемію та набряк слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Аналіз лектиногістохімії 30 біоптатів встановив, що ХГД викликає перерозподіл рецепторів до лектинів і вказує на глибокі структурні зміни в вуглеводних ланцюжках глікопротеїнів. Показники лектинів були низькими у 15 (50%) дітей, середніми – у 10 (33,3%), високими – у 5 (16,7%). У 50% дітей з ХГД, неасоційованих з *Hp*, в стадії загострення знижується гастропротекція за показниками ФШС та лектинової гістохімії біоптатів СОШ. Діагностичне значення має метод визначення ФШС для оцінки гастропротекції у хворих на ХГД: чутливість – 96,2%, специфічність – 94,6%. Залежно від лікування хворих розподілено на дві групи: I (основна) – 30 хворих зі зниженою гастропротекцією, які отримували ранітидин коротким курсом 7–10 днів віковою дозою з переходом на підтримуючу дозу 1 раз на ніч до 1 місяця + сукральфат в перші 2 тижні лікування; II (порівняння) – 30 хворих без урахування стану гастропротекції, які складала дві лікувальні групи: II-1 (л) – 15 хворих, які отримували ранітидин коротким курсом 7–10 днів віковою дозою з переходом на підтримуючу дозу 1 раз на ніч до 1 місяця; II-2 (л) – 15 хворих, які отримували лікування як в II-1 (л) групі + сукральфат з 2-го тижня лікування.

Лікування ранітидином в поєднанні з сукральфатом з перших днів терапії забезпечує нормалізацію показників лектинів та ФШС. Індивідуалізоване лікування з урахуванням зниженої гастропротекції підвищує ефективність терапії. Показник фукози шлункового соку доцільно використовувати як маркер гастропротекції.

ВПЛИВ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТА КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ ІЗ СУБКЛІНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Л.Ф. БОГМАТ, Л.І. РАК, Т.О. ГОЛОВКО, Е.Л. АХНАЗАРЯНЦ,
С.Р. ТОЛМАЧОВА

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

З позицій доказової медицини патогенетично обґрунтованою терапією при хронічній серцевій недостатності (ХСН) є засоби, які блокують основний механізм розвитку цього синдрому – нейрогуморальну активацію. Доведено, що призначення інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) та β -блокаторів на ранніх стадіях ХСН запобігає прогресуванню процесів ремоделювання серця та збереженню функціональної здатності міокарда.

Метою дослідження було визначення впливу комплексів терапії патогенетичної та кардіометаболічної дії на процеси ремоделювання серця й центральної гемодинаміки у дітей із систолічною дисфункцією міокарда. Обстежено 40 дітей 12–18 років з міокардіофіброзом (МФ) та диспластичними кардіоміопатіями (ДСТС) в динаміці через 1–1,5 року. У 20 з них фракція викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) була зниженою в межах від 40 до 55%, у 20 – від 55,5 до 61%. Частина дітей в кожній групі отримувала препарати патогенетичної дії – іАПФ, в окремих випадках разом з β -блокаторами, інша частина – періодичні курси кардіотрофічної терапії (триметазидин, тіотріазолін, L-карнітин або мілдронат).

Установлено, що на тлі патогенетичної терапії у дітей як із субклінічними ознаками ХСН (ФВ нижче 55%), так і з помірним зниженням ФВ (від 55,5 до 61%), спостерігалось збільшення діастолічного розміру, об'єму та маси міокарда ЛШ разом з достовірним підвищенням його ФВ (з $49,2 \pm 1,4$ до $57,6 \pm 2,4\%$; $p_{x_2} < 0,05$). Значно зростали також показник поздовжнього скорочення ЛШ % ΔS (з $24,4 \pm 0,9$ до $29,3 \pm 2,0\%$; $p_{x_2} < 0,05$) та ударний об'єм (УО; з $42,0 \pm 3,9$ до $64,9 \pm 6,8$ мл; $p_{x_2} < 0,05$). ФВ в цілому в групі підвищилася на 17,0%, а УО – на 54,0%. Підвищення хвилинного об'єму крові (ХОК) не досягало рівня достовірності (з $3,2 \pm 0,2$ до $4,3 \pm 0,5$ л/хв; $p_{x_2} > 0,05$), проте загальний периферичний опір судин (ЗПОС) суттєво знижувався (з $1892,6 \pm 157,5$ до $1583,7 \pm 189,2$ дин.с.см⁻⁵; $p_{x_2} < 0,001$), оптимізуючи гемодинамічні співвідношення.

На тлі кардіометаболічної терапії у дітей з ФВ нижче 55% відмічалось збільшення діастолічних розміру та об'єму ЛШ разом із зменшенням систолічних ($p_{x_2} < 0,01$), що також сприяло підвищенню ФВЛШ (яке відбулося в середньому на 12,0%), проте не відмічено позитивних змін показників гемодинаміки. У групі дітей з помірним зниженням ФВ (55,5–61%) на тлі терапії метаболічними засобами відбувався подальший зсув гемодинамічних співвідношень у бік гіпокінетичного типу кровообігу: зниження УО (з $63,6 \pm 4,1$ до $59,4 \pm 3,1$ мл; $p_{x_2} < 0,001$) та ХОК (з $4,8 \pm 0,5$ до $4,2 \pm 0,4$ л/хв; $p_{x_2} > 0,05$), підвищення ЗПОС (з $1540,2 \pm 131,5$ до $1618,2 \pm 103,8$ дин.с.см⁻⁵; $p_{x_2} < 0,001$).

Розміри лівого передсердя, правого шлуночка, відносної товщини стінки ЛШ суттєво не змінювались залежно від комплексу терапії.

Таким чином, терапія патогенетичними засобами (іАПФ та β -блокаторами) здійснює позитивний вплив як на функціональну здатність серця, так і на гемодинаміку в цілому в дітей із систолічною дисфункцією міокарда. На тлі кардіометаболічної терапії позитивна динаміка параметрів ЛШ не призводила до подібних змін показників загальної гемодинаміки. Для визначення оптимальних режимів терапії дітям

із субклінічною ХСН необхідно продовжити дослідження щодо ефективності різних засобів терапії.

ЕКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОШИРНОСТІ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Н.К. БОГУЦЬКА, В.С. ХІЛЬЧЕВСЬКА, Т.В. ДОНСЬКА*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.
*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

В умовах тривалої експозиції поллютантів за незначного перевищення ними гранично допустимих концентрацій більш вразливим є дитячий організм, особливо в період його напруженого морфофункціонального дозрівання у дошкільному віці, коли може формуватися хронічна патологія ЛОР-органів.

Метою дослідження було встановити наявність можливого взаємозв'язку між забрудненням екосередовища міста низькими концентраціями поллютантів і поширеністю аденотонзилітів у дітей-дошкільнят.

Вираховували інтегральний показник забруднення середовища залежно від рівня вмісту в ґрунті 17 важких металів (Pb, Cd, Hg, Cu, Zn та ін) та техногенних радіонуклідів ¹³⁴Cs, ¹³⁷Cs, ⁹⁰Sr. Методом когорти проведено лонгітудинальні дослідження поширеності та клініко-епідеміологічного ризику захворювань 3348 дітей дошкільного віку до вступу і при відвідуванні дитячих дошкільних установ (ДДУ). Серед групи дітей проведено імунологічний скринінг першого рівня та визначено показники глутатинової антиоксидантної системи еритроцитів крові за загальноприйнятими методиками.

Встановлено, що до вступу в ДДУ показник поширеності аденотонзилітів становив близько 2%, достовірно не відрізняючись у підгрупах із „забрудненого” та „чистого” районів міста. Через кілька років при відвідуванні дослідною когортою ДДУ відмічено істотне зростання поширеності даної патології в дошкільнят, зокрема за умови відвідування ДДУ в „забрудненій” зоні міста (відповідно $11,1 \pm 0,7$ проти $5,8 \pm 0,6\%$, $p < 0,01$). Відносний ризик виникнення аденотонзиліту в когорті дошкільників, які відвідували ДДУ в „забрудненій” зоні, був у 1,9 разу вищим (95% ДІ 1,5–2,4). У дітей з аденотонзилітами виявлено наступні зміни імунологічних показників: високий відносний вміст В-лімфоцитів у периферичній крові ($17,3 \pm 2,0$ проти $11,7 \pm 1,4\%$, $p < 0,05$), зниження співвідношення вмісту теофілін-резистентних та чутливих лімфоцитів ($0,97 \pm 0,14$ проти $1,9 \pm 0,59$, $p > 0,05$), знижені показники стимульованого пірогеналом тесту нейтрофілів крові з нітросинім тетразолієм ($18,4 \pm 3,8$ проти $32,6 \pm 3,9\%$, $p < 0,05$), а також відхилення в антиоксидант-

ному статусі, зокрема, істотне зниження активності ферменту антипероксидного і детоксикаційного захисту – глутатіон-S-трансферази ($18,6 \pm 1,7$ проти $26,7 \pm 2,5$ мкМ/гНв · хв в контролі, $p < 0,05$), причому виявлені зміни посилювались за умови мешкання дітей із респіраторною патологією у „забрудненому” районі міста. За умови одночасного відвідування ДДУ і мешкання в районах із рівнем забруднення вище одного сигмального відхилення у дітей зазначено достовірне зростання ризику формування феномена частих повторних респіраторних захворювань, а також зубного карієсу та рецидивного бронхіту.

Отже, зростання поширеності адено tonsилітів у дітей дошкільного віку асоціювало з їх проживанням в умовах поєданого низькоінтенсивного забруднення середовища комплексом поллютантів. Можливими патогенетичними механізмами такого підвищення захворюваності є виснаження механізмів антиоксидантного захисту та зниження резерву киснезалежного метаболізму нейтрофілів крові, на корекцію яких і слід спрямовувати комплекс реабілітаційних заходів щодо запобігання захворюваності дітей за умов несприятливого низькоінтенсивного екогенного впливу.

ОПТИМІЗАЦІЯ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ БАКТЕРІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ГРВІ У ДІТЕЙ

Ю.К. БОЛЬБОТ, О.В. БРАТУСЬ, Т.А. БОРДІЙ, Г.В. КАРПЕНКО,
Г.О. ТОВАРНИЦЬКА, А.В. ТИМЧЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія

Проблема раціоналізації антибіотикотерапії пов'язана не тільки із підвищенням клінічного та мікробіологічного успіху лікування, але й з питаннями стримування формування та поширення резистентних штамів бактерій, а також економічними аспектами лікування. Проведення регіонального моніторингу чутливості до протимікробних засобів основних збудників різноманітних інфекційних захворювань дозволяє розробити або адаптувати існуючі алгоритми антибіотикотерапії до потреб та особливостей конкретного регіону.

Нами було вивчено етіологічну структуру збудників бактеріальних ускладнень ГРВІ у 220 дітей (98 хлопчиків та 122 дівчинки) віком від 3 міс до 18 років у м. Дніпропетровську та Солонянському районі Дніпропетровської області. Ускладнення ГРВІ були представлені у 21,6% випадків гострими середніми отитами (в основному, в молодших вікових групах), у 13% хворих – синуситами (переважно у дітей шкільного віку), а також гнійними ринітами та аденоїдитами (65,4%).

Основним критерієм включення була наявність клінічно та лабораторно підтвердженого

запалення бактеріальної природи з боку ЛОР-органів, яке виникло на тлі ГРВІ. Критерій виключення: прийом місцевих або системних антимікробних засобів протягом попередніх 2 місяців. Проводилось мікробіологічне дослідження назофарингеальних мазків, а також ексудату з порожнини середнього вуха (в разі його отримання). Культуральні дослідження та вивчення чутливості мікроорганізмів до протимікробних засобів проводилось згідно зі стандартами, прийнятими в Україні (наказ МОЗ України № 167 від 05.04.2007 р.).

При гострому середньому отиті збудник було ідентифіковано в 67,9% випадків. Серед них у 58,3% хворих виділено *Str. pneumoniae*, у 27,6% – *H. influenzae*, у 8,3% – *M. catharralis* та у 5,8% – *H. parainfluenzae*. При синуситах етіологічно значущий патоген встановлено в 45% випадків, з них: *Str. pneumoniae* – у 45%, *H. influenzae* – у 40%, *S. aureus* – у 11%. При ринітах та аденоїдитах збудників виявлено у 87,5% випадків, з них: *S. aureus* – у 37,2%, *H. influenzae* – у 32,9%, *H. parainfluenzae* – у 19,2%. *Str. Pneumoniae* – у 10,7%. Таким чином, при бактеріальних ринітах та аденоїдитах етіологічна роль так званих «патогенів 2-ої лінії» виявилась суттєво вищою, ніж при отиті та синуситах. Крім того, було встановлено, що у дітей, які отримували 3 та більше курсів антибіотиків на рік, питома вага пневмокока була взагалі нижчою, а частота виявлення гемофільної палички та патогенів 2-ої лінії підвищувалась.

При вивченні чутливості патогенів до протимікробних засобів було встановлено, що переважна кількість з них є високочутливими до ампіциліну, амоксициліну/клавуланату, цефалоспоринів 2-3-ї генерації. Зберігається також висока чутливість збудників до макролідів (крім *H. influenzae* та *H. parainfluenzae*). Резистентними до ампіциліну виявились 5,4% *Str. pneumoniae*, 1,5% *H. influenzae*, 34,5% *S. aureus*, при цьому частота виявлення резистентних збудників у дітей, які отримували 3 і більше курсів антибіотикотерапії протягом року, була майже вдвічі більшою, ніж у дітей, котрі приймали антибіотики 2 та менше разів на рік. Таким чином, при бактеріальних ускладненнях ГРВІ у дітей при легкому та середньотяжкому перебігу препаратами вибору залишаються амоксицилін та амоксицилін/клавуланат. При тяжкому перебігу, а також у пацієнтів, які часто отримують антибіотики, стартовою терапією можуть бути амоксицилін/клавуланат або цефалоспорини 3-ї генерації. Використання макролідів виправдане лише при алергії на β -лактами.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З ДЕСТРУКТИВНИМИ УРАЖЕННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Ю.К. БОЛЬБОТ, М.В. КАЛІЧЕВСЬКА, Р.В. КОВТУНЕНКО,
Л.М. ЧЕРГІНЕЦЬ*

Дніпропетровська державна медична академія.

*КЗ «Міська дитяча клінічна лікарня № 6»,

м. Дніпропетровськ

Патологію верхнього відділу шлунково-кишкового тракту за даними клініко-ендоскопічного обстеження було виявлено у 65% зі 120 обстежених дітей, хворих на бронхіальну астму (БА). При цьому асоціацію патології ШКТ з інфекцією *H. pylori* підтверджено у 47% випадків (за даними серологічного дослідження та виявлення антигенау *H. pylori* в калі методом імунохроматографії). Серед дітей, інфікованих *H. pylori*, деструктивні ураження слизової ШКТ (ерозії і виразки) зустрічалися в 56,8% випадків, з них 86% припадало на uszkodження слизової шлунка та 12-палої кишки. За відсутності інфекції *H. pylori* деструктивні ураження ШКТ мали місце лише у 31,7% хворих з однаковою частотою пошкодження слизової стравоходу, шлунка та 12-палої кишки. Частота виявлення органічної патології ШКТ та ступінь вираженості запальних змін слизової оболонки верхнього відділу травного каналу (ВВТК) прямо корелювали зі ступенем тяжкості й тривалістю захворювання на бронхіальну астму. Крім того, наявність деструктивних змін слизової оболонки ШКТ мала сильний прямий кореляційний зв'язок з наявністю нічних симптомів БА ($R = 0,83$, $p < 0,001$) і ступенем контролю БА ($R = 0,79$, $p < 0,001$).

З метою вивчення впливу наявності деструктивних уражень слизової ШКТ на інтенсивність процесів алергічного запалення в бронхах проведено вивчення концентрацій IFN- γ , IL-4, -5, -13 в сироватці крові дітей, хворих на БА (ІФА, тест-набори Diaclone, Monobind). Дітей було розподілено на 3 групи. I групу склали 34 дитини з БА, які мали деструктивні ураження слизової ШКТ, II – 44 дитини з БА та поверхневими ураженнями ШКТ і функціональними розладами, III – 42 дитини з БА без патології ВВТК. Референтні значення рівнів концентрацій цитокінів у сироватці крові отримано при обстеженні 20 здорових дітей.

Найвищі рівні концентрацій сироваткового IFN- γ було виявлено у дітей з деструктивними ураженнями ШКТ ($10,63 \pm 0,36$ пг/мл), в II групі концентрації даного цитокіну також були вищими, ніж в контролі ($7,24 \pm 0,43$ проти $6 \pm 0,08$ пг/мл, $p < 0,001$). У дітей з БА без патології ШКТ рівень IFN- γ в крові виявився дещо нижчим рівня контрольної групи ($5,53 \pm 0,2$ пг/мл, $p < 0,05$). Можливо, підвищення рівня IFN- γ пояснюється саме наявністю запального проце-

су у слизовій оболонці ШКТ. У всіх дітей, хворих на БА, було виявлено підвищення в крові рівнів IL-4, -5 та 13. Однак за наявності патології ШКТ, незалежно від характеру uszkodження слизової оболонки, значно зростає рівень сироваткового IL-4 (I група – $1,01 \pm 0,12$ пг/мл, II група – $1,06 \pm 0,15$ пг/мл, III – $0,57 \pm 0,04$ пг/мл; $p < 0,001$). Рівень сироваткового IL-13 також був достовірно вищим у дітей із супутньою патологією ВВТК, при цьому наявність деструктивних уражень асоціювалась з найбільшими значеннями даного показника (I група – $10,24 \pm 0,71$ пг/мл, II група – $6,59 \pm 0,92$ пг/мл, $p < 0,001$).

Таким чином, для хворих на БА характерно підвищення частоти ураження верхнього відділу ШКТ, яка корелює зі ступенем тяжкості БА та тривалістю захворювання. В свою чергу, супутня патологія з боку ВВТК, особливо за наявності деструктивних змін слизової, асоціюється з гіршими параметрами контролю БА і супроводжується підвищенням концентрацій цитокінів, що контролюють процеси алергічного запалення. Таким чином, патологія ШКТ у дітей, хворих на БА, вимагає своєчасного активного виявлення та адекватного лікування.

РЕЄСТР ХВОРИХ НА ГІПОФІЗАРНИЙ НАНІЗМ: БАЗА ДАНИХ ДЛЯ ПРОСПЕКТИВНИХ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СОМАТОТРОПНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ

О.В. БОЛЬШОВА, І.В. ЛУКАШУК

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин
ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

Патологія росту займає одне з провідних місць в структурі дитячої ендокринної патології. Кожна четверта дитина, яка звертається до дитячого ендокринолога, скаржиться на низькорослість. Відсутні систематизовані дані щодо ефективності терапії препаратами рекомбінантного гормону росту (рГР), не визначені предиктори та критерії для оцінки ефективності лікування. Лікарі-педіатри та лікарі загальної практики мають вчасно виявляти низькорослість у дітей раннього віку та консультувати їх у дитячого ендокринолога. В багатьох випадках лікування рГР розпочинають із запізненням або використовують неадекватні дози препарату, тому показники кінцевого зросту пацієнтів залишаються незадовільними. Незважаючи на вагомий досягнення у вивченні сучасних технологій діагностики та лікування дефіциту гормону росту (ДГР) рГР, ефективність терапії у частини дітей низька, оскільки не забезпечує повного генетичного потенціалу росту.

Завданням нашого дослідження було створення прогностичної таблиці оцінки ефективності терапії рГР соматотропної недостатності (СН) у

препубертатних дітей на підставі Реєстру хворих на гіпофізарний нанізм (ГН).

Вже на першому етапі використання рГР виникла необхідність створити прогностичні моделі ефективності терапії росту. Прогностична модель росту має пояснити певну варіабельність ростової відповіді дітей, а також допомогти лікарю вже на старті терапії індивідуалізувати дозу рГР. Для прогнозування ефективності лікування рГР СН у дітей препубертатного віку ми використовували метод послідовного аналізу А. Вальда та алгоритми Є.В. Гублера.

Проаналізовано результати обстеження дітей з ГН: у 688 дітей та підлітків виявлено ДГР і діагностовано СН, із них – 240 (34,88%) дівчаток і 448 (65,12%) хлопчиків. Всі зазначені діти та підлітки увійшли до створеного Реєстру хворих на ГН. Ізольована СН була у 531 дитини, множинний дефіцит гормонів гіпофізу – у 157 дітей. Швидкість росту за останій рік до обстеження складала $3,4 \pm 1,1$ см/рік; SDS росту – $2,92 \pm 0,75$. Спостерігали тяжкий ДГР (ГР $\max < 5$ мкг/л, $n = 104$) і помірний ДГР (ГР $\max 5-10$ мкг/л, $n = 584$).

На підставі даних Реєстру хворих на СН розробляли прогностичні критерії. Проведено аналіз величини інформативності 21 клініко-лабораторного показника до та в динаміці лікування рГР у 95 дітей препубертатного віку з СН, в яких терапія була успішною. Виявлено 13 найбільш інформативних показників. Для цих предикторів розраховано прогностичні коефіцієнти, і на цій підставі розроблено бальну прогностичну таблицю ефективності лікування рГР СН у дітей препубертатного віку. На даному етапі відбувається апробація створеної прогностичної таблиці. Прогностична таблиця базується на доступних й інформативних предикторах для передбачення ростової відповіді на терапевтичну дозу рГР.

Таким чином, розробка та вдосконалення прогностичних моделей є важливими для оптимізації та індивідуалізації терапії рГР з урахуванням ефективності, безпеки, а також для зниження витрат на лікування. Дані створеного Реєстру хворих на ГН доцільно використовувати для розрахунку необхідної кількості препаратів рГР для лікування таких хворих та для проведення проспективних досліджень, що підвищить ефективність терапії рГР.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРОБІОТИКА БІОГАЯ В ПІЗЬНОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ДІТЕЙ З ПРИРОДЖЕНИМИ ПОРОКАМИ СЕРЦЯ

О.В. БОРДЮГОВА, О.В. ЛЕБЕДЕВА, О.С. КАРТАШОВА*

Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького.

*Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака
АМН України

Згідно з діючими протоколами, післяопераційний період у дітей з природженими пороками серця (ППС) вимагає призначення антибактеріальних препаратів, одним з побічних ефектів яких може бути дисбіоз кишечника. З метою його корекції найбільш доцільно призначення пробіотиків. Вибір ефективного і безпечного пробіотика у дітей після оперативної корекції ППС є актуальною проблемою педіатрії.

Мета роботи: оцінка клінічної ефективності та безпеки пробіотика БіоГая для корекції клінічних проявів дисбіозу кишечника в пізньому (після шостої доби) післяопераційному періоді у дітей з ППС.

Основну групу склали 30 дітей (17 хлопчиків і 13 дівчаток) віком від 6 місяців до 9 років (до 1 року – 86,7%, старше 1 року – 13,3%), групу контролю – 25 дітей (14 хлопчиків та 11 дівчаток) віком від 6 місяців до 7 років (до 1 року – 88,0%, старше 1 року – 12,0%), яким за шість діб до цього було проведено хірургічну корекцію ППС. Дефект міжпередсердної перегородки мали 13 (43,3%) осіб, дефект міжшлуночкової перегородки – 9 (30,0%), загальний атріовентрикулярний канал – 4 (13,3%), коарктацію аорти – 2 (6,7%), аномалію Ебштейна – 2 (6,7%) дітей. У пацієнтів зареєстровано наступні клінічні симптоми дисбіозу кишечника: зниження апетиту (73,3%), біль у животі (46,7%), нудоту (26,7%), блювання після їди (20,0%), відрижку повітрям (26,7%), здуття живота (66,7%), закрепи (16,7%), нестійкий стілець (13,4%). Гіпотрофію I ступеня діагностовано у 9 (30,0%) осіб. Виявлено також зміни психоемоційного стану: млявість (56,7%), неспокій (86,7%), порушення сну (66,7%). Діти основної групи приймали БіоГая згідно з інструкцією: по 5 крапель 1 раз на день вранці протягом 20 днів. Діти з групи контролю не отримували жодного пробіотика. Ефективність препарату оцінювали за динамікою скарг та клінічної симптоматики кожного дня до моменту виписки зі стаціонару (10 діб), на 20-ту добу та через два тижні після закінчення прийому препарату.

Порівняно з групою контролю на тлі застосування БіоГая вже на 2-й день у 28 (93,3%) дітей регресували клінічні прояви дисбіозу кишечника, у 1 (3,3%) – зберігався метеоризм, у 1 (3,3%) – періодично відмічалися відрижки. Відсутність скарг та проявів дисбіозу на десяту добу терапії реєструвалася у 26 (86,7%) пацієнтів, на двадця-

ту добу – у 4 (13,3%). Через два тижні після закінчення прийому БіоГая рецидивів дисбіозу кишечника не зареєстровано. У 9 (30,0%) хворих з гіпотрофією після закінчення курсу лікування прибавка маси тіла відповідала фізіологічним нормам. На тлі прийому БіоГая у всіх обстежуваних дітей поліпшився психоемоційний стан. У всіх пацієнтів відмічалася добра переносимість препарату, побічні явища відсутні.

Отже, БіоГая є ефективним і безпечним препаратом і рекомендується для корекції клінічних проявів дисбіозу кишечника в післяопераційному періоді у дітей з природженими пороками серця.

РАННІ ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ФОРМУВАННЯ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ У СУЧАСНІЙ КОГОРТІ ГЛИБОКОНЕДОНОШЕНИХ НЕМОВЛЯТ

О.П. БОРИСЮК*, Д.О. ДОБРЯНСЬКИЙ*, З.В. САЛАБАЙ,
О.В. НОВІКОВА, С.В. ШИШ

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького.
Львівська обласна клінічна лікарня

Розвиток бронхолегеневої дисплазії (БЛД) асоціюється з високою захворюваністю і смертністю глибоконедоношених немовлят в постнатальному періоді і є важливим додатковим чинником ризику неврологічного ураження, спектр і тяжкість якого прямо корелює з тяжкістю хронічної легеневої патології. Тому надзвичайно актуальним залишається пошук ранніх прогностичних критеріїв цього захворювання у популяції новонароджених високого ризику.

Мета роботи: встановити частоту БЛД у когорті глибоконедоношених немовлят і запропонувати ранні прогностичні критерії розвитку цього захворювання.

У проспективне когортне дослідження було залучено 102 немовлят з масою тіла при народженні < 1500 г і гестаційним віком < 32 тиж, які лікувались у неонатальних відділеннях Львівської обласної клінічної лікарні (ЛЮКЛ) у 2008–2009 рр. Критерієм виєлючення з дослідження була смерть дитини протягом перших 28 днів життя або до досягнення скоригованого віку (СВ) 36 тиж за відсутності патоморфологічних ознак БЛД на автопсії. Залежно від концентрації кисню, яку потребували немовлята в перші 14 днів життя, їх було розподілено на 3 групи: «стало низької концентрації кисню», «погіршення функції легень» та «ранньої і стійкої легеневої дисфункції».

У 25,5% дітей була бронхолегенева дисплазія за визначенням Jobe & Bancalari (2001). Найчастіше захворювання формувалось у дітей з «ранньою і стійкою дисфункцією легень» (81%) або з «погіршенням функції легень» (55%), які

на 14 добу життя потребували > 24% кисню. Помірно тяжкі й тяжкі форми захворювання з класичним перебігом виявлялись у половини дітей в першій і у п'ятій частини немовлят у другій із зазначених груп. Дітей з цих двох груп відрізняли достовірно менші термін гестації (відповідно 27,86±1,79 і 27,18±2,23; p<0,05) і маса тіла при народженні (1102,62±232,82 і 1007,23±276,26; p<0,05). Немовлята обох груп мали значно тяжчий стан в першу добу госпіталізації за шкалою SNAPPE-II, достовірно частіше потребували ШВЛ в перші години життя, а спроби неінвазійної дихальної підтримки у них здебільшого були невдалими. У цих дітей виявлялось достовірно більше випадків тяжкого РДС (відповідно 73 і 81%), відкритої артеріальної протоки (64 і 67%). У групі «ранньої і стійкої легеневої дисфункції» у віці 7 днів 43% дітей все ще знаходилося на ШВЛ, а на 14 і 28 день життя відповідно 57 і 33% потребували СРАР (p<0,05 для всіх цих показників). Найбільш значні відмінності між показниками FiO₂ визначались на 14 день життя. За підсумками логістично-регресійного аналізу імовірність виникнення БЛД була достовірно пов'язаною лише з потребою призначати > 24% кисню на 14 день життя (коефіцієнт співвідношення шансів [КСШ] – 32,38; 95% конфіденційний інтервал [КІ]: 7,76–135,13; p<0,001) та з результатом стандартизованої оцінки тяжкості загального стану за шкалою SNAPPE-II в перший день життя > 30 балів (КСШ – 6,36; 95% КІ: 1,53–26,34; p<0,05). Натомість, більшість класичних чинників ризику БЛД виявились недостовірними.

Таким чином, поєднане використання показників зазначеної вище кисневої залежності на 14 день життя і тяжкості стану новонародженого за шкалою SNAPPE-II в перший день життя дозволяє забезпечити прогнозування розвитку БЛД за клінічним визначенням з точністю до 76% (95% КІ: 54,48–89,84).

ОРГАНІЗАЦІЯ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ЗНАТЬ ПЕДІАТРІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ДИСТАНЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ

Л.М. БОЯРСЬКА, Ю.В. КОТЛОВА, Р.Л. ШЕВЧЕНКО*,
О.В. ГУЖЕЛЯ*

Запорізький державний медичний університет.

*Обласний департамент охорони здоров'я, м. Запоріжжя

Сучасне збільшення обсягу медичної інформації та швидкість її оновлення, поява високо-технологічних методів діагностики, лікування спонукає до впровадження нових форм навчання лікарів на післядипломному етапі. Запорізький державний медичний університет (ЗДМУ) має трирічний досвід організації дистанційної

освіти (ДО) та проведення дистанційного навчання лікарів-педіатрів на циклах тематичного удосконалення (ТУ) за допомогою сучасних телекомунікаційних Internet-технологій. Нові форми роботи жваво підтримуються організаторами охорони здоров'я області, тому що ДО дозволяє не загострювати дефіцит лікарських кадрів на периферії, особливо відчутний під час відрядження фахівців на навчання, дозволяє врахувати різні інтереси практичної роботи слухачів, неоднаковий рівень підготовки з основ педіатрії лікарів різних спеціальностей – сімейних, лікарів-педіатрів.

Ретельна робота впровадження ДО в ЗДМУ базується на створенні контенту для дистанційних курсів співробітниками кафедри дитячих хвороб ФПО, формуванні єдиного інформаційного простору університету та баз навчання в Запорізькій області.

Розробка робочої програми циклів ТУ гнучко враховує найбільш актуальні теми педіатрії для даного контингенту слухачів, вибір тем лекцій і семінарських занять здійснюється як керівниками лікувального закладу на підставі аналізу роботи педіатрів, так і слухачами. Використання двостороннього інтерактивного обміну під час ефірного спілкування є новим етапом розвитку ДО-технологій, підвищує якість дидактичного супроводу лекцій/семінарів за рахунок широкого використання на on line заняттях програмно-апаратних засобів: відеосюжетів, слайд-шоу, спілкування викладач – хворий – слухач. ДО в малих групах (6–7 лікарів) дає можливість диференційовано групувати лікарів за специфікою роботи (стаціонар, швидка допомога, поліклініка), за стажем роботи і рівнем підготовки, в таких групах не втрачається особистість лікаря, контакт встановлюється з кожним слухачем окремо, що підвищує зацікавленість, покращує відвідування, засвоєння матеріалу і вдосконалює клінічне мислення слухачів. Позитивним є короткотривалість (78 годин) циклу ТУ, що дозволяє отримувати слухачам оновлену медичну інформацію за атестаційний звітний період декілька разів.

Дистанційний метод навчання є ефективним, економічним, прогресивним у сфері безперервної освіти на післядипломному етапі освіти фахівців. Доцільно широке обговорення накопиченого досвіду ДО фахівцями медичних ВУЗів України.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИПІРЕТИКІВ ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Г.В. БУЛАК, Н.В. ГУТА

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького.

Львівська комунальна міська дитяча клінічна лікарня

За даними ВООЗ, у світі щорічно реєструється 1,5 млрд. випадків гострих респіраторних захворювань (1/3 усього населення планети), що становить 75%, а в дитячій популяції від 60 до 90% від усієї інфекційної патології.

Гострота проблеми гострих респіраторних вірусних інфекцій в педіатрії пов'язана не лише з їх значним поширенням у дитячій популяції, але і з ризиком серйозних ускладнень, особливо у дітей раннього віку.

Однією із проблем тяжкості перебігу ГРВІ є тривалість гарячки. І тому жарознижуючі засоби є препаратами, що найчастіше використовуються в медицині як за призначенням лікаря, так і хворими самостійно.

Масове нераціональне використання жарознижуючих препаратів, особливо у дітей, зумовлює появу помітного числа зареєстрованих ускладнень нераціональної антипіретичної терапії, і тому актуальним у практиці лікаря є знання про найбільш безпечні антипіретики, знання показань та протипоказань щодо їх застосування.

За рекомендаціями ВООЗ антипіретики призначають хворим дітям старше 2 міс при t° тіла $> 39,0-39,5^{\circ}$ C, дітям групи ризику з розвитку ускладнень лихоманки (вік до 2 міс, фебрильні судоми в анамнезі, захворювання ЦНС, серцева декомпенсація, спадкові метаболічні захворювання) – $> 38,0-38,5^{\circ}$ C. Лідером купірування гарячки у дітей вважається ібупрофен дозою 5–10 мг/кг та парацетамол дозою 10–15 мг/кг. З 1998 року на український ринок вийшов оригінальний ібупрофен під назвою Нурофен, у 5 мл суспензії якого міститься 100 мг активного компонента ібупрофену, що є похідним 1,2-(4-ізобутилфеніл)-пропіонової кислоти.

За нашими спостереженнями (спостерігалось 137 дітей раннього віку з вираженою гарячкою при ГРВІ) перевагами Нурофену були: швидкий жарознижуючий ефект через 15 хвилин після прийому, тривалість дії до 8 годин, дозвіл до використання препарату з 6 місяців без контролю лікаря.

Безпечність використання ібупрофену підтверджувалась відсутністю ризику розвитку бронхоспазму (1% випадків), алергічних реакцій (2%), синдрому Рея, у жодному випадку не спостерігалось нефротоксичності чи негативного впливу на функцію шлунково-кишкового тракту. Окрім того, своєчасне використання ібупрофену як антипіретика у дітей з діагнозом

ГРВІ має більш низький ризик розвитку гіпертермічного синдрому та відповідно госпіталізації до стаціонару.

Потрібно відмітити наявність зручності форми випуску Нурофену для дітей – флакону зі спеціальним мірним дозатором, який є гарантією того, що дитина отримає дозу, яка точно відповідає віку та рекомендації лікаря.

Для дітей 6–12 місяців доза складає 2,5 мл 3–4 рази протягом 24 годин, для дітей 1–3 років – 5,0 мл тричі протягом 24 годин.

Таким чином, швидкий жарознижуючий ефект, тривалість дії та зручна форма випуску Нурофену дають можливість вважати його ефективним жарознижуючим препаратом для дітей раннього віку. Окрім того, своєчасне використання препарату ібупрофену як антипіретика у дітей з діагнозом ГРВІ має більш низький ризик госпіталізації до стаціонару, а наявність жарознижуючої, протизапальної, знеболювальної дії та високий профіль безпечності препарату дозволяють широко застосовувати його в педіатричній практиці.

НЕГАТИВНІ ЧИННИКИ АКТИВАЦІЇ ОКИСНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ДИХАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ КРИТИЧНИХ СТАНАХ

О.Г. БУРЯК¹, Ю.Б. ЯЩЕНКО², Д.Ю. НЕЧИТАЙЛО¹, Т.М. МІХЄЄВА³

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.

²Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ.

³КМУ «Міська дитяча клінічна лікарня», м. Чернівці

За останні 10 років істотно зріс інтерес дослідників до вивчення механізму впливу потенційно-реактивних форм кисню на білки. Це цілком зрозуміло, оскільки добре відома виняткова функціональна роль білків у всіх живих організмах. Особливого значення цей факт набуває для хворих у критичному стані, коли фактор часу стає одним із вирішальних. Модифікація амінокислотних залишків у білках призводить надалі до глибоких змін їх структури. Тому процеси окисної модифікації білків (ОМБ) повинні знаходитися під постійним лабораторним контролем.

Метою нашого дослідження було визначити основні чинники активації ОМБ на рівні альвеолярного простору у новонароджених із тяжкою дихальною недостатністю (ДН) при критичних станах. Основну групу спостереження склали новонароджені із тяжкою ДН (84 дитини) на тлі різної неонатальної патології. Контрольну групу порівняння – 15 практично здорових новонароджених. Дослідження стану ОМБ проведено у конденсаті повітря, що ви-

дихається (КПВ). Це дозволило дослідити процеси ОМБ на рівні аерогематичного простору, оскільки біологічні молекули, які формуються при випаровуванні рідини, потрапляють до легеневого експірату безпосередньо з бронхіального і альвеолярного аерозолів і належать до ендотеліальної вистилки.

Результати наших досліджень показали, що у новонароджених з тяжкою ДН відмічається накопичення продуктів ОМБ. Вміст білкових карбонілів (БК) нейтрального характеру у КПВ у новонароджених основної групи складає $2,12 \pm 0,08$ ммоль/г білка проти групи практично здорових дітей ($1,15 \pm 0,08$ ммоль/г білка, $p < 0,001$), що свідчить про істотні порушення білкових молекул на рівні альвеолокапілярного простору в новонароджених із тяжкою ДН при критичних станах.

З метою визначення основних чинників активації ОМБ в легенях у даній когорти новонароджених нами проведено багатофакторний аналіз показників методом головних компонентів. Розрахунок проводився на показник рівня БК нейтрального характеру.

За даними проведеного аналізу визначено, що основними чинниками активації ОМБ у новонароджених основної групи є надмірна дотація кисню при проведенні інтенсивної терапії, тяжке порушення адаптації дитини після народження, надмірна активація нейтрофільних гранулоцитів периферичної крові та надмірний синтез метаболітів монооксиду нітрогену (NO) в альвеолокапілярному просторі.

Виходячи з отриманих даних, факторні навантаження досліджених показників при розвитку ОМБ можна навести у вигляді формули: $ОМБ = F_1(0,16)[0,74x_1] + F_2(0,91)[0,9x_2] + F_3(0,06)[0,96x_3] + F_4(-0,15)[0,86x_4]$. Показник метаболітів NO має від'ємне факторне навантаження, що свідчить про втягнення NO до процесу ОМБ у вигляді пероксинітриду.

Таким чином, при надмірній дотації кисню при проведенні інтенсивної терапії підвищується здатність білків піддаватись окиснювальній деструкції в тканині легень. Основними чинниками активації ОМБ на рівні альвеолокапілярного простору можна виділити тяжке порушення адаптації дитини після народження, що, в свою чергу, призводить до активації нейтрофілів з подальшим надмірним синтезом метаболітів NO.

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ БІЛІАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

В.М. БУРЯК, Н.І. ШАБАН, Р.Ф. МАХМУТОВ

Донецький Національний медичний університет ім. М. Горького

Однією з найбільш значущих проблем сучасної педіатрії є неухильне зростання захворюваності на цукровий діабет 1 типу (ЦД). Одним

із віддалених ускладнень цього патологічного процесу є діабетична нейропатія, за якої можуть розвиватися порушення з боку центральної, периферичної та автономної нервової системи. Згідно з сучасними поглядами, у дітей з ЦД в 70% випадків зустрічаються ускладнення з боку травної системи. Часто серед них відмічається біліарна дисфункція. При вивченні клініко-параклінічних особливостей останньої у 83-х дітей віком від 11 до 14 років з ЦД встановлено стійкість її симптомів після досягнення клініко-лабораторної компенсації основного захворювання. При ЦД найбільш типомовою (46,9% випадків) і найменш сприятливою в прогностичному плані є гіпертонічна гіпокінетична форма дискінезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ). За наявності всіх типів ДЖВШ у дітей з ЦД виявлялось пригнічення функціональної активності печінки, яке мало субклінічний характер та проявлялось зниженням швидкісних показників кровоплину у печінковій артерії при підвищенні їх у порталній вені, а також збільшенням значень АЛТ, АСТ, γ -ГТП та тимолової проби. Крім того, у пацієнтів з ДЖВШ при ЦД виявлено вегетативний дисбаланс з перевалюванням симпатикотонії (44,8% спостережень). У 30% випадків ДЖВШ у дітей з ЦД поєднувалася з ейтонією та у 25,2% – з ваготонією, що є послідовними стадіями зриву адаптації в умовах прогресування патологічного процесу.

При вивченні функціонального стану стовбурових структур мозку за допомогою методу коротколатентних слухових викликаних потенціалів виявлялись значні порушення надстовбурової регуляції діяльності біліарного тракту, що проявлялись пригніченням збудливості та уповільненням провідності у стовбурових структурах мозку. Усі вказані показники використано при розробці математичної моделі прогнозування ДЖВШ у дітей з ЦД. Чутливість моделі склала 100%, що свідчило про її адекватність.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

Г.М. БИЧКОВА, Г.В. СКИБАН, А.М. ТИМШИНА

ДУ «Науковий центр радіаційної медицини НАМН України»,
м. Київ

Психологічні особливості медико-генетичного консультування (МГК) визначаються самим процесом комунікативного процесу між консультантом і пацієнтом, мета якого передати складну генетичну інформацію для прийняття пацієнтом та його родиною адекватного рішення. Дуже часто відмічається недостатнє розуміння пацієнтами отриманої інформації під час МГК, лікарі не завжди враховують індивіду-

альні психологічні особливості членів родини, їх походження, рівень освіти, яким треба приділяти увагу під час консультації і відповідно обирати спосіб викладення інформації. Не викликає сумнівів важливість взаємодії та розуміння між лікарем і пацієнтом.

Метою роботи було дослідити вплив психологічних факторів на ефективність медико-генетичного консультування. Ефективність МГК визначалась за наступними критеріями: інформаційна готовність пацієнтів щодо прийняття рішення, рівень розуміння отриманої інформації, рівень задоволення консультацією (самовідчуття пацієнта під час бесіди з лікарем). У ході роботи було проведено психологічне дослідження 100 хворих на генетичні захворювання і членів їх родин та 10 лікарів-генетиків. Результати тестування пацієнтів показали суттєвий вплив високого та низького рівня їх тривожності на ефективність МГК. Для пацієнтів з нормальним рівнем тривожності МГК виявилось достатньо ефективним. Високий рівень тривожності заважає адекватному сприйняттю інформації, пацієнт потребує багато інформації та високий рівень емоційного залучення лікаря. Таким пацієнтам важко сфокусувати увагу на процесі консультування. При низькому рівні тривожності пацієнту не вистачає активності, мотивації, зацікавленості у контакті та сприйнятті необхідної інформації. Завдяки цим даним було зроблено висновок, що, окрім медико-генетичної консультації, хворий з генетичною патологією чи члени його родини потребують психологічної та психотерапевтичної допомоги. Робота з психологом допомагає знизити рівень стресу та частоту неадекватних реакцій пацієнтів, а також поліпшити взаєморозуміння між лікарем та пацієнтом.

Результати тестування психологічних рис лікарів-генетиків показали, що деякі провідні тенденції (підвищена агресивність, ригідність, емоційна лабільність та ін.) здійснюють негативний вплив на процес МГК, тим самим знижуючи його ефективність. Ці дані зумовили необхідність проведення психокорекційної роботи у формі тренінгів та індивідуальних консультацій для лікарів-генетиків з метою зменшення небажаного впливу індивідуальних особливостей лікаря на процес консультування. Під час тренінгів лікарі також отримали навички роботи з різними психологічними станами пацієнтів в процесі МГК та інструмент визначення психологічної типології пацієнтів. У зв'язку з тим, що робота лікаря-генетика дуже часто призводить до формування синдрому професійного вигорання, під час тренінгів лікарі-генетики отримали результати діагностики синдрому професійного вигорання, які дозволили їм проаналізувати свої особистісні фактори, що впливають на розвиток цього синдрому. Засвоєння алгоритму роботи зі стресовими ситуаціями та отримані навички протидії

стресовим ситуаціям дозволили лікарям знизити негативний вплив стресу на їх професійне та особисте життя.

На нашу думку, лікарям-генетикам слід проходити спеціальну психологічну підготовку, яка не тільки допоможе у спілкуванні з хворими, а й сприятиме профілактиці синдрому професійного вигорання лікарів.

РІВЕНЬ ДИФТЕРІЙНОГО ТОКСИНУ В КРОВІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДИФТЕРІЮ

О.Р. БУЦ, С.О. КРАМАРЬОВ, В.В. ЄВТУШЕНКО,
Д.В. КОЛИБО*, С.І. РОМАНЮК*

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.

*Інститут біоорганічної хімії та нафтохімії НАН України, м. Київ

Мета дослідження: оцінити інформативність визначення концентрації дифтерійного токсину для прогнозування тяжкості перебігу та розвитку ускладнень при дифтерії у дітей.

Обстежено 246 дітей віком від 4 місяців до 14 років, які знаходилися в клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. Серед них 150 дітей – хворих на дифтерію, 58 дітей – носіїв токсигенного штаму коринебактерії дифтерії, 18 дітей із гострим тонзилофарингітом, 20 – практично здорових дітей. Серед хворих на дифтерію легку форму діагностовано у 112 (74,7%) пацієнтів, середньої тяжкості – у 27 (18,0%), тяжку – у 11 (7,3%). Діагноз токсичного міокардиту було встановлено у 102 (68,0%) хворих. Із них у 76 (74,5%) пацієнтів діагностовано легку форму, у 22 (21,6%) – середньотяжку, у 4 (3,9%) – тяжку форму міокардиту. Дифтерійний токсин у сироватках крові виявляли за допомогою твердофазного імуноферментного методу ELISA варіанту «сендвіч».

При першому дослідженні дифтерійний токсин було виявлено у сироватці крові 43 (38,4%) дітей, яким було встановлено діагноз дифтерії легкого ступеня тяжкості, у 17 (62,9%) хворих з дифтерією середнього ступеня тяжкості та у 7 (63,6%) пацієнтів із дифтерією тяжкого ступеня. При другому дослідженні дифтерійний токсин виявлено лише у 7 (6,3%) дітей із легкою, у 4 (14,8%) із середньотяжкою та у 2 (18,2%) дітей із тяжкою формою дифтерії. При третьому дослідженні дифтерійний токсин залишався в крові у 4 (3,6%) дітей із легкою, у 3 (11,1%) із середньотяжкою та у 2 (18,2%) із тяжкою формою дифтерії.

Аналіз отриманих результатів показав, що як при першому, так і при другому та третьому дослідженнях, частота виявлення дифтерійного токсину в сироватці крові хворих на середньотяжку й тяжку форми дифтерії достовірно більша, ніж у хворих на легку форму дифтерії

($p < 0,05$ за методом χ -квадрату Пірсона). Різниця між частотою виявлення токсину у дітей із середньотяжкою та тяжкою формою дифтерії статистично недостовірна ($p > 0,1$). Встановлено, що середній рівень токсину в крові має пряму залежність від тяжкості перебігу дифтерії. Залежність рівня токсину від тяжкості перебігу достовірна при першому дослідженні ($p = 0,016$ за аналізом Краскела-Уоліса); у другому, третьому – недостовірна ($p = 0,22, 0,38$ відповідно). В наступних дослідженнях різниця недостовірна ($p > 0,05$). Дифтерійний токсин було виявлено у 67 (65,7%) дітей, у яких було діагностовано міокардит. Із них у 45 (59,2%) хворих з легкою, у 19 (86,4%) – із середньотяжкою та у 3 (75,0%) – із тяжкою формою міокардиту. У жодної дитини з перебігом дифтерії без ускладнень з боку серцево-судинної системи токсину в крові знайдено не було. У хворих на дифтерію, ускладнену міокардитом середньотяжкого і тяжкого ступенів тяжкості рівень токсину в сироватці крові перевищував такий при міокардитах легкого ступеня тяжкості приблизно удвічі.

Визначення дифтерійного токсину в сироватці крові може бути використане як додатковий експрес-метод діагностики дифтерії, проведення диференціальної діагностики з бактеріоносійством токсигенного штаму коринебактерії дифтерії, ангінами. Визначення рівня дифтерійного токсину дозволяє прогнозувати розвиток міокардиту та його ступеня тяжкості.

ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

М.М. ВАСЮКОВА, Т.В. ПОЧИНОК, Л.М. КАЗАКОВА,
Н.І. ГОРОБЕЦЬ, В.В. МЕЛЬНИЧУК, І.Б. ЗНОВА, Н.В. ДАНИЛЮК

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

За останні роки значну зацікавленість лікарів різного профілю привертає захворювання, що розвинулись на тлі донозологічного фонового стану, яким є недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ). Проведені наукові дослідження, які включали клініко-інструментальні та лабораторні обстеження дітей різного віку м. Києва, дозволили уточнити структуру НДСТ: частіше зустрічався MASS-подібний (38%), ніж елерсоподібний та марфаноподібний фенотипи (відповідно 25 і 23%). При цьому у 40% дітей було зареєстровано тяжкі форми дисплазії. Чим більш вираженими були зовнішні прояви НДСТ, тим більшою була вірогідність наявності малих аномалій внутрішніх органів (частіше деформація жовчного міхура, малі аномалії серця, нирок). Наявність 10 та більше стигм дизембриогенезу з

високою достовірністю дозволило прогнозувати ці аномалії у дітей та призначати відповідне додаткове обстеження. У всіх дітей з тяжкими проявами НДСТ спостерігались аномалії жовчного міхура з дискінезією жовчних шляхів. У 100% дітей з MASS-фенотипом діагностувався множинний декомпенсований ускладнений карієс зубів на тлі дисбіозу шлунково-кишкового тракту та наявності рефлюкс-езофагіту (86% дітей). У всіх дітей зареєстровано ізольовані або поєднані інші вегето-вісцеральні розлади (в першу чергу, вегето-судинна дисфункція). Більшість дітей з НДСТ мали хронічні вогнища інфекції ЛОР-органів, що супроводжувались дисбіозом верхніх дихальних шляхів: у 86% дітей з НДСТ у високих титрах висівався *St. aureus* порівняно з дітьми, які не мали проявів НДСТ. Виявлені значні зміни у стані здоров'я дітей з НДСТ наростали з віком, що вірогідно пов'язано з підвищеним розпадом колагену (за даними рівнів оксипроліну та глікозаміногліканів в сечі), порушенням імунітету (зниження показників місцевого імунітету за даними імуноглобулінів (Ig) – IgA та sIgA в слині, фагоцитозу (активності фагоцитозу, кисеньзалежного метаболізму нейтрофілів) та активацією перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), ніж у дітей, котрі не мають проявів НДСТ. В зв'язку з тим, що дисплазія сполучної тканини може призводити до патології практично всіх систем та органів організму, діти з ознаками НДСТ потребують диспансерного спостереження з профілактичними оглядами фахівців різного профілю. Діагноз НДСТ формулювався за схемою, яка дозволяє в подальшому враховувати необхідне диспансерне спостереження фахівцями різного профілю дітей з поєднаною патологією різних систем та органів: основне захворювання, з приводу якого дитина була оглянута фахівцями, або була госпіталізована до стаціонару; фоновий стан: СНДСТ відповідного типу; прояви синдромної патології. Характер необхідних клініко-інструментальних обстежень під час клінічного спостереження залежав від тяжкості дисплазії і провідної системної патології. Робота, що була проведена, підтверджує доцільність внесення відповідного фонового стану – НДСТ та проявів синдромної патології та супутніх захворювань в лист уточнених діагнозів поліклінічної картки розвитку дитини. Враховуючи запропоновані раніше прогностичні критерії діагностики розвитку НДСТ практично з внутрішньоутробного терміну розвитку дитини можна проводити ранню діагностику й розпочинати своєчасне комплексне лікування та реабілітацію дітей з НДСТ, що здатне дати позитивні результати в оздоровленні дитячого населення України.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ МАРКЕРІВ АПОПТОЗУ ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ КЛІТИН ПРИ ХРОНІЧНІЙ ФОРМІ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

О.В. ВИГОВСЬКА, С.О. КРАМАРЬОВ, Н.М. ТАРАДІЙ*

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
*Міжнародний центр астрономічних та медико-екологічних досліджень НАНУ, м. Київ

Мета та завдання дослідження: вивчення експресії в імунокомпетентних клітинах (ІКК) маркерів апоптозу у дітей, хворих на хронічну форму Епштейна-Барр вірусної інфекції (ЕБВ).

Під спостереженням перебувало 25 дітей, хворих на хронічну форму ЕБВ інфекції, які зверталися до клініки кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ ім. О.О. Богомольця і знаходились під спостереженням з 2007 року по 2010 роки. Всі діти були віком від 1 до 18 років. Групу порівняння складала 25 практично здорових дітей-спортсменів віком від 7 до 14 років, які були обстежені відповідно до міжнародних етичних протоколів.

Маркери апоптозу Вах, Bcl-2, iNOs, Fas/Apo, інтрацелюлярний INF γ , TNF α , аннексин V виявляли за допомогою моноклональних антитіл (PharMingen, США), кон'югованих з флюоресцентними мітками різного спектру світіння (FITC/519 – зелений, PE/578 – жовтий, Cy5/667 – червоний, PerCP/678 – темно-червоний). Маркери апоптозу досліджували в поєднанні з маркерами диференціювання CD4, CD8, CD25, CD20. Статистичну обробку результатів проводили методами описової статистики і кореляційного аналізу.

Лімфоцити виділяли з стабілізованої ЕДТА (50 ммоль/10 мл) венозної крові, розведеної 1:2 середовищем RPMI 1640 (Sigma, США), з додаванням 10% інактивованої фетальної телячої сироватки (GidcoBRL, Англія) в градієнті щільності фікол-верографіну («Pharmacia», щільність 1,077), що тричі відмивали розчином PBS (pH 7,2; «Flow Labs», Великобританія). Життєздатність клітин становила 95–98%. Фіксацію препаратів проводили на предметних скельцях в маркованих лунках (1 \times 10⁶ клітин в 1 мл) протягом 3 хвилин в парах 10% нейтрального формаліну. Перед забарвленням мазки двічі промивали у PBS (pH 7, 2). На фіксовані клітини наносили по 20 мкл моноклональних антитіл, мічених FITC або Cy5, до CD4 або CD8, CD25, CD20 (НВЦ «МедБіоСпектр», Москва, ОНЦ РАМН) в оптимальній концентрації (\leq 0,5 мкг), інкубували 15–30 хв при 40° С в темряві, двічі промивали PBS. Після забарвлення поверхневих антигенів препарати пермеабілізували в 20 мкл розчину Cytotfix/Cytoperm (BDTMPhosFlow) протягом 10–20 хв при 40° С, двічі промивали у розчині Perm/Wash (BDTMPhosFlow). Потім забарвлювала клітини AT до рецепторів INF γ і TNF α , кон'югованими з FITC, згідно з інди-

відуальним для кожного маркера протоколом (BD Transduction Laboratories, Pharmingen™, США). Вах досліджували непрямим імунофлюоресцентним методом із застосуванням очищених мишачих моноклональних антитіл проти людського Вах (Pharmingen™, США) у кінцевій концентрації 5 мкг/мл на 10^6 ІКК. Зв'язавшись первинні антитіла візуалізували за допомогою вторинних АТ, мічених PerCP (exc488/532, em-max 678). Вторинні АТ – кролячі антимишачі IgG1, кон'юговані з PerCP (Pharmingen™, США) – світяться в червоній частині спектру. Vcl-2 виявляли після фіксації розчином 1% сапоніну в PBS і пермеабілізації в 20 мкл Cytotfix/Cytoperm (BD™PhosFlow) 10 хв при 4°C, двічі промивали PBS і забарвлювали моноклональними антитілами, міченими PE (Pharmingen, США) 30 хвилин при 40°C в темряві. Світіння враховували в жовтому спектрі (Lazer 514 nm, фільтр BP 560–615). iNOs визначали за допомогою моноклональних антитіл, кон'югованих з FITC, відповідно до протоколу BD Transduction Laboratories (Pharmingen™, США). Забарвлювали препарати за допомогою набору Pharmingen™ (США) для виявлення анексину V/пропідія йодиду відповідно до протоколу фірми Pharmingen. Ядра лімфоцитів забарвлювали Hoechst (Sigma) в синій колір. Результати враховували на двох конфокальних лазерних скануючих мікроскопах: Axioskop-2 LSM 5 PASCAL і AxioCam HRO LSM PASCAL 510 META (Carl ZEISS) з гелій-неоновим і аргонним лазерами (Lazer 488 nm, фільтр BP 505–530; Lazer 514 nm, фільтр BP 560–615, Lazer 543 nm, фільтр LP650). Об'єктив-100/1,4 160/017, окуляр 10 (23), масляна імерсія. Отримані зображення сканували та обробляли за допомогою комп'ютерної програми LSV510.

У дітей з хронічною формою Епштейна-Барр вірусної інфекції мали місце такі зміни з боку експресії маркерів апоптозу ІКК: рівень експресії Fas/Apo-1 перевищував контрольні значення на 55%; Vcl-2 – у 2,1 разу; Вах – на 49%; INF γ – в 2,2 разу; TNF α – у 2,2 разу; анексин V – в 3,4 разу порівняно із показниками у дітей із групи порівняння ($p < 0,05$).

Отже, при хронічній формі Епштейна-Барр вірусної інфекції у дітей мають місце порушення з боку експресії в імунокомпетентних клітинах маркерів апоптозу.

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИХ БУДИНКІВ З ПРОЯВАМИ АСТЕНІЧНОГО СИНДРОМУ

І.Л. ВИСОЧИНА

Дніпропетровська державна медична академія

Уявлення про те, що колір має певний сенс для людини, дозволяє розглядати колір як носій

коду відношення суб'єкта до об'єкта. Кольоровий тест відношень – невербальний діагностичний метод, що базується на восьмикольоровому тесті Люшера і перевагами якого є від'ємність культурно-етнічної основи, і тому, його проведення не провокує розвиток будь-яких реакцій захисного характеру. Методичним підґрунтям даного тесту є кольорово-асоціативний експеримент А.М. Еткінда, який довів, що істотні характеристики невербальних компонентів відношень до значних інших та до себе пов'язані з емоційним життям особистості та віддзеркалюються в кольорових асоціаціях до них.

Тест кольорових відношень (ТКВ) проводився з метою виявлення особливостей емоційного та фізичного стану школярів з проявами соматогенної астенії, за рахунок високої кратності ГРЗ. Тестування проводили тричі впродовж 6 місяців динамічного спостереження. Під спостереженням знаходилось 60 ЧХД віком від 7 до 17 років з дитячих будинків. Для проведення ТКВ було розроблено опитник, який вміщував 12 понять-відношень, створений з врахуванням результатів проведеного психологічного обстеження з використанням тестів Айзенка, Шмішека, САН, Спілберга-Ханіна та результатів оцінки вегетативних індексів Кердо та Хільдебранта.

Беручи до уваги, що в структурі скарг у дітей превалювали скарги на загальну слабкість, стомлюваність, головний біль, зниження працездатності, ми проаналізували кольорові відношення до таких діаметрально протилежних понять, як власне здоров'я – хвороба, витривалість – стомлюваність, школа (навчання, розумове навантаження) – фізична праця (в тому разі уроки фізкультури). У школярів з проявами астенії кольорове відношення до поняття здоров'я визначалось вибором основних кольорів – на першому місці червоний колір (40%), на другому – жовтий (30%), на третьому – зелений (10%), в той час як хвороба асоціювалась лише з ахроматичними відтінками кольору (коричневий та сірий – у 70%).

В динаміці спостереження кольоровий ряд асоціацій практично не змінювався, що дозволяє констатувати стійкість основних психоемоційних структур у обстежених дітей. Відношення до поняття власної витривалості у більшості досліджуваних асоціювалась з жовтим (33%) та червоним (20%) кольорами, а відчуття до стану стомлюваності – сірим, коричневим та чорним відтінками.

В динаміці спостережень впродовж 6 місяців емоційне відношення до поняття стомлюваності зберігалась у спектрі ахроматичних кольорів, характеризувалось збільшенням виборів сірого, що пов'язано зі збереженням астеничного синдрому та корелювало з емоційними характеристиками кольорових виборів по відношенню до школи та навчання – у 50% спостережень реєструвався вибір коричневого та чорного ко-

льорів, і частіше такий вибір був притаманний хлопчикам випускних класів. У дівчаток емоційно привабливим вибором асоціативного відношення до школи був вибір червоного (40%), жовтого та фіолетового (по 20%).

При виборі кольорових відношень до фізичної праці переважав вибір яскравих кольорів у всіх обстежених дітей. Вибір кольорів при проведенні ТКВ корелював з наявністю та вираженістю проявів астеничного синдрому, а саме: у всіх дітей зі скаргами на поганий сон превалював вибір чорного кольору, який у переважній більшості випадків зберігався впродовж всього періоду динамічного спостереження.

Таким чином, психоемоційний стан школярів з проявами астенії має особливості, а ТКВ дозволяє виявити проблеми емоційних відношень до значущих понять та розробити психологічні корекційні програми й своєчасно провести медикаментозну терапію.

ПОРІВНЯННЯ ДВОХ РІЗНИХ СХЕМ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕННО-ІНЖЕНЕРНОГО ЛЮДСЬКОГО ГОРМОНУ РОСТУ У ДІТЕЙ З СОМАТОТРОПНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

О.А. ВИШНЕВСЬКА, О.В. БОЛЬШОВА

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин
ім. акад. В.П. Комісаренка НАМН України», м. Київ

Затримка росту, зумовлена дефіцитом СТГ (соматотропного гормону, гормону росту) – одна з актуальних проблем дитячої ендокринології. Дефіцит СТГ зустрічається з частотою 1: 10 000–1: 15 000 дитячого населення. Впровадження генно-інженерних методів синтезу людського СТГ та його застосування для лікування дітей з соматотропною недостатністю дозволило досягти нормального кінцевого росту таких дітей та забезпечити їм повноцінне життя.

Метою нашого дослідження було проаналізувати та порівняти дві різні схеми застосування людського гормону росту у дітей з соматотропною недостатністю. Діагноз соматотропної недостатності було підтверджено за допомогою двох різних стимуляційних проб (з інсуліном та клонідином). Обстеження дітей та спостереження за динамікою їх лікування проводилось на базі відділення дитячої ендокринної патології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. акад. В.П. Комісаренка НАМН України», м. Київ.

Нами обстежено 57 дітей (31 хлопчика та 26 дівчаток), які страждають на соматотропну недостатність віком від 3,2 до 11,5 року. Діти першої групи (15 хлопчиків та 6 дівчаток) отримували гормон росту за стандартною схемою лікування із розрахунку дози – 0,033 мг/кг/добу щодня, підшкірно о 20.00–22.00 протягом 1 року; другої (16 хлопчиків та 20 дівча-

ток) – гормон росту-депо із розрахунку 0,23 мг/кг 1 раз на тиждень, підшкірно о 20.00–22.00 протягом 1 року. Вік дітей обох груп на початку лікування був допубертатним та становив від 6,1 до 11,5 року (в середньому $8,6 \pm 0,26$) в першій групі і від 3,2 до 11,2 року (в середньому $7,71 \pm 0,22$) в другій групі. Діти першої групи, які отримували гормон росту за стандартною схемою лікування, дали за рік прибавку в зрості від 9,3 до 19,3 см (в середньому $12,55 \pm 2,47$), діти другої групи, які отримували гормон росту-депо 1 раз на тиждень, дали прибавку в зрості від 7,1 до 16,4 см за 1 рік (в середньому $11,25 \pm 1,25$). Динаміка кісткового віку протягом лікування суттєво не відрізнялась в обох групах: від $4,9 \pm 0,2$ до $6,2 \pm 0,31$ – в першій групі та від $4,03 \pm 0,2$ до $5,3 \pm 0,24$ – в другій групі.

Таким чином, нами було відмічено позитивну динаміку росту в обох групах пацієнтів за відсутності суттєвого зростання кісткового віку.

ОЦІНКА ІМУНОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ НІЙМЕГЕНА

Р.З. ВІТИК

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

Синдром Ніймегена (Nijmegen breakage syndrome, NBS) – рідкісне автономно-рецесивне захворювання з групи синдромів хромосомної нестабільності, що клінічно характеризується мікроцефалією, “птахоподібним” обличчям, відставанням у фізичному розвитку, імунодефіцитом, високою чутливістю до радіаційного випромінювання та предрисунком до лімфатичних пухлин.

NBS є рідкісним захворюванням, поширеним серед слов'янських популяцій з частотою 1:133 тис., тоді як, наприклад, у Німеччині – 1:3 млн. [Francesca Carlomagno, 1999].

Мета роботи: проаналізувати клінічні та лабораторні показники імунологічного статусу хворих з NBS.

Під спостереженням в ЛОДСКЛ знаходились 25 хворих з генетично доведеним NBS. Імунологічні обстеження проводили методом проточної цитометрії (лімфограма) та імуноферментного аналізу або нефелометрії (імуноглобуліни). Проаналізовано 94 історії хвороб та проведено особисте спостереження 5 хворих. Статистичну обробку проводили із використанням програм: Microsoft Office Excel 2007, StatPlus 5.3.0.

Встановлено, що 91,3% хворих мали затримку фізичного розвитку (зріст -3σ і \downarrow) і 100% – мікроцефалію (обвід голови – $6,4\sigma$ і \downarrow). У 43,5% виявлено малі скелетні аномалії (кліно- і/або часткову синдактилію), у 30,4% – аномалії ни-

рок. У всіх хворих наявні глибокі зміни показників гуморального та клітинного імунітету, з негативною їх динамікою з віком. У 6 хворих розвинулися онкологічні ускладнення, і лише у 2 із них вдалося досягти тривалої ремісії.

Отримані результати свідчать про:

- тяжкий перебіг імунodefіциту при NBS;
- необхідність раннього виявлення та профілактики цього захворювання.

ЕЛЕКТРОНЕЙРОМІОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 1

А.О. ВЛАДІМІРОВА, В.Г. МАЙДАННИК

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

В останні десятиріччя в багатьох країнах світу захворюваність на цукровий діабет (ЦД) та прояви його ускладнень різко зросли. Порушення обміну речовин при ЦД призводять до змін функціональної активності всіх органів і систем. ЦД залежно від причин виникнення, тривалості та ряду інших чинників, як правило, супроводжується ускладненнями. Пізня діагностика, неадекватна тактика лікування спричинюють розвиток стійких рухових, чутливих та вегетотрофічних порушень.

З метою вивчення стану нейром'язового апарата нами проведено електронейромиографічне дослідження у 25 дітей, хворих на ЦД типу 1, з терміном захворювання від уперше виявленого до 13 років, які перебували на лікуванні у міському дитячому ендокринологічному відділенні Дитячої клінічної лікарні № 6 м. Києва. У дослідження увійшли діти віком 7–18 років, серед яких 13 (52%) дівчаток та 12 (48%) хлопчиків.

Використовували електронейромиографічний апарат Toennies Multiliner (Німеччина). Вивчали функціональний стан мало- та великогомілкового нервів нижніх кінцівок. До контрольної групи увійшли 10 практично здорових дітей такого ж віку.

У 22 (88%) хворих виявлено електронейромиографічні ознаки діабетичної дистальної полінейропатії (ДП), серед них 12 (54,6%) дівчаток та 10 (45,4%) хлопчиків. У дітей з ДП була достовірно знижена ($p > 95\%$) швидкість проведення імпульсу (ШПІ) нервами нижніх кінцівок.

У 3 (12%) дітей з терміном захворювання на ЦД понад 3 роки електронейромиографічних ознак ДП не виявлено.

Дане дослідження підтвердило доцільність використання методу електронейромиографії в комплексі обов'язкового обстеження для хворих на ЦД типу 1. Цей метод надає можливість виявити ДП в дебюті захворювання, інколи до появи клінічних проявів.

ІМУНОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ ЗА ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ У РАНЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

О.В. ВЛАСОВА, О.К. КОЛОСКОВА, Л.В. КОЛЮБАКІНА,
М.М. СТРИНАДКО, М.Д. УНГУРЯН*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.
*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Інфекційно-запальні захворювання у ранньому неонатальному періоді переважно визначають захворюваність і смертність новонароджених, що пояснюється слабкою вираженістю та неспецифічністю ранніх клінічних проявів неінфекційної патології як у недоношених, так і доношених дітей.

Виходячи з цього, метою дослідження було проведення комплексної оцінки імунологічних показників у новонароджених із підозрою на інфекційно-запальний процес у ранньому неонатальному періоді.

Для досягнення мети у групі зі 100 новонароджених наприкінці першої – початку другої доби життя проведено комплексне імунологічне обстеження. Відмічено, що зниження абсолютної кількості CD3-лімфоцитів у периферичній крові менше 1,0 Г/л спостерігалось в кожній десятій дитини, а підвищення вмісту цих клітин $> 2,0$ Г/л – у 30,0% випадків. Абсолютний вміст CD4-лімфоцитів, функція яких асоціює з хелперною, менше 0,5 Г/л, відмічено тільки у 4,8% випадків, а перевищення більше 2,0 Г/л – у кожній десятій дитини (9,6% спостережень). Абсолютний вміст CD8-тимоцитів, функція яких асоціює з супресорно/цитотоксичною, що не досягав 0,5 Г/л, спостерігався у 23,8% дітей, а понад 0,8 Г/л – у 19,0% пацієнтів. Імунорегуляторний індекс субпопуляцій Т-лімфоцитів у вигляді співвідношення CD4 до CD8 $< 1,5$ ум. од. реєструвався у 50,0%, а більше 2,0 ум. од. – у кожного п'ятого новонародженого.

Отримані дані дають підстави припустити, що кількісні показники клітинного імунітету напевно чи можна використовувати для виявлення інфекційно-запального процесу в новонароджених у перші дві доби життя. В обстежених дітей середній вміст IgM у сироватці крові становив $0,57 \pm 0,03$ г/л. Вміст IgG у новонароджених у середньому становив $8,5 \pm 0,6$ г/л. Відмічено, що відносний вміст формазанпозитивних клітин у спонтанному НСТ-тесті становив $26,1 \pm 2,0\%$, а в стимульованому варіанті – $32,7 \pm 2,1\%$. Індекс стимуляції даних лейкоцитів крові $< 1,0$ ум. од., що асоціювало з пригніченням оксидазної мікробіцидності, реєструвався у $32,7 \pm 4,7\%$ випадків, а $> 1,5$ ум. од. – у $25,5 \pm 4,4\%$ спостережень. Середній вміст ІЛ-6 в сироватці крові обстежених дітей становив $44,6 \pm 7,7$ пг/мл, а середній вміст ІЛ-8 – $87,5 \pm 15,3$ пг/мл. Серед обстежених дітей переважали низькі концентрації ІЛ-6 та ІЛ-8, що дало підстави припустити,

що вказані показники навряд чи володітимуть достатньою самостійною діагностичною цінністю у виявленні ранньої неонатальної інфекції. Середній вміст С-реактивного білка в сироватці крові обстежених дітей становив у середньому $46,5 \pm 2,9$ мг/л. Хоча у більшості дітей вміст СРБ перевищував концентрацію 10,0 мг/л, яка традиційно вважається дискримінантною щодо верифікації інфекційного процесу в новонароджених, нормальний розподіл концентрації у популяції обстежених дітей дав підстави вважати, що цей діагностичний тест володітиме високою специфічністю при орієнтації на його доволі високу концентрацію.

Таким чином, отримані дані дають підстави вважати, що наведені вище лабораторні показники не можуть бути самостійно використані для виявлення ранньої неонатальної інфекції, оскільки в більшості випадків знаходяться в межах діагностичної невизначеності.

АНАЛІЗ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ПРИРОДЖЕНИМИ ПОРОКАМИ СЕРЦЯ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, С.П. КРИВОПУСТОВ, І.О. ЛОГІНОВА,
Н.С. ПЕЧУРА, Т.І. ШЕВЦОВА, Ю.В. ТКАЧЕНКО, О.Р. БУРЛОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
Київський міський пологовий будинок № 6

За даними МОЗ України (2009), поширеність природжених аномалій системи кровообігу складає 6,3 на 1000 дітей, а захворюваність – 1,09 на 1000 дітей. Поліпшення допомоги дітям з ППС розцінюється як реальний резерв зниження дитячої смертності в нашій державі. Заслугує на особливу увагу ця актуальна медико-соціальна проблема охорони здоров'я саме в неонатальному періоді.

Метою даної роботи було проведення аналізу історій розвитку новонароджених з ППС, які народились у Київському міському пологовому будинку № 6 протягом 2001–2009 рр., та аналіз тактики їх ведення.

Всього за цей період діагноз ППС, який ґрунтувався на даних клінічного, пре- та постнатального ехокардіографічного, рентгенологічного обстеження, було встановлено протягом 1–3 доби життя 327 новонародженим, що складало 8,2 випадку на 1000 народжених живими. У 62% дітей ваду розвитку було виявлено внутрішньоутробно. Питома вага ППС, поєднаних з іншими вадами розвитку, складала 31%.

Основними клінічними діагностичними ознаками ППС у дітей були: кардіальний шум (64%), блідість (54%), тахікардія (52%), задишка (36%), ціаноз (32%), набряки (14%), дизритмія (14%), гепатомегалія (12%).

В структурі ППС переважали пороки зі збільшеним легеневим кровообігом (59%) – в першу

чергу, дефект міжшлуночкової перегородки (2/3 випадків), пороки з обструкцією виходу зі шлуночків (31%), серед них найчастіше – стеноз легеневого стовбура (2/3 випадків) та в 10% випадків відмічались «сині» пороки (тетрада Фалло, транспозиція магістральних судин, ін). Летальність дітей з ППС склала 6,2%, до них відносилися, насамперед, складні пороки.

Тактика ведення новонароджених залежала від стану гемодинаміки та наявності показань до хірургічної корекції, що визначав кардіохірург після комплексного обстеження дитини. Відповідно до цих критеріїв всіх новонароджених з ППС можна розподілити на 3 групи: 1) діти без ознак порушення гемодинаміки (84%), які після обстеження та консультації кардіохірурга були виписані під спостереження педіатра, дитячого кардіоревматолога, дитячого кардіохірурга, 2) діти з ознаками порушення гемодинаміки (9,8%), які потребували негайної хірургічної корекції, вони були переведені до спеціалізованих кардіохірургічних центрів на 1–2 добу життя, 3) діти з ознаками серцевої недостатності (6,2%), які на даному етапі, за даними кардіохірургічного висновку, не підлягали хірургічній корекції, це – переважно діти з комбінованими та поєднаними ППС, включаючи синдром Дауна, Едвардса, Патау, вони перебували у відділенні реанімації новонароджених та отримували відповідне лікування, включаючи респіраторну підтримку та кардіоваскулярні засоби.

Такий диференційований підхід із застосуванням комплексного обстеження та спеціалізованого кардіохірургічного консультування оптимізує роботу неонатальної служби, що підтверджено у Київському міському пологовому будинку № 6 – клінічній базі кафедри педіатрії № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

СТРАТЕГІЯ ПРОБЛЕМНО-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ У БЕЗПЕРЕРВНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ТА ПЕДІАТРІВ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, С.П. КРИВОПУСТОВ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Одним з провідних принципів підготовки лікарів є безперервність медичної освіти. 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. Безперервний професійний розвиток лікарів – це період їх постійного навчання, підготовки, підвищення кваліфікації і самовдосконалення, що починається після отримання вищої медич-

ної освіти та підготовки в інтернатурі (резиден-турі) і триває впродовж всього професійного життя спеціаліста (lifelong learning – навчання через все життя).

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; розробка нових методів діагностики та лікування; розробка винаходів 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 тощо.

Сучасні інформаційні потоки, євроінтеграція вітчизняної вищої медичної школи та безперервна медична освіта вимагають постійного пошуку і впровадження нових ефективних моделей навчання лікарів. Одним з найбільш прогресивних методів навчання клінічній медицині є проблемно орієнтований підхід. Знання при цьому надаються на конкретному клінічному прикладі, а роль викладача підвищується до ролі експерта із зазначеної проблеми, керівника з користування інформаційними джерелами і консультанта. Впровадження проблемно-орієнтованого методу в практику безперервного професійного розвитку лікаря робить суттєвий крок вперед у сучасній медичній освіті.

Історично проблемне навчання відомо ще з праць про так зване цільове навчання (John Dewey), і з початку 1950-х років ця педагогічна стратегія стала використовуватися. Саме у медичній освіті ця модель однією з перших була впроваджена в McMaster University в Канаді в середині 1960-х років. Цей підхід почав використовуватися й в педіатрії (M. William Schwartz. *Pediatric Primary Care: A Problem-Oriented Approach*, 1997; Moffet's *Pediatric Infectious Diseases: A Problem-Oriented Approach*, 2004, ін.), його використовував і популяризував в Україні наш Вчитель – Віктор Михайлович Сидельников.

Ідеї проблемно-орієнтованого навчання характерні для сучасної клінічної школи терапії (Чучалін А.Г., Бобков Є.В., 2005; ін.) та педіатрії (Волосовець О.П., Кривоустов С.П., 2010; ін.). Глибоко переконані, що стратегія проблемно-орієнтованого підходу на сьогодні повинна більш широко використовуватися для безперервного професійного розвитку сімейних лікарів і педіатрів.

СТАН МЕТАБОЛІЗМУ МІОКАРДА У НОВОНАРОДЖЕНИХ З СИНДРОМОМ АСПІРАЦІЇ МЕКОНІУ

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

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Енергетичне забезпечення є одним із найважливіших факторів, що визначають діяльність серця. Клітини міокарда мають максимальну енергоємність, що забезпечує їх постійне й безупинне функціонування. Гіпоксія викликає генералізоване пошкодження багатьох органів та систем, що дозволяє розглядати її як єдиний енергетичний дистрес-синдром. Один з можливих механізмів загибелі міокардіальних клітин в зоні ішемії полягає у наступному: необхідність у високому рівні ефективного аеробного метаболізму для скорочення м'язів серця примушує пошкоджений міокард функціонувати понад свої енергетичні можливості, що сприяє швидкому виснаженню внутрішньоклітинних структур та наступній загибелі ішемізованих клітин.

Метою дослідження було вивчення особливостей метаболізму серцевого м'яза у немовлят з синдромом аспірації меконію на фоні проведення респіраторної терапії шляхом інвазивної ШВЛ легень в умовах відділення інтенсивної терапії для новонароджених.

Обстежені діти з синдромом аспірації меконію були доношені та розподілені на групи наступним чином: основна група – 18 немовлят з синдромом аспірації меконію, яким проводилась ШВЛ від народження; група порівняння – 14 новонароджених з асфіксією помірного й тяжкого ступенів, яким також проводилась ШВЛ від народження; контрольна група – 13 здорових новонароджених.

Підвищення значення КФК-МВ у новонароджених з САМ опосередковано вказує на ступінь пошкодження міокарда у немовлят основної групи ($407,15 \pm 182,93$ проти $389,73 \pm 150,30$ Од/л, $p > 0,05$). Якщо розглядати активність даних ферментів у динаміці, то мало місце деяке зниження як загальної креатинфосфокінази, так і її МВ фракції у новонароджених основної групи та групи порівняння на фоні терапії. Ми пояснюємо даний факт вимиванням ферментів в кров'яне русло та частковим відновленням кровопостачання серцевого м'яза.

Нами виявлено достовірну різницю показників ЛДГ 1 у немовлят з синдромом аспірації меконію порівняно з показниками групи порівняння ($312,82 \pm 23,16$ проти $299,91 \pm 14,76$ Од/л, $p < 0,01$) та контрольної групи ($312,82 \pm 23,16$ проти $182,11 \pm 9,03$ Од/л, $p < 0,01$), що мало тенденцію до зниження в динаміці. Виявлені підвищені значення ЛДГ 1 підкреслюють переважання анаеробного гліколізу в обмінних процесах, що притаманно метаболізму в умовах гіпоксії.

Таким чином, для метаболізму серцевого м'яза у новонароджених з синдромом аспірації

меконію в ранньому неонатальному періоді характерно збільшення активності кардіоспецифічних фракцій наступних ферментів: креатинфосфокінази (КФК – МВ) та лактатдегідрогенази (ЛДГ 1), що є свідченням поширеного цитолізу та виходу ферментів в кров'яне русло.

ЛЕВ ЙОСИПОВИЧ ФІНКЕЛЬШТЕЙН: СТОРІНКИ ІСТОРІЇ ПЕДІАТРІЇ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, С.П. КРИВОПУСТОВ, В.Г. МИГАЛЬ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Лев Йосипович Фінкельштейн (Лейба Ейзерович Фінкельштейн) народився в 1875 році в Полтавській губернії в сім'ї купця. Після закінчення гімназії в Лубнах вступив на Медичний факультет Київського Імператорського Університету Св. Володимира і, успішно закінчивши його в 1898 році, отримав звання “лекаря”. З 1899 по 1900 рр. працював лікарем-екстерном Петропавлівської лікарні, витримав іспити на “доктора медицини” при Імператорській Військово-Медичній Академії в м. Санкт-Петербург.

Дисертаційна робота Льва Йосиповича на здобуття ступеня “доктора медицини” мала назву “Пневмонія у грудних дітей (патологоанатомічне та бактеріологічне дослідження)” і була підготовлена в лабораторії дитячої клініки професора М.П. Гундобіна. Вона була успішно захищена в Імператорській Військово-Медичній Академії в 1901 році, цензорами докторської дисертації були професори К.М. Віноградов, М.П. Гундобін і приват-доцент А.І. Моїсєєв.

Після захисту дисертації Л.Й. Фінкельштейн переїжджає до м. Києва і працює в клініці дитячих хвороб доктора медицини, професора В.С. Чернова – першого завідувача (з 1889 р.) кафедри педіатрії медичного факультету Київського Імператорського Університету Св. Володимира.

З 1920 по 1925 рр. Лев Йосипович Фінкельштейн завідує кафедрою педіатрії Інституту народної освіти, з 1925 по 1930 рр. – керує спеціальним курсом з охорони материнства і дитинства при кафедрі дитячих хвороб лікувального та санітарно-гігієнічного факультету Київського медичного інституту, яка була заснована в 1915 р. (завідувач кафедри – професор Ф.Д. Румянцев). При цьому Льву Йосиповичу було доручено один з найскладніших розділів медицини дитинства, він займався підготовкою мікропедіатрів (неонатологів). У 1930 р. в Інституті відкрився факультет охорони материнства і дитинства, й Л.Й. Фінкельштейн очолив кафедру педіатрії на цьому факультеті, який у 1934 р. було реорганізовано в педіатричний.

За його ініціативою було відкрито найбільшу на той час у Києві дитячу клініку на базі лікарні № 23 імені М.І. Калініна, і якщо на початку

своєї діяльності на базі його кафедри було всього 10 ліжок, то потім їхня кількість збільшилася до 170. У роки Великої Вітчизняної Війни (1941–1944 рр.) професор Л.Й. Фінкельштейн завідував кафедрою педіатрії в м. Фрунзе.

З 1 жовтня 1944 р., дня створення нашої кафедри (наказ по КМІ від 30.09.1944, № 223) і до своєї кончини 1 червня 1948 р., Лев Йосипович керував кафедрою госпітальної педіатрії Київського медичного інституту. Створення цієї кафедри було рішенням директора інституту Л.І. Медведя для забезпечення ступеневого підходу до підготовки педіатра – від кафедри пропедевтики дитячих хвороб та факультетської педіатрії до кафедри госпітальної педіатрії.

Будучи першим завідувачем нашої кафедри, професор Л.Й. Фінкельштейн заклав основні напрями її науково-практичної діяльності – пульмонологія, ревматологія дитячого віку. Л.Й. Фінкельштейн був головою дитячої секції Українського комітету з боротьби з ревматизмом, був головою Київського товариства педіатрів, заступником голови Українського товариства педіатрів.

Лев Йосипович відрізнявся надзвичайною скромністю, великою вимогливістю до себе, принциповістю та любов'ю до дітей. Він виховав тисячі дитячих лікарів для нашої країни, зробив вагомий внесок у вивчення фізіології та патології дитячого віку.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ТА ПОРУШЕННЯМ МОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОГО ВІДДІЛУ ТРАВНОГО КАНАЛУ

О.П. ВОЛОСОВЕЦЬ, Ю.В. КАРУЛІНА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Протягом останніх років у дітей спостерігається збільшення поширеності гастроентерологічних захворювань, які займають одне з провідних місць у загальній структурі захворюваності. Враховуючи таку тенденцію, вивчення різних аспектів цих захворювань є надзвичайно важливим та необхідним.

Нами було проведено вивчення вегетативної регуляції серцевого ритму методом кардіоритмографії (КРГ) у 109 дітей, яких за результатами попередніх досліджень було розподілено на три групи: I група – 22 дітей з синдромом вегетативних дисфункцій та хронічним гастродуоденітом; II група – 87 дітей з синдромом вегетативних дисфункцій, хронічним гастродуоденітом та дуодено-гастральним рефлюксом (ДГР); III група (контрольна) – 10 здорових дітей.

При обстеженні дітей даних груп було отримано наступні дані: в I групі 18 (82%) пацієнтів мали парасимпатикотонію, 2 (9%) – симпатико-

тонію, у 2 (9%) дітей мали місце нормотонічні показники кардіоритмограми. У II групі дітей – 79 (90,8%) пацієнтів мали симпатикотонію, 6 (6,9%) – парасимпатикотонію, у 2 (2,3%) дітей показники кардіоритмограми свідчили про нормотонію. У III (контрольній) групі 2 (20%) дітей мали симпатикотонію, а решта 8 (80%) дітей – нормотонічні показники кардіоритмограми.

Отримані результати показали, що у пацієнтів I групи, які мали синдром вегетативних дисфункцій і хронічний гастродуоденіт, переважає парасимпатикотонія. У пацієнтів II групи, які мали не тільки синдром вегетативних дисфункцій та хронічний гастродуоденіт, а й порушення моторної функції ВВТК у вигляді ДГР, переважала симпатикотонія. При порівнянні показників кардіоритмограми у пацієнтів I та II груп з аналогічними показниками здорових дітей, котрі склали III (контрольну) групу, виявлено їхні достовірні відмінності. Так, у II групі пацієнтів з синдромом вегетативних дисфункцій, хронічним гастродуоденітом та ДГР спостерігались достовірно ($p < 0,05$) вищі значення показників варіаційного розмаху (дельта X) та моди (M_0), що свідчить про послаблення парасимпатичного впливу й активацію симпатичної ланки на фоні посилення централізації керування ритмом серця порівняно зі здоровими дітьми. На це також вказують достовірно вищі значення індексу напруження ($p < 0,05$). Якщо для групи дітей з ДГР за показниками кардіоритмограми характерною була симпатична активація ВНС, то для пацієнтів з вегетативною дисфункцією та хронічним гастродуоденітом без порушень моторної функції ВВТК, котрі склали I групу, притаманною була тенденція до посиленої ваготонічної активності.

Таким чином, порушення моторної функції ВВТК у вигляді ДГР на фоні синдрому вегетативних дисфункцій та хронічного гастродуоденіту характеризується змінами вегетативного гомеостазу у вигляді гіперсимпатикотонії (82%). Є підстави вважати, що вираженість моторно-евакуаторних розладів ВВТК супроводжується і більш вираженими змінами вегетативного гомеостазу у вигляді посилення симпатичної активності. Водночас при ХГД без порушень моторної функції ВВТК на фоні синдрому вегетативних дисфункцій мало місце посилення парасимпатичного впливу у вегетативному гомеостазі. Такі дані свідчать про напруження адаптаційно-приспосувальних механізмів у дітей з вегетативною дисфункцією і вимагають врахування та корекції в комплексному лікуванні даної патології дитячого віку.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ РІВНЯ ГЕМОГЛОБІНУ В НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА РАННЬОЇ НЕОНАТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Т.М. ВОРОТНЯК, М.Г. ГНАТЮК*, О.А. ЄМЕЛЬЯНОВ*, С.В. ЄМЕЛЬЯНОВА*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.
*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Мета дослідження: оцінити показники вмісту гемоглобіну в периферичній крові новонароджених за наявності та відсутності ранньої неонатальної інфекції.

Для досягнення мети роботи методом простої послідовної вибірки сформовано когорту 100 новонароджених наприкінці першої – початку другої доби життя, які народилися в пологовому будинку № 1 м. Чернівці впродовж 1-го календарного року. В результаті динамічного клінічного спостереження з урахуванням ретроспективних даних після виписки дитини зі стаціонару сформовано дві клінічні групи порівняння. Першу (I) сформували 36 новонароджених, у яких підтверджено ранню неонатальну інфекцію шляхом комісійної ретроспективної оцінки історії розвитку новонародженого. До другої (II) групи порівняння увійшли 64 дитини, у яких при комісійній ретроспективній оцінці історії розвитку наявність ранньої неонатальної інфекції було спростовано. Кількість хлопчиків у I групі становила 66,7% (сільських мешканців 49,4%), у II групі – 50% (сільських мешканців 51,6%), тобто за основними клінічними характеристиками сформовані групи були порівнюваними.

Аналіз периферичної крові показав суттєве зниження вмісту гемоглобіну в дітей I клінічної групи порівняно з пацієнтами II групи: $149,3 \pm 5,6$ г/л (95% ДІ: 138,8–160,7) проти $167,0 \pm 2,0$ г/л (95% ДІ: 162,9–171,1), $p < 0,001$, причому рівень гемоглобіну $< 150,0$ г/л у I клінічній групі спостерігався у $33,3 \pm 7,9\%$ випадків, а у II – лише у $9,7 \pm 3,8\%$ спостережень ($p < 0,01$). Діагностична цінність даного вмісту гемоглобіну у виявленні ранньої неонатальної інфекції становила: чутливість – 46,8%, специфічність – 80,6%, передбачувана цінність позитивного результату – 70,7%, передбачувана цінність негативного результату – 60,2%, відношення правдоподібності – 2,4, співвідношення шансів (СШ) – 4,7 (95% ДІ: 2,1–10,2) при відносному ризику 1,8 (95% ДІ: 0,9–3,5) й абсолютному ризику 0,35. Водночас, вміст гемоглобіну більше 170,0 г/л у I клінічній групі реєструвався у $19,4 \pm 6,6\%$ спостережень, а у II групі достовірно частіше – у $46,8 \pm 6,3\%$ випадків ($p < 0,01$), причому виявлено зворотний достовірний кореляційний зв'язок рівня гемоглобіну із вираженістю клінічних симптомів інфекційно-запального процесу впродовж перших 6-ти днів захворювання ($r = -0,40$, $p = 0,023$) та верифікацією діагнозу ранньої неонатальної інфекції ($r = -0,44$, $p = 0,007$). Слід за-

значити, що високий рівень гемоглобіну із достовірною ймовірністю свідчив про відсутність ризику ранньої неонатальної інфекції: СШ 3,7 (95% ДІ: 1,9–6,8), відносний ризик – 1,8 (95% ДІ: 1,1–2,8) і абсолютний ризик – 0,31.

Таким чином, у новонароджених з ранньою неонатальною інфекцією порівняно з пацієнтами, в яких цей діагноз ретроспективно було спростовано, суттєво частіше зустрічається зниження вмісту гемоглобіну в периферичній крові, що, мабуть, відображає несприятливий вплив чинників схильності до ранньої неонатальної інфекції або ж її реалізацію. Водночас, самостійно даний тест не може бути використаний для виявлення чи спростування ранньої неонатальної інфекції через високу частоту виникнення хибнонегативних результатів.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБМІНУ КОЛАГЕНУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНУ ПОЗАЛІКАРНЯНУ ПНЕВМОНІЮ

О.І. ГАВРИЛУК

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»

Складність морфології і функції сполучної тканини передбачає активну участь основних її елементів у розвитку багатьох видів патології. Дизморфогенез сполучної тканини є преморбідним фоном для розвитку пневмонії у дітей.

Наводимо результати обстеження 154 дітей, хворих на ускладнену позалікарняну пневмонію, віком 6–18 років, із них 87 (56,5%) дітей з проявами недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) – І група і 67 (43,5%) – без проявів сполучнотканинної дисплазії (ІІ група). Діти отримували базову терапію пневмонії (Іа, Іа підгрупа), поєднання базової терапії з препаратом Убіхінон композитум (Іб, Іб підгрупа) та комплекс базової терапії пневмонії з препаратом Тівортін (Ів, Ів підгрупа).

Проведені дослідження показали істотне підвищення рівня оксипроліну в сироватці крові дітей, хворих на ускладнену пневмонію на тлі НДСТ, до лікування – $97,33 \pm 1,33$ мкмоль/л, у сечі – до $697,85 \pm 2,12$ мкмоль/добу ($p < 0,001$). У дітей без проявів сполучнотканинної дисплазії ці показники відповідно становили $46,37 \pm 0,48$ мкмоль/л і $356,67 \pm 1,74$ мкмоль/добу ($p < 0,001$). Різниця даних між однойменними показниками до лікування у дітей з НДСТ і без проявів останньої була високо достовірною ($p < 0,001$). Незалежно від проведеного лікування рівень оксипроліну сироватки крові у дітей з проявами сполучнотканинної дисплазії суттєво не змінився і залишався високим: $92,0 \pm 1,91$ – в Іа, $90,90 \pm 2,19$ – в Іб і $96,2 \pm 2,01$ мкмоль/л – в Ів підгрупах ($p > 0,05$). Екскреція вільного оксипроліну у сечі дітей, хворих на ускладнену

пневмонію на тлі НДСТ, які отримували базову терапію пневмонії, після лікування суттєво не змінилася ($p > 0,05$). Приєднання до базової терапії Убіхінон композитум сприяло зниженню вмісту оксипроліну в сечі до $685,81 \pm 4,23$ мкмоль/добу ($p < 0,05$). Введення дітям з ознаками сполучнотканинної дисплазії поряд з базовою терапією препарату Тівортін сприяло зниженню вмісту вільного оксипроліну в сечі від $699,27 \pm 2,07$ до $686,7 \pm 1,73$ мкмоль/добу ($p < 0,001$). Враховуючи те, що обмін колагену в організмі відбувається повільно, це закономірно, що в жодній з досліджуваних підгруп показники оксипроліну після закінчення стаціонарного лікування не досягли нормальних величин, продовжуючи залишатись високими.

У дітей, хворих на ускладнену пневмонію без ознак сполучнотканинної дисплазії приєднання до базової терапії препаратів Убіхінон композитум і Тівортін сприяло зниженню рівня оксипроліну в сироватці крові від $46,0 \pm 0,65$ до $44,17 \pm 0,6$ мкмоль/л ($p < 0,05$) – у Іб та від $46,86 \pm 0,74$ до $44,0 \pm 0,58$ мкмоль/л ($p < 0,01$) – в Ів підгрупах. Показники вільного оксипроліну в сечі дітей без проявів НДСТ всіх досліджуваних підгруп істотно не змінилися ($p > 0,05$).

Використання препаратів комплексної метаболічної дії Убіхінон композитум і Тівортін в комплексній терапії ускладненої пневмонії дозволяє деякою мірою знизити ступінь запальних змін білка колагену, на що вказує зниження рівня оксипроліну. Генетично детерміновані порушення метаболічних процесів в сполучній тканині та короткотривале лікування в умовах стаціонару можна розглядати як фактори, що не дозволяють в достатній мірі нормалізувати обмін колагену.

ІНВАЛІДНІСТЬ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Л.І. ГАЛІЄНКО, Т.С. ГРУЗЄВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Загальна чисельність людей з обмеженими можливостями у світі досягає 650 млн., що становить приблизно 10% населення світу. З них близько 200 млн. – це діти-інваліди. Забезпечення людей з обмеженими можливостями має як соціальну, так і економічну значущість. Їхня соціальна ізоляція і щорічні втрати ВВП обходяться світовій спільноті в 1,37–1,94 трлн. \$. США. В Україні, як і в інших країнах, простежується тенденція зростання кількості дітей-інвалідів, тому особливого значення набуває проблема їх соціального захисту і медико-соціальної реабілітації.

Статус дитини-інваліда в Україні мають 165,1 тис. дітей віком до 17 років (2,0% від усього ди-

тячого населення); щорічно вперше набувають інвалідності 18 тис. дітей. Первинна інвалідність дитячого населення протягом 1992–2010 рр. зростає на 24,6% (з 18,3 до 22,8 на 10 тис.). При середньоукраїнському рівні первинної інвалідності дитячого населення 22,8 на 10 тис. найбільші її значення реєструються в Чернігівській (27,9), Рівненській (27,7), Київській (26,3) та Житомирській (25,4 на 10 тис) областях; найменші – в Херсонській (18,5) області та АР Крим (19,4 на 10 тис.). У структурі первинної інвалідності перші рангові місця, як і в попередні роки, обіймають природжені аномалії (30,3%), хвороби нервової системи (13,6%), розлади психіки та поведінки (13,4%). За останні 5 років відбулося скорочення рівнів дитячої інвалідності внаслідок розладів психіки і поведінки на 20,5%, хвороб нервової системи – на 16,2%. Простежується тенденція зростання первинної інвалідності внаслідок природжених аномалій, яка лише впродовж 2010 р. зростає на 4,6% (6,9 на 10 тис.). В ряді областей, зокрема Житомирській, Чернігівській, Київській та Рівненській, цей показник на 24,6–42,0% перевищує середньоукраїнський.

Зазначені закономірності свідчать про необхідність вжиття комплексу заходів, спрямованих на запобігання виникненню і зменшенню негативних наслідків дитячої інвалідності, забезпечення дітям-інвалідам умов для подолання, заміщення (компенсації) обмежень життєдіяльності, і спрямованих на створення для них рівних з іншими громадянами можливостей участі в житті суспільства, оскільки інвалідність у дітей означає суттєве обмеження життєдіяльності, вона сприяє соціальній дизадаптації внаслідок порушень у розвитку, труднощів у самообслуговуванні, спілкуванні, набутті професійних навичок.

ВООЗ ставить за мету забезпечення рівних можливостей і прав людини для тих, хто вимушений жити з інвалідністю, у т.ч. дітей, і, особливо, бідних прошарків населення. Соціальний захист інвалідів в Україні є системою гарантованих державою економічних, соціальних та правових заходів, що забезпечують інвалідам умови для подолання, заміщення (компенсації) обмежень життєдіяльності, і спрямованих на створення для них рівних з іншими громадянами можливостей участі в житті суспільства. Впровадження сучасних апробованих стратегій запобігання та скорочення інвалідності, підвищення якості життя дітей-інвалідів на підставі комплексного міжсекторального підходу стане запорукою реалізації програмних цілей ВООЗ та соціальної політики України щодо реалізації невід'ємного права людини на здоров'я, його охорону, підтримку і відновлення, на гідний рівень життя людей з обмеженими можливостями.

Забезпеченню захисту прав інвалідів, поліпшення якості умови їх життя і удосконалення

системи реабілітації для інвалідів, в т.ч. дітей-інвалідів, сприятиме реалізація стратегічних напрямів, визначених Концепцією Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції про права інвалідів та розвитку системи реабілітації інвалідів» на період до 2020 року, відповідно до поточних потреб інвалідів та згідно з міжнародними зобов'язаннями, прийнятими Україною.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ДИТЯЧОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

Л.І. ГАЛІЄНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Проблема туберкульозу є однією з найбільш актуальних загроз для людства у глобальному вимірі. Щороку у світі виявляють близько 9 млн. нових випадків захворювання, помирає від туберкульозу понад 2 млн. осіб. Хоча найвищі рівні захворюваності спостерігаються в африканському, азіатському регіоні, країнах середземноморського та тихоокеанського узбережжя, небезпечна ситуація зберігається в країнах Центральної та Східної Європи і країнах СНД, включаючи Україну.

Питання боротьби з туберкульозом є одним з пріоритетів державної політики України у сфері охорони здоров'я й соціального розвитку. Завдяки реалізації в країні низки заходів, спрямованих на протидію епідемії в рамках відповідних національних програм, з 2006 р. відмічається поступове зниження як захворюваності, так і смертності населення від туберкульозу. Проте їх рівні значно вищі, ніж у багатьох економічно розвинених європейських країнах. Згідно з рекомендаціями ВООЗ країна вважається благополучною щодо туберкульозу в разі інфікування не більш ніж 1% населення віком від 1 до 14 років та щорічному можливому прирості цього показника близько 0,1%.

Проблема туберкульозу серед дітей є надзвичайно актуальною з огляду на більший ризик його розвитку, порівняно з дорослим населенням: так, щорічний ризик розвитку туберкульозу у дорослої людини, інфікованої мікобактеріями, складає 0,4%, у дітей віком від 1 до 4 років – 23%, до 1 року – 40%. Про гостроту проблеми дитячого туберкульозу в Україні свідчать дані про щорічне інфікування понад 200 тис. дітей, з частотою до 30% і щорічним приростом приблизно на 2,5%. Інфікованість дітей віком 7–8 років становить 8,5%, 13–14 років – 20–25%. Впродовж 1990–2010 рр. захворюваність на туберкульоз дитячого населення віком 0–14 років зростає в 1,7 рази і склала 7,8 випадку на 100 тис.

В останні роки мають місце зниження і певна стабілізація рівнів захворюваності на тубер-

кульоз як дітей, так і підлітків. Так, у 2010 р. захворюваність на туберкульоз дітей 0–14 років та підлітків 15–17 років знизилася проти даних 2009 р. на 12,4 та 4,2% відповідно. Проте захворюваність підлітків у 3,8 разу перевищує цей показник серед дітей до 14 років і становить 29,9 випадку на 100 тис. Ситуацію ускладнюють зниження обсягів специфічної імунізації, поширення хіміо- та мультирезистентних форм туберкульозу, недостатнє фінансування протитуберкульозних заходів. На облік в протитуберкульозних закладах системи МОЗ України нині перебуває 1301 хворий на всі форми активного туберкульозу віком 0–17 років, у т.ч. дітей віком 0–14 років – 11,3 на 100 тис.; підлітків 15–17 років – 35,6 на 100 тис. підліткового населення. Кількість дітей-інвалідів віком до 17 років становить 616 осіб (0,8 на 10 тис.); лише у 2010 р. було визнано інвалідами у зв'язку з туберкульозом 113 хворих віком 0–17 років (0,1 на 10 тис.)

Подолання проблеми туберкульозу в Україні, у т.ч. дитячого, вимагає здійснення дієвих профілактичних заходів при державній підтримці і комплексному мультисекторальному підході. Підвищенню ефективності профілактики і боротьби з туберкульозом сприятимуть підвищення інформованості населення щодо туберкульозу, покращення кадрового, матеріально-технічного та технологічного оснащення фтизіатричної служби, забезпечення належних обсягів фінансування протитуберкульозних заходів, спрямованих на профілактику і лікування, забезпечення належної якості та ефективності медичної допомоги на всіх рівнях, згідно з чинними стандартами і протоколами її надання.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ У ШКОЛЯРІВ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ТЯЖКУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

М.Н. ГАРАС, О.Я. ЧЕПУРА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Відповідно до чинних стандартів лікування обсяг дезобструктивної терапії нападу бронхіальної астми (БА) визначається його тяжкістю. Тяжкість астматичних нападів оцінюють переважно на підставі клінічних показників, хоча клінічні критерії (як і параклінічні) не володіють одночасно високою чутливістю і специфічністю, відрізняються значною варіабельністю і залежать від віку. Так, за необхідності надання невідкладної допомоги в обмежених часових рамках, утрудненим залишається вибір обсягу стартового лікування та визначення його тривалості.

Метою роботи було оцінити ефективність дезобструктивної терапії у дітей шкільного віку з

тяжким варіантом БА на тлі лікування системними глюкокортикостероїдами (ГКС).

Із дотриманням принципів біоетики на базі пульмонологічного відділення ОДКЛ (м. Чернівці) обстежено 41 дитину, хвору на тяжку персистуючу БА, з яких 15 школярів отримували одно- та дводенний курс системних ГКС, 15 пацієнтів – системні ГКС впродовж трьох днів. За основними клінічними ознаками групи порівняння достовірно не відрізнялися. Тяжкість бронхообструктивного синдрому (БОС) при вступі хворих до стаціонару під час періоду загострення захворювання оцінювали за бальною шкалою, причому посилення проявів БОС відображалось у зростанні суми балів з даною шкалою. Отримані результати аналізували з використанням принципів клінічної епідеміології.

Для вирішення оптимально ефективної тривалості застосування системних ГКС проведено порівняльний аналіз ризику зменшення тяжкості нападу при призначенні даних лікарських засобів дітям з тяжкою БА впродовж трьох днів порівняно з одно- та дводенним курсом їх застосування. Зменшення проявів БОС на 3-й день стаціонарного лікування більш ніж на 3 бали асоціювало з відносним ризиком регресу бальної оцінки тяжкості нападу, що складав 1,38 (95% ДІ 0,69–2,75) при співвідношенні шансів 2,4 (95% ДІ 0,65–8,80). Зменшення проявів БОС на 7-й день перебування у стаціонарі більш ніж на 9 балів асоціювало з відносним ризиком регресу бальної оцінки тяжкості нападу, що складав 2,45 (95% ДІ 1,01–5,91) при співвідношенні шансів 9,0 (95% ДІ 2,08–38,7).

На підставі отриманих даних можна вважати, що триденний курс системних ГКС порівняно з коротшим їх призначенням у школярів з тяжкою БА характеризувався достовірним ризиком регресу тяжкості нападу (у балах) на 7-й день стаціонарного лікування.

ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУС І ЙОГО КОРЕКЦІЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ У ПОЄДНАННІ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЮ АНЕМІЄЮ

Л.І. ГАРІДЖУК

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Обстежено 90 дітей віком від двох місяців до трьох років, хворих на ускладнену пневмонію на тлі ЗДА. Дітей розподілено на дві групи: пацієнти I – отримували базову терапію, II – додатково α-ліпоеву кислоту в/в крапельно дозою 20 мг/кг маси тіла один раз на добу щодня. Обидві групи дітей складала 4 підгрупи залежно від ступеня тяжкості ЗДА: Ia і IIa – пневмонія без анемії, Ib і IIb, Iv і IIv, Ig і IIg – поєд-

нання пневмонії з анемією легкого, середнього і тяжкого ступенів відповідно.

За результатами досліджень виявлено суттєве збільшення вмісту як прозапальних (ІЛ-6, ФНП- α), які ініціюють запуск цілого каскаду медіаторів запальної реакції при запаленні, так і протизапального цитокіну (ІЛ-4) у сироватці крові у всіх групах хворих дітей, відповідно до ступеня тяжкості пневмонії і анемічного синдрому. Встановлено, що вміст ІЛ-6 у 3,6 разу підвищений у дітей, хворих на ускладнену пневмонію без анемії, до $46,50 \pm 2,12$ пг/мл ($p < 0,001$) і надалі збільшується в міру наростання тяжкості ЗДА. Максимально відображає активність запалення в організмі дітей ФНП- α . Так, у дітей без анемії рівень його підвищений у 4,7 разу: до $134,15 \pm 2,51$ пг/мл ($p < 0,001$) і зростає до $147,35 \pm 2,06$ пг/мл ($p < 0,01$) – при легкому, до $173,35 \pm 2,54$ пг/мл ($p < 0,001$) – при середньому і до $201,15 \pm 2,97$ пг/мл ($p < 0,01$) – при тяжкому ступені. Паралельно з активацією прозапальних факторів імунної системи для ліквідації бактеріальної інфекції включається і система протизапальних цитокінів. Так, вміст ІЛ-4 у 1,5 разу підвищений у Іа та Іб групах до $81,99 \pm 1,31$ пг/мл ($p < 0,001$) і надалі зростає залежно від ступеня дефіциту заліза. Приєднання α -ліпоевої кислоти до базової терапії сприяло зниженню вмісту прозапальних цитокінів. Найбільше зниження активності запалення відобразила позитивна динаміка вмісту ФНП- α (у 2,2–2,6 разу), майже однакова у всіх клінічних групах ($p < 0,001$). Проте найнижчого рівня досягнуто у дітей Іа і Іб груп ($p > 0,05$). Зниження вмісту ІЛ-6 у сироватці крові настало у всіх клінічних групах дітей у 1,6–2,0 рази ($p < 0,001$). Досягнуто нормальних величин ІЛ-4 у Іа, Іб і Ів клінічних групах.

Отже, поєднання базової терапії пневмонії з α -ліпоевою кислотою сприяє підвищенню терапевтичного ефекту за рахунок зменшення активності запалення при всіх ступенях супутньої ЗДА.

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ПРИ ОЖИРІННІ У ДІТЕЙ

К.В. ГЛАДУН

Запорізький державний медичний університет

Проблема ожиріння у дітей пубертатного віку є актуальною у зв'язку з широкою розповсюдженістю та можливістю розвитку ускладнень. За даними різних авторів частота артеріальної гіпертензії серед дітей та підлітків з надлишковою масою тіла коливається від 1 до 18%. Рання діагностика артеріальної гіпертензії у дітей, своєчасне проведення профілактичних і лікувальних заходів дозволять запобігти розвитку тяжких серцево-судинних порушень в дорослому віці.

Основна роль в розвитку ожиріння та його ускладнень належить порушенням взаємозв'язку в системі регуляції енергетичного гомеостазу, де центральним інтегруючим органом є гіпоталамус і підкіркові центри, а однією з основних ефektorних ланок – вегетативна нервова система. Стан вегетативного гомеостазу оцінюється за допомогою методик аналізу серцевого ритму, який є показником стану не лише серцево-судинної, а й всього організму в цілому.

Активність підкіркових нервових центрів оцінюється за критеріями Р.М. Баєвського та О.І. Кирилова. Вегетативний статус при ожирінні у дітей пубертатного віку характеризується переважанням гіперсимпатикотонічної вегетативної реактивності та недостатнім вегетативним забезпеченням.

Вісцеральна жирова тканина, на відміну від периферичної, має кращий кровообіг і іннервацію, має більшу щільність β_3 -адренорецепторів, кортикостероїдних і андрогенних рецепторів та меншу щільність інсулінових і α_2 -рецепторів; крім того, вона знаходиться поруч з портальною системою. Особливістю вісцеральних адипоцитів – висока чутливість до ліполітичної дії катехоламінів і низька – до антиліполітичної дії інсуліну. Більша маса тіла у дітей з ожирінням асоціюється з послабленням вагусної регуляції, а також з посиленням симпатичного впливу й активацією підкіркових нервових центрів, що відображає стан напруження адаптаційних механізмів цілого організму. Такі зміни в системі регуляції вегетативного балансу більш виражені у дітей в період пубертату, коли прогресування ожиріння призводить до розвитку різноманітних метаболічних і серцево-судинних ускладнень. Симпатична нервова система є одним з основних факторів, що призводить до периферичної інсулінорезистентності. В той же самий час гіперінсулінемія стає стимулом подальшої активації симпатичної нервової системи. Активація симпатичного відділу вегетативної нервової системи та підкіркових нервових центрів при ожирінні може бути зумовлена посиленням продукції лептину та інших гормонів, що їх секретує в надлишку надмірна маса вісцеральної жирової тканини. В свою чергу, порушення рецепції лептину та/або порушення нейроендокринних механізмів в гіпоталамусі можуть призводити до дисрегуляції на рівні гіпоталамічних і підкіркових центрів.

Таким чином, активація симпатичної ланки нервової системи при ожирінні призводить до низки негативних метаболічних змін, що супроводжується підвищенням ризику серцево-судинних порушень, зокрема артеріальної гіпертензії. Подальше вивчення питань ранньої діагностики вегетативних і профілактики серцево-судинних порушень при надлишковій масі тіла у дітей є важливою ланкою в профілактиці та зниженні частоти серцево-судинної патології в дорослому віці.

ІМУНОГЕНЕТИЧНІ МАРКЕРИ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ

О.З. ГНАТЕЙКО*, О.Л. ЛИЧКОВСЬКА**, О.І. ТЕРПИЛЯК*, І.Ю. КУЛАЧКОВСЬКА**

*ДУ "Інститут спадкової патології НАМН України", м. Львів.

**Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

При вивченні генетичних маркерів мультифакторіальних захворювань часто використовують пошук їх асоціації з генами і антигенами головного комплексу гістосумісності (HLA). Все більшу увагу дослідників привертає асоціація між експресією HLA-антигенів та схильністю до хронічних захворювань гастродуоденальної зони (ГДЗ). Т. Azuma et al. (1995) виявили асоціацію між HLA DQA1 *0301 та схильністю до тяжкого перебігу виразкової хвороби (ВХ), пов'язаної з *Helicobacter pylori* (Hp), F. Perri et al. (2002) повідомили про протекторну функцію HLA DQA1 *0201. Подібні результати отримано М. Cernb et al. (2002), тоді як Е. Kunstmann et al. (2002) не виявили жодного асоціативного зв'язку HLA-антигенів II класу і тяжкістю перебігу та прогнозом хронічної патології ГДЗ.

Метою дослідження було вивчення генетичного профілю за системою HLA DQA1 дітей з патологією ГДЗ та оцінка зв'язку частоти виявлення алелей гена HLA DQA1 з окремими нозологічними формами цієї групи хвороб.

Обстежено 54 дитини з патологією ГДЗ віком від 6 до 11 років, групу сформовано відкритим когортним методом (основна група – ОГ). Крім загальноприйнятих клініко-анамнестичних, лабораторних та інструментальних методів дослідження, проводили аналіз генеалогічного анамнезу. Типування алелей комплексу HLA DQA1 проводили за допомогою полімеразноланцюгової реакції. Групу контролю (ГК) для визначення частоти алелей у популяції складала 45 практично здорових дітей.

Серед обстежених дітей функціональну диспепсію діагностовано у 14 (25,9%), хронічний гастрит, гастродуоденіт – у 29 (53,7%), деструктивні форми патології ГДЗ (ерозії, виразки) – в 11 (20,4%) пацієнтів. Обтяжений спадковий анамнез по материнській лінії виявлено у 29,6% обстежених пацієнтів, по батьківській – у 33,3%, по обох лініях – 16,8%. У 38,9% дітей спадковий анамнез був необтяжений. При цьому серед пацієнтів з функціональними розладами домінувала обтяженість по батьківській лінії, при органічній патології – по материнській або обох лініях.

При аналізі частоти алелей гена HLA DQA1 нами виявлено, що алель *0301, яка за даними літератури є фактором ризику формування хронічних захворювань ГДЗ та їх прогресуючого перебігу, зустрічалась частіше в ОГ (7,4%) порівняно з ГК (4,4%), однак статистично досто-

вірної різниці не виявлено. Але при порівнянні частоти даної алелі, беручи до уваги лише пацієнтів з деструктивними формами патології ГДЗ, така різниця стає достовірною ($p < 0,05$). При цьому частота протекторної алелі *0201 була суттєво вищою у ГК (15,5%) порівняно з ОГ (2,8%), $p < 0,002$. Алель *0102, яка за даними літератури має протекторні властивості щодо перебігу Hp-інфекції, однак не асоціюється зі ступенем запальної реакції слизової оболонки ГДЗ (Patrik K.E. et al., 2001), зустрічалась в ОГ дещо рідше (11,1%) ніж у ГК (17,8%), тоді як статистично достовірно рідше серед дітей з деструктивними формами захворювань верхніх відділів травного каналу. Катамнестичні дослідження протягом 3 років виявили асоціацію прогресуючого перебігу захворювання з фенотипом DQA1 *0301/*0501.

Таким чином, нами виявлено зв'язок схильності до патології ГДЗ у дітей з алеллю HLA DQA1 *0301, а також можливі протективні властивості алелей *0201 та *0102. Імовірним маркером прогресуючого перебігу патології ГДЗ може бути фенотип DQA1 *0301/*0501.

АНАЛІЗ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

О.В. ГОСТИЩЕВА, Т.В. КОБЕЦЬ

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

Атопічний дерматит є актуальною проблемою сучасної педіатрії. За даними дослідників у 80% випадків має місце поєднана патологія атопічного дерматиту (АД) та патології травної системи. За різними даними, серед цієї кількості хворих від 34 до 70% випадків становить дисфункція біліарної системи. Порухення пасажу жовчі викликає її стаз і уповільнення евакуації, а в подальшому розвиток запального процесу та вторинної панкреатичної недостатності, що посилює перебіг атопічного дерматиту.

Мета роботи: вивчити частоту виявлення функціональних порушень біліарної системи у дітей з атопічним дерматитом.

У дітей з АД досліджували стан біліарної системи за допомогою збору скарг, анамнезу, клінічного обстеження, біохімічного обстеження, УЗД гепатобіліарної системи на базі соматичного відділення 2-ої дитячої клінічної лікарні м. Сімферополя за 2007–2010 рр.

Серед 101 дитини віком від 3 до 17 років, які проходили курс лікування з приводу АД, у 99 (98%) хворих виявлено супутню патологію у вигляді дисфункції жовчного міхура. У 82 (82,2%) хворих відмічались скарги на біль в правому підбер'ї, не пов'язаний з прийомом

їжі або провокований фізичним навантаженням, у 41 (41,2%) дитини вегетативні розлади були у вигляді млявості, слабості, головного болю, емоційної лабільності. У 39 хворих відмічалися позитивні міхурові симптоми. Одним з маркерів холестазу є лужна фосфатаза. Біохімічні зміни у вигляді підвищення рівня лужної фосфатази виявлено тільки у 10 (10,1%) пацієнтів. За даними УЗД гепатобіліарної системи у 89 (89,9%) пацієнтів відмічалася дисфункція за гіпотонічним типом за рахунок спазму сфінктерів, у 8 (8,0%) – дисфункція за гіпотонічним типом за рахунок слабого скорочення, у 1 (1,0%) – дисфункція за гіпертонічним типом.

Проведений нами аналіз показав, що у 98% хворих на АД мають місце функціональні порушення біліарної системи. Тільки у 10 (10,1%) пацієнтів при цьому відмічалися біохімічні зміни, що може свідчити про те, що в більшій частині дітей достатні компенсаторні можливості гепатоцитів та про відсутність патологічного процесу в печінці.

КУРІННЯ ПІДЛІТКІВ: МАСШТАБИ, ПРИЧИНИ, СТРАТЕГІЇ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА СКОРОЧЕННЯ

О.В. ГРУЗЄВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Дитячий та підлітковий вік є важливими періодами життя, коли закладаються основи майбутньої моделі поведінки та способу життя людини. Одним з важливих чинників способу життя є куріння, профілактика якого повинна починатися з раннього дитинства. Проведене нами дослідження виявило значну поширеність куріння серед міського підліткового населення, де мали цю звичку 24,5% школярів, у т.ч. 30,9% – хлопців і 18,1% – дівчат. Встановлено досить ранній вік першої спроби куріння, який у 60,1% респондентів становив 11 років і молодше, у 31,8% – 12–13 років. Вивчено мотивацією початку куріння, з переважанням бажання відчувати себе дорослим, за компанію, через цікавість тощо. Причиною подальшого куріння 62,7% опитаних назвали намагання відчувати себе комфортно у компанії курців, 38,5% – через неприємності, 57,4% – наслідування прикладу кумирів, відомих особистостей, 55,9% – наслідування прикладу друзів, 11,6% – неможливість кинути, залежність від тютюну. Досліджено також мотиви вибору підлітками здорової поведінки. Виявлено, що підлітки зазнають значного негативного впливу пасивного куріння внаслідок паління дорослих вдома (46,9%) і в громадських місцях в їх присутності (71,3%).

У ході дослідження встановлено, що 78,8% підлітків знають про шкідливість куріння. Проте значна частина опитаних не може визначитися з конкретною дією куріння на організм,

на формування певних захворювань, має хибне уявлення про легку можливість припинення куріння. Неоднозначним є відношення до куріння. Лише 28,7% школярів вважають куріння неприпустимим.

Це свідчить про недостатню роботу щодо профілактики куріння, неефективність існуючих шкільних освітніх антитютюнових програм. Вказані питання в недостатньому обсязі представлено в шкільному курсі «Основи безпеки життєдіяльності». Перешкоджають формуванню здорового способу життя натиск завуальноюваної тютюнової реклами, несанкціонований продаж тютюнових виробів та за доступними цінами, недостатня участь педагогічного і медичного персоналу в профілактиці паління, непереконливість доказів на користь здорового способу життя.

Результати аналізу соціально-психологічних умов виникнення і поширення куріння використано при розробці профілактичних програм. У ході дослідження встановлено, чия думка є найбільш авторитетною для підлітків, яким джерелам інформації вони надають перевагу. Грунтуючись на матеріалах дослідження, на підставі системного підходу з урахуванням міжнародного, зарубіжного та вітчизняного досвіду було розроблено програму інформаційно-освітньої діяльності з питань тютюнопаління та спеціальний освітній курс для учнів загальноосвітніх шкіл з попередження куріння. В ньому використано концептуальні засади стратегії ВООЗ «Комплекс заходів MPOWER», Європейської стратегії боротьби з тютюном, Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 р. тощо.

Навчальний матеріал охоплює широкий перелік тем з питань куріння та його профілактики, сучасні технології, форми і методи профілактичної роботи, у т.ч. рольові ігри, круглі столи, лекції, семінари, тренінги, дебати, запитання-відповіді, конкурси та інші.

Реалізація сучасної інформаційно-освітньої програми з профілактики паління в учнівському середовищі сприятиме формуванню ціннісних установок щодо зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, необхідності боротьби з курінням та утвердження здорового способу життя.

СУЧАСНИЙ СТАН ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІД У СВІТІ ТА НОВА СТРАТЕГІЯ БОРТЬБИ

Т.С. ГРУЗЄВА, Г.В. ІНШАКОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

За 30 років, що минають від початку епідемії ВІЛ/СНІД, вона поширилася по всьому світу і набула ознак пандемії. У 2011 р. понад 60 млн.

осіб було інфіковано ВІЛ. Найбільшу кількість нових випадків ВІЛ, що перевищила 3,2 млн. осіб, було зареєстровано у 1997 р. Завдяки інтенсивному використанню антиретровірусної терапії, починаючи з кінця 90-х років, спостерігається позитивна динаміка щодо зменшення кількості нових випадків ВІЛ-інфікування. За оцінками експертів ЮНЕЙДС, у 2009 р. кількість ВІЛ-інфікованих становила 2,6 млн., що на 21% менше, ніж у 1997 р. Протягом 2001–2009 рр. показник інфікування ВІЛ зменшився більш ніж на 25% у 33 країнах світу, у т.ч. в 22 країнах Африки, південніше Сахари. За останні п'ять років у Західній, Центральній і Східній Європі, Центральній Азії і Північній Америці показники зараження ВІЛ залишалися стабільними. Проте рівень поширеності ВІЛ-інфекції все ще залишається високим. Зниження смертності призвело до збільшення чисельності людей, які живуть з ВІЛ. У 2009 р. цей показник становив 33,3 млн. осіб, що на 27% більше, ніж у 1999 р.

Особливу тривогу викликає поширення епідемії ВІЛ/СНІД серед дитячого населення. І хоча протягом 2004–2009 рр. чисельність вперше зареєстрованих хворих дітей на ВІЛ-інфекцію зменшилася на 24%, цей показник залишається високим. У 2009 р. виявлено 370,0 тис. нових випадків ВІЛ-інфікування, нараховувалося 2,5 млн. ВІЛ-позитивних дітей, померло з цієї причини 260,0 тис., що на 19% менше, ніж у 2004 р. Зменшення смертності досягнуто завдяки розширенню послуг з профілактики передачі ВІЛ від матері дитині та збільшенню доступу до лікування. Важливою проблемою є сирітство внаслідок втрати дітьми батьків, хворих на СНІД. У 2009 р. у світі сиротами було 16,6 млн. дітей, майже 90% з яких живуть в країнах Африки, південніше Сахари.

Пріоритетною проблемою в глобальному масштабі є зупинення процесу появи нових випадків ВІЛ-інфекцій та забезпечення переходу, коли їх кількість буде меншою від чисельності людей, які починають лікування. Для цього потрібні рішучі дії. Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) запропонувала стратегію боротьби з епідемією на 2011–2015 рр. в напрямі досягнення мети «нуль», тобто досягнення «нуль нових інфекцій, нуль дискримінації і нуль смертей СНІД» шляхом загального доступу до профілактики, лікування, догляду і підтримки у зв'язку з ВІЛ.

Підвищення ефективності передбачається за трьома напрямками: профілактики ВІЛ; прискорення наступних фази лікування, догляду і підтримки; забезпечення захисту прав людини і гендерної рівності для здійснення заходів у відповідь на епідемію ВІЛ. Для кожного з напрямків накреслено цілі до 2015 р., а саме: зниження рівня передачі ВІЛ статевим шляхом у 2 рази, усунення вертикальної передачі ВІЛ та зменшення у 2 рази материнської смертності

внаслідок СНІДу, повне виключення ураження ВІЛ серед осіб, які вживають наркотики; забезпечення загального доступу до антиретровірусної терапії, зменшення в 2 рази числа смертей від туберкульозу серед людей, що живуть з ВІЛ, включення людей, які живуть з ВІЛ, і домогосподарств, яких торкнувся ВІЛ, в усі національні стратегії соціального захисту та забезпечення їм доступу до найважливіших послуг з догляду та підтримки тощо. Нова стратегія сприятиме розвитку регіональних стратегій партнерства з метою забезпечення реалізації в країнах більш цілеспрямованих та узгоджених заходів, створенню умов для інновацій, підвищенню ефективності боротьби з ВІЛ/СНІД.

ДЕМОГРАФІЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ЧИСЕЛЬНОСТІ ДІТЕЙ ТА ЇХ ПИТОМІЙ ВАЗІ В ЗАГАЛЬНІЙ СТРУКТУРІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Т.С. ГРУЗЄВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Демографічна ситуація в Україні характеризується невисокими показниками народжуваності, чисельності дітей та зменшенням їх частки у віковій структурі населення. Ще в 70–80-ті роки ХХ ст. рівень народжуваності в Україні становив 14–15‰, тоді як на початку 90-х років він знизився до 12,0‰. Це пов'язано з швидкою трансформацією політичної, економічної та соціальної сфер життя, що спричинило низку соціально-економічних проблем. Непристосованість переважної частини населення до нових умов і падіння рівня життя зумовили погіршення основних показників відтворення населення, призвели до зниження рівня демографічного, трудового та соціального потенціалу країни. Найнижчий рівень народжуваності було зареєстровано у 2001 р., коли показник становив 7,7 на 1000 населення. Якщо у 1991 р. в країні народилося 630,8 тис. дітей, то через 10 років – лише 376,4 тис., що в 1,7 разу менше. З 2002 р. народжуваність має тенденцію до зростання з 8,1‰ до 11,1‰ у 2009 р. Аналіз даних Державного комітету статистики України свідчить, що частка дитячого населення у загальній віковій структурі населення скоротилася з 21,4% у 1991 р. до 14,1% у 2008–2009 рр. Лише у 2010 р. питома вага дітей в структурі населення України дещо зросла (до 14,2%).

Згідно з показниками Європейської бази даних “Здоров'я для всіх” тенденції до зменшення частки дитячого населення є характерними для багатьох країн Європи. В цілому в країнах Європейського регіону ВОЗ цей показник протягом 20-тирічного періоду скоротився на 22,1%, в країнах Європейського Союзу – на 19,2%. Водночас, в Україні темпи його змен-

шення були найбільшими і становили 33,6%. В багатьох економічно розвинених країнах значною є питома вага дітей у загальній структурі, незважаючи на інтенсивні процеси постаріння і зростання чисельності населення старших вікових груп. Зокрема, в Норвегії дитяче населення становить 19,0% усіх жителів, в Данії – 18,7%, у Франції – 18,3%, Великій Британії – 17,5%, Фінляндії та Швеції – 16,7%.

На вікову структуру населення впливають показники народжуваності, смертності й тривалості життя. Смертність дітей до 1 року в Україні мала тенденцію до зростання з 1990 р., коли її рівень становив 12,8‰, до 1995 р., коли він досягнув 14,7‰. З 1996 р. намітилося скорочення малякової смертності, рівень якої у 2010 р. становив 9,1 на 1000 народжених живими, у т.ч. в містах – 8,0‰, селах – 10,3‰. Основними причинами смертності немовлят були стани, які виникають в перинатальному періоді (52,7%), природжені аномалії (23,8%), зовнішні причини смерті (5,8%), хвороби органів дихання (3,1%).

В Україні втрачено традиції багатодітності, змінилися погляди на сімейні традиції та формування сім'ї, скоротилися показники шлюбності, ускладнюють ситуацію екологічні та інші негаразди, що негативно впливає на формування людського потенціалу країни, у т.ч. на відтворення робочої сили, потенційних призовних контингентів та загалом несприятливо позначається на демографічних перспективах нації, загрожує непередбачуваними наслідками у майбутньому. Зважаючи на це, пріоритетними завданнями соціальної політики держави є заохочення материнства та батьківства, охорона здоров'я матерів і дітей, створення умов для їх всебічного розвитку, підвищення рівня і поліпшення якості життя.

ДИНАМІКА НЕЗАПАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТА У ДІТЕЙ В ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Л.П. ДЕДИШИН, С.К. ТКАЧЕНКО

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

Впродовж останніх років зберігається стійка тенденція до росту патології кістково-м'язової системи серед дитячого населення. У структурі патології опорно-рухового апарата у дітей та підлітків домінують малі ортопедичні аномалії (порушення постави, плоскостопість). Спостерігається ріст питомої ваги сколіозу, раннього остеохондрозу, частоти переломів кісток, які викликані неадекватно малою травмою, проте термін загоєння цих переломів зростає в 2–2,5 рази. Дебют захворювань опорно-рухового апарата припадає на ранній дитячий та підлітково-

вий періоди, коли відбувається інтенсивний ріст і диференціація кісткової тканини. Ряд несприятливих чинників (гіповітаміноз Д, гіпокальціємія, соматична патологія, ендокринопатія, надмірне фізичне навантаження, гіподинамія, сидяче положення на шкільних уроках, екологічні впливи тощо) негативно впливають на формування кістки, її ріст, сприяють розвитку різноманітної патології. Скринінговими ознаками патології кістково-суглобового апарата є наявні порушення постави, сколіоз, плоскостопість, скарги на біль в кістках, суглобах, спині, м'язах (без явної на те причини).

Саме виявлення ранніх симптомів ушкодження опорно-рухового апарата та оптимізація програми обстеження таких дітей і стали метою нашої роботи.

Робота виконується у рамках програми «Здоров'я наших дітей» у декілька етапів:

- анкетування школярів м. Львова віком від 6 до 16 років (105 запитань) та комп'ютерна обробка анкет, їх аналіз;
- огляд дітей в школах силами викладачів кафедр педіатрії та студентів медичного університету з розробкою науково-практичних рекомендацій і пропозицій;
- обстеження і лікування визначеної патології з розробкою профілактичних та реабілітаційних програм для школярів м. Львова.

Проведено анкетування та статистичну обробку 14000 анкет. За результатами проведеного аналізу анкет досить постійними скаргами у дітей віком від 6 до 16 років був біль у хребті. Так, їх частота становила 23,2% у дівчаток та 18% у хлопчиків молодшої шкільної групи. У старшокласників частота цих скарг зростала до 43,52% у дівчат та до 31,3% у хлопців. Локалізація болю була різною: частіше у шийному та грудному відділах хребта, рідше – в поперековому. Характер болю переважно тупий та пов'язаний з фізичними навантаженнями. У 31,5% дітей скарги на біль у хребті супроводжувалися скаргами на біль голови, у 20,4% – на біль в ділянці серця, у 25% – на біль у животі.

Огляд учнів перших класів (всього 328 дітей) перед вступом до школи дозволив виявити порушення постави у 12,5%. Через рік від початку навчання у школі цей відсоток зріс більш ніж удвічі і становив 28,5%. Ці показники корелюють із скаргами дітей на біль у хребті та потребують детального поглибленого обстеження та розробки лікувально-профілактичних програм.

Завданням наступного етапу виконання програми «Здоров'я наших дітей» є детальне обстеження відібраної групи дітей. Діагностичний алгоритм у групі дітей із скаргами на біль у хребті та виявленими змінами при огляді передбачає біохімічні аналізи, ЕКГ, рентгенологічні, ультразвукові обстеження, консультації кардіолога, невропатолога, ортопеда, проведен-

ня денситометрії. Аналіз отриманих результатів стане основою правильної та своєчасної діагностики уражень опорно-рухового апарата, розробки превентивних заходів у запобіганні прогресуванню патології.

ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ХВОРИМ НА ЦУКРОВОЙ ДІАБЕТ, В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ШКОЛИ-ІНТЕРНАТУ

О.А. ДЕМЧЕНКО

Харківська обласна школа-інтернат для дітей,
хворих на цукровий діабет

Цукровий діабет (ЦД) у дитячому та підлітковому віці стає гострою медико-соціальною проблемою у зв'язку з ранньою інвалідизацією та дизадаптацією даного контингенту. Успішне лікування діабету у дітей, профілактика його ускладнень стає можливою тільки при адекватному проведенню самоконтролю (СК) за хворювання, що значною мірою залежить від адекватності психологічної мотивації хворого на лікування, а в разі, якщо хворіє дитина, – важлива мотивація її батьків.

Метою дослідження є вивчення впливу психологічних факторів на перебіг діабету та диференційованої програми медико-психологічного втручання для хворих із різним рівнем адаптації.

Було здійснено клінічні та психологічні дослідження 100 дітей віком від 6 до 17 років, проведено інтерв'ю та психологічне обстеження 100 матерів дітей, хворих на ЦД. Вивчено стан компенсації ЦД (коливання рівня цукру крові протягом доби, добової глюкозурії та рівня глікозильованого гемоглобіну). Психологічне тестування із застосуванням шкали сімейного оточення (ШСО), шкали сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3) й методики Варга і Століна орієнтовано на вивчення особливостей батьківської позиції матері по відношенню до дитини.

Корекція перебігу ЦД складалась із «Діагностичного модуля», а саме: клінічних та психологічних досліджень і «Лікувально-психотерапевтичного модуля». Залежно від отриманих при обстеженні показників фізичного та психологічного стану нами розроблено диференційну програму, яка включала як медикаментозне лікування, так і когнітивно-емотивну терапію, сімейну психотерапію, психологічні тренінги. Психотерапевтичні сесії проводились в умовах школи, що є інноваційним методом покращення якості життя та соціального функціонування хворого.

Внаслідок психотерапевтичного втручання в 70% покращилась якість самоконтролю, зменшилась частота кетозів, гіпо- та гіперглікемій,

а також різких коливань рівня цукру крові протягом доби. Внаслідок індивідуальної психотерапії дитини отримано зниження рівня коливання глікемії протягом доби (від $10,7 \pm 0,56$ до $6,9 \pm 0,4$ ммоль/л; $p < 0,01$), в групі дітей, матері яких отримали індивідуальну психотерапію, коливання рівня глюкози крові за добу знизилось з $11,8 \pm 0,8$ до $5,8 \pm 0,5$ ммоль/л ($p < 0,01$). У дітей, які отримали сімейну терапію, зафіксовано значне зниження постпрандіальної глікемії з $13,0 \pm 1,6$ до $7,2 \pm 0,3$ ммоль/л ($p < 0,01$).

Комплексний підхід до лікування ЦД, який включає і психотерапевтичний вплив (індивідуальна, когнітивно-емотивна терапія, сімейна психотерапія та психотерапевтичні тренінги), є дієвим методом компенсації ЦД у дітей в умовах школи-інтернату.

ГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ В СІМ'ЯХ БАТЬКІВ, ОПРОМІНЕНИХ В ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

І.Г. ДЕМЕНКОВА, В.І. КОВАЛЬОВА

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

Серед багатьох проблем, що виникли після аварії на Чорнобильській АЕС, однією з важливих є соматичне здоров'я дітей, які народились від батьків, опроміненних в дитячому та підлітковому віці. Поєднаний вплив антенатальних факторів ризику на плід та опромінення батьків підвищують частоту реалізації мультифакторіальної патології у пробанда, призводять до формування морфогенетичних варіантів, які представлені широким спектром множинних зовнішніх стигм різної локалізації у поєднанні з комплексом ознак, що характеризують наявність синдрому дисплазії сполучної тканини.

Матеріалом для дослідження були дані клініко-генеалогічного обстеження та особливості фенотипу у 100 дітей, народжених в сім'ях, які мешкали на контамінованих радіонуклідами територіях.

Клініко-генеалогічний аналіз, проведений у родинях дітей, народжених від мешканців радіаційно забруднених територій, в результаті аварії на ЧАЕС, дозволив встановити, що у 96,2% обстежених дітей мала місце схильність до основних неінфекційних захворювань. Так, при аналізі родоводів у родичів трьох ступенів спорідненості найчастіше спостерігалася патологія серцево-судинної системи. Серед родичів I ступеня спорідненості також часто зустрічались захворювання травної системи та ендокринна патологія, серед родичів II ступеня спорідненості – онкопатологія та ендокринні захворювання. У родичів III ступеня спорідненості з до-

силь високою частотою відмічались онкологічні та шлунково-кишкові захворювання.

Обчислення фенотипової кореляції батьки-діти виявило розбіжності у величині показника спадковості h^2 . Найвищим цей показник був для патології репродуктивної системи і складав 0,569. Дещо меншим h^2 був для гінекологічних захворювань – 0,499. Значення показника спадковості для патології сечостатевої системи дорівнювало 0,472, а для захворювань опорно-рухового апарата величина цього показника склала 0,411.

При вивченні особливостей фенотипу у дітей, батьки яких зазнали радіаційного опромінення в дитячому та підлітковому віці внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, встановлено, що низький рівень малих аномалій розвитку (МАР) в обстежуваній нами групі дітей було виявлено у $9,0 \pm 2,86\%$ хворих, від 7 до 14 МАР – у $87,0 \pm 3,36\%$ дітей. При порівнянні із контрольною групою встановлено, що достовірно частіше множинні МАР (понад 6 МАР) спостерігались у дітей обстежуваної групи ($p < 0,01$).

Спектр мікро аномалій, визначений у дітей основної групи, відповідає морфогенетичним ознакам, характерним для дисплазії сполучної тканини, що свідчить про порушення пренатального генезу сполучної тканини.

Таким чином, для виявлення ефектів іонізуючого випромінювання медико-генетичне обстеження повинне бути обов'язковим, комплексним і передбачати оцінку генетичного ризику та характеристики фенотипу, з урахуванням рівня стигматизації у нащадків опромінених батьків.

РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В АР КРИМ

Г.В. ДОСІКОВА, Н.А. АФАНАСЬЄВА, О.М. ЗИГАР,
Л.Л. ОЛЕКСЕНКО

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

За даними МОЗ в Україні серед загальної кількості осіб із особливими потребами до 22% становлять діти та підлітки. Необхідно врахувати, що значна кількість дітей із особливими потребами у нашій країні не враховується статистикою. Батьки більшості цих дітей уникають стигматичних послуг. В суспільстві та державі є недостатнє розуміння того, що психічне благополуччя населення є однією з найважливіших запорок якості життя, соціальної єдності, продуктивності праці. Великий відсоток дітей із психічними порушеннями потребує вирішення та кардинальних змін в системі надання допомоги родинам із такими дітьми. Становище цих родин ускладнюється тим, що абсолютній більшості батьків не вистачає відповідних знань ме-

дичного, педагогічного та психологічного досвіду виховання дітей із особливими потребами.

На жаль, система спеціалізованих та державних програм, спрямованих на психологічну та соціальну підтримку цих родин відсутня. Розробка комплексної програми раннього втручання – це вихід для батьків дитини з обмеженими можливостями. Ми синтезували між собою технологію раннього втручання, в якій з дитиною від народження працює міждисциплінарна команда спеціалістів; методику оцінки розвитку дитини за шкалами KID, яка використовується для дітей від 2 до 16 місяців та оцінює рівень розвитку дитини у 5 галузях. RCDI – шкала, призначена для дітей від 15 місяців до 3,5 року та включає оцінку рівня розвитку дитини за 6 сферами; модель психолого-педагогічного супроводження родини дитини із спеціальними потребами включає поетапний супровід під час формування основних навичок дитини та її розвитку. На прикладі дітей із синдромом Дауна ми провели порівняльний аналіз особливостей розвитку дітей, які виховувались у родині за комплексною програмою раннього втручання, із показниками дітей, які знаходились в будинку дитини та не могли бути включені в програму. Було досліджено катамнез таких дітей за період 2003–2010 років. Нами встановлено, що показники фізичного розвитку відстають у 29 (16,2%) дітей, які були включені у програму, та у 45 (25,3%) дітей з будинку дитини. Нервово-психічний розвиток був уповільненим у 27 (10,8%) дітей, які виховувались за комплексною програмою раннього втручання, та у 69 (43,1%) дітей сиріт. Згідно з програмою ми розробили кожній дитині індивідуальний план корекції особистих проблем (природжені вади розвитку серця, патологія кістково-м'язової системи, офтальмологічні проблеми, порушення слуху, гіпотироз, аномалії кишечника). Відповідна коригуюча терапія проведена 52 (29%) дітям, які виховувались в родині та 12 (8%) – з будинку дитини. Поліпшення спостерігалися у 85% випадків.

Такий показник свідчить про ефективність проведених заходів та вказує на їх необхідність для активної медико-соціальної адаптації даної групи дітей.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

В.М. ДУДНИК, Ю.В. ВИЖГА, Г.С. ГУМІНСЬКА*,
Л.Л. ВІННІЧУК*, О.І. МАРЧУК*

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

*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

В Україні нараховується більше трьох тисяч хворих дітей на ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА), або 0,4 на 1000 дитячого насе-

лення. Лише в 23,4% випадків діагноз ЮРА встановлюється під час першого звернення до лікаря. Однак вже через рік спостереження можливі діагностичні помилки становлять близько 27,5%, що свідчить про складність клінічної діагностики даної патології. Саме тому вивчення діагностичних маркерів ЮРА, дослідження їх зв'язку з показниками клінічної та лабораторної активності запального процесу – пріоритетні напрями досліджень дитячої ревматології.

Метою нашої роботи було визначення вмісту антитіл до модифікованого цитрулінованого віментину як діагностичного маркера ЮРА.

В процесі дослідження було комплексно обстежено 40 дітей з діагнозом ЮРА (29 дівчаток та 11 хлопчиків), які знаходились на лікуванні у ВОДКЛ. Середній вік пацієнтів складав $9,4 \pm 1,6$ року. Середня тривалість захворювання становила $1,8 \pm 0,7$ року. У всіх пацієнтів відмічався виражений суглобовий синдром, що проявлявся вираженим суб'єктивним відчуттям болю (больовий індекс за шкалою Річі $2,3 \pm 0,12$ од.), боєм при пальпації (суглобовий індекс за шкалою Річі – $1,88 \pm 0,13$ од.), набряком суглобів у 80% дітей, а також вранішньою скутістю протягом години у 100% дітей. Середня кількість уражених суглобів у одного хворого склала $2,2 \pm 0,3$, що свідчить про тенденцію до олігоартритичного варіанту перебігу захворювання. Серед уражених суглобів найчастіше виявляли колінні – 78%, променезап'ясткові – 48,2%, гомілково-стопні – 40,8%, міжфалангові – 32%, ліктьові – 28,6%. При обстеженні дітей основної групи було виявлено і ураження внутрішніх органів у вигляді вторинної кардіоміопатії, що відмічалась у 6 (15%) дітей. Групу контролю складали 30 практично здорових дітей. Комплексне обстеження дітей включало загальноклінічні, біохімічні методи дослідження сироватки крові та кількісне визначення антитіл до модифікованого цитрулінованого віментину (анти-МЦВ) у сироватці крові (ELISA).

Нами встановлено, що у 23 (57,5%) обстежених дітей рівень анти-МЦВ перевищував референтні значення та становив $37,8 \pm 3,6$ Од/мл.

Ревматоїдний фактор у сироватці крові було виявлено у 1 (2,5%) дитини. Підвищення вмісту С-реактивного протеїну спостерігалось у $90 \pm 1,5\%$ хворих дітей. В контрольній групі обстежених дітей не виявлено анти-МЦВ та РФ.

З метою диференціальної діагностики суглобового синдрому у дітей до комплексу обстеження доцільно включати визначення вмісту антитіл до модифікованого цитрулінованого віментину в сироватці крові, що може бути достовірним і раннім маркером ювенільного ревматоїдного артрити.

ЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЕРИТРОПОЕТИНУ ДЛЯ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК ПРИ ХРОНІЧНИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАХ У ДІТЕЙ

В.М. ДУДНИК, Г.Ю. ЗВЕНИГОРОДСЬКА, Г.С. ГУМІНСЬКА¹

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

¹Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Еритропоетин займає головне місце в регуляції еритропоезу та синтезується переважно в нирках, а при прогресуванні хронічного захворювання нирок в міру розвитку склерозу інтерстиціальної тканини порушується його продукція.

Метою роботи було вивчення інкреторної функції нирок за рівнем ендogenous еритропоетину у дітей, хворих на хронічний гломерулонефрит.

Результати досліджень показали, що 36% обстежених дітей, хворих на хронічний гломерулонефрит, мали анемію. Азотвидільна функція у обстежених нами дітей порушена не була, хоча показники сечовини і креатиніну були достовірно вищими, ніж у здорових дітей. Показники функціонального стану нирок за кліренсом ендogenous креатиніну (швидкість клубочкової фільтрації та реабсорбція) у дітей із гломерулонефритом знаходилися в межах референтних значень ($112,97 \pm 1,28$ мл/хв та $99 \pm 0,1\%$ відповідно). Результати наших досліджень свідчили про збереження функції нирок та відсутність хронічної ниркової недостатності у обстежених дітей. При вивченні рівнів еритропоетину було встановлено достовірне зниження даного показника у дітей, хворих на хронічний гломерулонефрит, порівняно із здоровими дітьми ($7,54 \pm 0,69$ та $11,9 \pm 0,98$ мМО/мл відповідно; $p < 0,05$). Причому рівень еритропоетину був зниженим як у дітей із наявністю анемії ($9,74 \pm 1,42$ мМО/мл), так і у дітей, хворих на хронічний гломерулонефрит, без анемії та ознак хронічної ниркової недостатності ($6,2 \pm 0,58$ мМО/мл), тобто зниження еритропоетину передувало розвитку анемічного синдрому.

Отже, в результаті нашого дослідження встановлено, що пригнічення синтезу еритропоетину виникає вже на початкових стадіях хронічного захворювання нирок та є однією з причин раннього формування анемічного синдрому у дітей із хронічним гломерулонефритом. Низький рівень еритропоетину відображає стан ниркової паренхіми при хронічних захворюваннях нирок.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ НА ТЛІ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

К.Д. ДУКА, С.І. ІЛЬЧЕНКО, С.Г. ІВАНУСЬ

Дніпропетровська державна медична академія.
Міський дитячий кардіо-пульмонологічний центр

Одним з сучасних факторів, що сприяють реалізації хронічного бронхіту (ХБ) в дитячому віці, є бронхолегенева дисплазія (БЛД). Базуючись на тривалих катамнестичних спостереженнях, було визначено, що майже кожна десята дитина, яка знаходилась в неонатальному періоді на штучній вентиляції легень або довготривалій кисневій терапії, перебуває в диспансерній групі з діагнозом БЛД. У таких дітей вже у трирічному віці діагноз БЛД було змінено на рецидивний бронхіт у 37,5% випадків, на хронічний бронхіт – у 31,2%, на облітеруючий бронхіоліт – у 6,2%.

Аналіз клінічного перебігу хронічного бронхіту на тлі БЛД дозволив визначити його особливості, які дуже схожі з симптомами хронічного обструктивного захворювання легень у дорослих. Ендоскопічні ознаки ХБ у періоді клінічної ремісії виявлялись у вигляді деформуючого ендобронхіту, місцями з атрофією слизової оболонки бронхів. За даними аналізу архівних рентгенограм ОГК визначено посилення та/або деформацію легеневого рисунка (що може бути ознакою перибронхіального пневмосклерозу), нерівнозначне підвищення повітряності легеневої тканини, сегментарний пневмосклероз. Аналіз клініко-анамнестичних даних дітей з діагнозом БЛД і наявністю гемодинамічно значущої функціонуючої артеріальної протоки підтвердив її негативний вплив на клінічний перебіг БЛД як в гострому періоді, так і в подальшому, при формуванні хронічного бронхолегеневого захворювання.

Важливе наукове і практичне значення, на наш погляд, мають результати досліджень щодо визначення змін в клінічному перебігу БЛД за останні 5 років. Насамперед, це стосується появи так званої «нової» форми БЛД на тлі впровадження у неонатальну практику більш щадних режимів ШВЛ, терапії сурфактантом, а також інгаляційних кортикостероїдів, при зниженні середнього гестаційного віку новонароджених, що виживають. Незважаючи на відносно нетяжкий перебіг сучасних форм порівняно з «класичною» БЛД (80,8% дітей мають легкий і середній перебіг), в періоді ремісії були присутніми субклінічні ознаки ураження легень (рентгенологічні ознаки деформації легеневого рисунка – у 76,9%, емфізематозу – у 65,4%, пневмофіброзу – у 23,1%), а в періоді загострення відмічалась рефрактерність до традиційної симптоматичної терапії.

Практична педіатрія потребує розробки вітчизняних протоколів, що регламентують ліку-

вальні, діагностичні та профілактичні заходи для поліпшення надання медичної допомоги хворим з БЛД. Діти, які в неонатальному періоді зазнали ШВЛ або довготривалої кисневої терапії, в тому числі респіраторно асимптомні, підлягають диспансерному спостереженню педіатрами, пульмонологами та кардіологами в групі ризику з розвитку хронічного обструктивного захворювання легень протягом не менше 3 років. Ті, у яких БЛД трансформується в хронічний бронхіт, потребують індивідуальних програм лікування загострень (враховуючи чутливість до бронхолітиків), базисної терапії (враховуючи клінічні особливості перебігу захворювання та рентгенологічні ознаки ураження легень), корекції легеневої гіпертензії, гіпоксії та метаболічних порушень. Профілактичні заходи в цій групі дітей повинні бути спрямованими на запобігання зниження легеневої функції, розвитку або прогресування пневмофіброзу, персистенції респіраторних інфекцій та виснаження клітинного енергетичного потенціалу, що впливає на діяльність дихальних м'язів.

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРЕДДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

К.Д. ДУКА, О.С. КОРЕНЮК, Н.М. КРАМАРЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія

Стан здоров'я дітей переддошкільного віку характеризується підвищенням рівня гострої респіраторної захворюваності, анемії, захворювань шлунково-кишкового тракту, алергічних захворювань шкіри та ін. Одним з головних факторів профілактики цих станів є раціональне харчування за віком. На жаль, в практичній педіатрії увага приділяється переважно питанням вигодування дітей першого року життя. Відсутність належної уваги до питань харчування дітей другого та третього років життя визначається, з одного боку, зниженням частоти патронажної роботи дільничних педіатрів, з іншого – самостійним переводом дітей на загальний стіл у сім'ях. Різка зміна характеру харчування, без урахування функціональних можливостей системи травлення дітей цієї вікової групи, може сприяти розвитку таких патологічних станів, як ацетонемічний синдром, шлунково-кишкова диспепсія, алерго-дерматози, порушення трофіки.

Нами було проаналізовано стан здоров'я та особливості харчування дітей віком від 1 до 3 років. У дітей цієї групи (n = 52) було виявлено значні відхилення у стані здоров'я. У 13,4% випадків (n = 7) мала місце гіпохромна анемія 1–2 ступ. Порушення трофіки у вигляді надлишкової маси тіла спостерігались у 14 (26,0%) дітей, а у 5 (9,6%) – дефіцит маси тіла. У 19,2% випадків (n = 10) відмічалась прояви atopічного дерматиту. В групі обстежених ді-

тей у 15,3% випадків (n = 8) спостерігались функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, частіше у вигляді закрепів. Також у дітей цієї групи у 22,6% випадків (n = 12) мав місце ацетонемічний синдром.

Аналіз харчування дітей вікової групи від 1 до 3 років дозволив виділити цілий ряд помилок. Було виявлено недотримання режиму харчування, порушення технології приготування їжі з включенням жарених продуктів, а також застосування продуктів та страв, непридатних для дитячого харчування в цілому. Дуже часто у раціоні харчування дітей переддошкільного віку використовувалось цільне коров'яче молоко у великих об'ємах, при цьому, були відсутні адаптовані молочні суміші та кисломолочні продукти. В харчуванні дітей переважали каші, в той час, коли овочевих блюд було недостатньо. Звертало увагу вживання великої кількості продуктів факультативного харчування у вигляді солодощів, мучних та макаронних виробів.

Анатомо-фізіологічні особливості дітей переддошкільного віку вимагають адекватного відношення до харчування, яке значно відрізняється від харчування на першому році життя і поступово наближається до харчування дорослої людини. При організації харчування дітей від 1 до 3 років життя необхідно забезпечити фізіологічні потреби зростаючого організму за основними харчовими інгредієнтами та енергії, розширити асортимент продуктів та страв за рахунок включення овочевих страв, салатів, продуктів з рубленого м'яса. Об'єм молочних продуктів повинен бути достатньо великим та складати 500–600 мл на добу за рахунок включення спеціалізованих молочних сумішей та кисломолочних продуктів у вигляді дитячого кефіру, йогуртів. Необхідно пам'ятати про особливості технології виготовлення їжі для дітей цієї вікової групи. Рекомендується використовувати всі продукти у відвареному, запеченому та тушеному вигляді, з виключенням жарених страв. Актуальним залишається дотримання режимних моментів прийому їжі, зберігається 5–4-кратне харчування.

Раціональне вікове харчування дітей переддошкільного віку сприяє доброму фізичному та психомоторному розвитку, зміцненню імунної системи, що складає основу здоров'я дитини.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ПЕРІОДУ У ДІТЕЙ

К.Д. ДУКА, Н.М. КРАМАРЕНКО, О.С. КОРЕНЮК, О.О. ФІЛІНА

Дніпропетровська державна медична академія.
ДМКЛ № 2, м. Дніпропетровськ

Одним із актуальних питань педіатрії є вакцинопрофілактика у дітей. Вакцинація дітей першого року життя має велике значення в формуванні адекватної імунної відповіді на

більшість збудників інфекційних захворювань і є єдиним ефективним захистом від таких інфекцій, як дифтерія, правець, коклюш і поліомієліт. Крім того, у вакцинованих дітей інфекційні захворювання характеризуються більш легким перебігом, без розвитку ускладнень.

На жаль, неправильний підхід до висвітлення питань імунопрофілактики у дітей засобами масової інформації формує у населення негативне відношення до вакцинації. Останнім часом найбільш дискусійним є раціональність проведення вакцинації у дітей першого року життя. Більшість батьків впевнені, що проведення вакцинації у дітей з перших місяців життя має високий ризик розвитку поствакцинальних реакцій та ускладнень, тоді як у дітей старше одного року поствакцинальний період має більш сприятливий перебіг.

Нами було проведено аналіз результатів вакцинації 566 дітей, яким проводилась вакцинація проти коклюшу, дифтерії, правця (V1+V2+V3) вакцинами Infanrix та Pentaxim. 493 дітям (1 група) вакцинацію було проведено на першому році життя, відповідно до затвердженого календаря профілактичних щеплень. 73 дитини (2 група) пройшли вакцинацію у віці після 1 року. Основною причиною більш пізнього початку вакцинації дітей було бажання і власне переконання батьків.

При вивченні анамнезу в обох групах вагомим протипоказань до своєчасного проведення профілактичних щеплень не було. В першій групі дітей у 17,8% відмічалось перинатальне ураження ЦНС у вигляді гіпертензійного синдрому та синдрому вегето-вісцеральних розладів. У 12,9% дітей спостерігались зміни з боку шкіри у вигляді atopічного дерматиту та ексудативно-катарального діатезу. Повторні респіраторні захворювання реєструвались у 11,9% дітей цієї групи. Анамнестичні дані другої групи дітей суттєво не відрізнялись від дітей першої групи: перинатальне ураження ЦНС – у 16,4% дітей, atopічний дерматит – у 10,9%, повторні респіраторні захворювання – у 13,7% дітей. Аналіз анамнестичних даних дітей в обох групах не встановив значущих змін в стані здоров'я дітей, які вакцинувались. Це дозволило прогнозувати сприятливий перебіг поствакцинального періоду у дітей обох груп.

Подальший аналіз поствакцинального періоду встановив, що у дітей, які отримали вакцинацію на 1-му році життя, в 1,2% випадків (n = 6) було зафіксовано місцеву реакцію на ін'єкцію вакцини та в 1,8% випадків (n = 9) – загальну реакцію у вигляді підвищення температури, неспокою дитини. В групі дітей, яким вакцинацію було проведено у віці після 1-го року, місцева реакція відмічалась у 9,6% дітей (n = 7), а загальна реакція – у 2,7% дітей (n = 2).

Проведені дослідження дозволили встановити, що у дітей віком після 1 року життя відмічається підвищена реактогенність на вакцину,

що проявляється більш високою частотою місцевих та загальних реакцій в поствакцинальному періоді. Проведений аналіз анамнестичних даних вакцинованих дітей дозволив виключити зв'язок виникнення поствакцинальних реакцій в групі дітей старше 1 року із їх зміненням преморбідним фоном. Підвищена реактогенність імунної системи у дітей старше 1 року, можливо, пов'язана з більш напруженим станом імунної системи у зв'язку з поширенням зони спілкування дітей цього віку. Таким чином, рекомендації з проведення вакцинації на першому році життя відповідно до затвердженого графіку профілактичних щеплень є науково обґрунтованими та найбільш раціональними.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ

Г.М. ДУТЧАК, О.Б. СИНОВЕРСЬКА, О.В. КУЗЕНКО,
І.Б. ПАРАНДНІЙ*, О.В. ПАСТУХ*

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет".

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

Атопічний дерматит (АД) становить актуальну проблему сучасної педіатрії, оскільки ця недуга належить до найбільш поширених і тяжких за клінічним перебігом алергічних захворювань. Для АД характерний поліморфізм клінічних форм ураження шкіри, стадійність перебігу і розвиток супутніх патологічних змін з боку різних органів та систем організму.

Метою роботи було вивчення закономірностей перебігу АД залежно від віку дитини та наявності супутньої патології.

Обстежено 60 дітей віком від 1 до 18 років (39 хлопчиків та 21 дівчинку), які знаходилися на лікуванні в алергологічному відділенні Івано-Франківської обласної дитячої лікарні в періоді загострення АД. Діагноз верифікували, застосовуючи діагностичні критерії Hanifin, Rajka (1980). За віком дітей було розподілено наступним чином: I група – 1–3 роки (n = 24), II група – 4–12 років (n = 21), III група – 13–18 років (n = 15). Середній вік хворих становив $5,7 \pm 1,2$ року. Всім дітям було проведено клінічне обстеження з визначенням поширеності, морфологічної форми алергодерматозу та з оцінкою тяжкості на підставі підрахунку індексу SCORAD.

Аналіз клінічних проявів АД показав, що у всіх вікових групах майже вдвічі частіше хворіли хлопчики. Частка дітей з тяжким перебігом АД з віком зменшувалася і в I групі становила 37,4%, тоді, як у III групі – 26,7%. Найчастіше спостерігався середньотяжкий перебіг недуги. У більшості дітей площа ураженої шкіри становила від 10 до 50%, тобто процес мав поширений характер. Дифузне ураження шкіри було

більш характерним для малюкового (29,1%) й дитячого (23,8%) періодів. Вікові особливості морфології шкірних елементів були типовими. В малюковому періоді спостерігалася ексудативна (20,8%) та еритематосквамозна форма (79,0%), і не було виявлено ліхеноїдних змін, які появлялися у дітей II та III груп. Ускладнений перебіг в цілому спостерігався у 8 (13,4%) дітей. Було діагностовано такі ускладнення, як бактеріальні інфекції шкіри (8,4%), кандидоз (3,3%), герпесвірусна інфекція (1,7%). Причому, ускладнення розвивались частіше у дітей I групи (16,4%). Приєднання інших алергічних захворювань, в тому числі атопічної бронхіальної астми, відбувалося переважно у дітей II і III вікових груп. Інші алергічні захворювання виявлялися у 14,3% дітей II групи та 20,0% дітей III групи. Серед супутніх захворювань найчастіше у обстежених із АД зустрічалися дискінезія жовчовивідних шляхів – 30,0%, хронічний холецисто-холангіт – 11,7%, гастродуоденіт – 8,4%, реактивний панкреатит – 6,7%, рецидивуючий бронхіт – 15,0%, гельмінтози – 13,4%.

Отже, в молодшій віковій групі АД протікає тяжче, з віком кількість тяжких форм зменшується. Для алергодерматозу характерні вікові особливості морфології висипань з переходом від ексудативних змін до ліхеноїдних. Особливості клінічного перебігу АД в дитячому віці потребують індивідуального підходу до діагностики та лікування цього захворювання з урахуванням форми, стадії, тяжкості шкірного ураження, наявності респіраторних симптомів атопії, супутніх захворювань, віку пацієнта.

ВИКОРИСТАННЯ РОЗЧИНУ ДЛЯ ОРАЛЬНОЇ РЕГІДРАТАЦІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

В.В. ЄВТУШЕНКО, С.О. КРАМАРЬОВ, Л.В. ЗАКОРДОНЕЦЬ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Лихоманка при гострих респіраторних інфекціях у дітей може ускладнюватись дегідратацією та порушеннями обміну з розвитком кетонемії та кетонурії. Оптимальна кількість рідини для компенсації втрат та її склад залишаються до цього часу невизначеними.

Метою цього дослідження було вивчення ефективності розчину для оральної регідратації (ОРС) для підтримання водно-електролітного балансу та корекції вуглеводного обміну у дітей з гострими респіраторними інфекціями.

Дослідження просте контрольоване проспективне. До дослідження були залучені діти, які проходили стаціонарне лікування з приводу інфекційних респіраторних захворювань, що супроводжувались лихоманкою. Основну групу

складали 30 дітей, яким в комплексній терапії для підтримання водно-електролітного балансу призначали розчин ОРС. Групу порівняння – 30 дітей, які отримували стандартну терапію і компенсацію втрат рідини у яких проводили традиційними засобами (чай, питна вода тощо). Добову потребу в рідині розраховували зважаючи на фізіологічну потребу та компенсацію патологічних втрат рідини, пов'язаних з гіпертермією (додатково 10% рідини на кожен 1°C вище 37°C). Протягом 72 годин від моменту госпіталізації в обох групах щоденно проводили оцінку клінічних симптомів та дослідження сечі з напівкількісним визначенням концентрації кетонових тіл та рН.

На момент госпіталізації у 19 (63,3%) хворих основної групи та 20 (66,7%) дітей групи порівняння серед симптомів зневоднення найчастіше виявлялись сухість слизових оболонок та спрага. Не виявлено суттєвої залежності між респіраторними симптомами, проявами дегідратації та лихоманкою ($p > 0,05$). В обох групах на фоні терапії стан гідратації хворих нормалізувався, достовірної різниці при різних методах терапії не виявлено ($p > 0,05$). Підвищений рівень кетонових тіл у сечі під час вступу виявлено у 18 (60,0%) хворих основної групи та у 20 (66,7%) з групи порівняння. Рівень рН сечі в обох групах знаходився у межах 6–7. Було виявлено достовірний прямий зв'язок між рівнем кетонурії і рівнем температури тіла ($r = 0,46$, $p = 0,0002$). Рівень кетонурії корелював також з рН сечі ($r = 0,35$, $p = 0,006$). Крім того, виявлено достовірний зв'язок рівня рН сечі з частотою сечовипускань ($r = 0,29$, $p = 0,02$).

Після вступу до стаціонару рівень кетонурії мав тенденцію до нормалізації в обох групах спостереження, при цьому, більш швидко нормалізація рівня кетонових тіл спостерігалась в основній групі, проте різниця не була статистично достовірною ($p > 0,05$). Через 72 год спостереження як в основній, так і у групі порівняння в жодного хворого кетонів тіла у сечі не виявлялись. Рівень рН сечі у пацієнтів обох груп протягом терміну спостереження поступово зсувався у бік кислої реакції.

Таким чином, експрес-діагностика кетонурії може використовуватись для додаткової оцінки тяжкості захворювання та для діагностики порушень вуглеводного обміну. Застосування оральної регідратаційної терапії з використанням ОРС є ефективним засобом корекції водно-електролітних порушень та профілактики кетонурії у дітей з гострими респіраторними інфекціями.

ВПЛИВ ПОСТГІПОКСИЧНИХ ЗМІН ЕЛЕКТРОЛІТНОГО БАЛАНСУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА У НОВОНАРОДЖЕНИХ

І.Б. ЄРШОВА, Л.О. СІНГХ

Луганський державний медичний університет

Хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода, зумовлена різними причинами, призводить до незрілості й порушень адаптивних процесів, в тому числі й мінерального обміну у новонародженого. Ці порушення зберігаються протягом тривалого часу після народження. Дисбаланс електролітів супроводжується змінами в міокарді, що виявляється при інструментальному обстеженні дитини.

Метою дослідження було встановлення взаємозв'язку між порушеннями балансу електролітів і електрокардіографічними змінами, що відображають функціональний стан міокарда у здорових новонароджених і дітей, які народились в асфіксії в ранньому неонатальному періоді.

Нами було обстежено 69 новонароджених віком від 1 до 7 діб життя. Групи спостереження були сформовані наступним чином: 1 – здорові новонароджені, 2 – клінічно здорові новонароджені, антенатальний період у яких перебігав в умовах хронічної матково-плацентарної недостатності, 3 – діти, які народились в асфіксії внаслідок гострої гіпоксії, 4 – діти, які народились в асфіксії внаслідок гострої гіпоксії на фоні хронічної внутрішньоутробної гіпоксії.

Проводилось визначення рівнів вмісту кальцію, магнію і калію в сироватці крові, а також електрокардіографічне (ЕКГ) обстеження новонароджених – безпосередньо після народження та в перші дні життя.

Серед новонароджених, які народились в асфіксії, виявлено гіпокальціємію у 60% дітей (у 1/3 з них мала місце виражена гіпокальціємія) та гіпомагніємію у 20% (з них у 80% встановлено виражену гіпомагніємію).

В половині випадків гіпомагніємію зареєстровано в групі дітей, котрі перенесли хронічну внутрішньоутробну гіпоксію за відсутності гострої інтранатальної гіпоксії.

У 10% новонароджених нами зареєстровано порушення балансу одночасно 3-х електролітів – кальцію, магнію та калію. У всіх цих дітей антенатальний період перебігав в умовах хронічної матково-плацентарної недостатності. Серед обстежених нами новонароджених, які народились в асфіксії внаслідок лише гострої гіпоксії, не було виявлено одночасного порушення вмісту 3-х електролітів в жодній дитини.

Найбільший прояв електролітного дисбалансу відмічався в групі дітей, які народились в асфіксії внаслідок гострої гіпоксії на фоні хронічної внутрішньоутробної гіпоксії: відмічено тенденцію до більш низьких величин кальцію в

сироватці наприкінці першої доби життя і магнію наприкінці першої та другої діб життя.

У 27,8% дітей, які народились в асфіксії, виявлено збільшення часу електричної систоли міокарда шлуночків, при цьому збільшення фази реполяризації реєструвалось втричі частіше, ніж збільшення фази депольаризації міокарда шлуночків. У 36% новонароджених з асфіксією виявлено ознаки ішемії міокарда.

У 83,3% новонароджених з постасфіксичними змінами серця зареєстровано порушення балансу електролітів: зниження вмісту кальцію – в 53,3%, магнію – в 20%, калію – в 26,7%; поєднане порушення названих мікроелементів виявлено в 20% спостережень.

Таким чином, наведені дані свідчать, що зміни з боку серця та порушення балансу електролітів вимагають поряд з іншими клініко-лабораторними методами обстеження, чіткого лабораторного контролю вмісту електролітів та електрокардіографічного обстеження.

ВПЛИВ БАЗИСНОЇ ТА МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМ У ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН З МОДЕЛЬОВАНОЮ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

О.К. ЗАГОРУЛЬКО, М.І. ДМИТРИЄВСЬКА, М.М. КАЛАДЗЕ

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

З метою виявлення змін з боку ССС у дітей з БА та впливу на ССС базисної терапії, що застосовується при терапії БА, було проведено експериментальне дослідження на 24 морських свинках статевозрілого віку, які є адекватним видом тварин для експериментального моделювання БА. Вік тварин становив 5–6 місяців на початку проведення експерименту, а середня маса – 500–700 г. Для моделювання БА ми використали модифіковану методику експериментальної бронхіальної астми у морських свинок за J.J. Vie (2000).

Одержані морфологічні результати дослідження тканини легенів експериментальних тварин свідчили про те, що в ході експерименту вдалося змодельовати хронічне алергічне запалення в тканині легенів, характерне для БА.

Принципової різниці в будові лівого і правого відділів серця у здорових тварин нами не виявлено.

При бронхіальній астмі в лівому шлуночку відмічаються незначні зміни, які зводяться, в основному, до явищ перимізіального набряку з незначними розпушеннями в області вставних дисків, частковою фрагментацією міофібрил на окремих ділянках і більш або менш вираженим розширенням профілів каналців цитоплазма-

тичної мережі. В судинах мікроциркуляторного русла відмічається розпушення міжклітинних контактів виникненням слабо вираженого периваскулярного набряку. У правому шлуночку мають місце схожі зміни. Однак слід зазначити, що описані явища перимізіального набряку, порушення цілісності окремих міофібрил, зміни матриксу мітохондрій з його просвітлінням і порушенням правильності орієнтації крист та їх організації носять більш поширений характер, що, очевидно, є наслідком змін, які розвиваються в судинах мікроциркуляторного русла.

Таким чином, на підставі електронно-мікроскопічних досліджень можна зробити висновок, що зміни, які виникають в серці при експериментальній бронхіальній астмі, більш виражені в правому шлуночку.

Застосування фліксотиду супроводжується наступними змінами в міокарді лівого шлуночка. Загальний план будови міокардіоцитів зберігається. Порушення цілісності міофібрил практично не зустрічаються, а такі зміни з боку мітохондрій, як просвітління матриксу з дисккомплексцією і дезорієнтацією крист з їх частковою фрагментацією, зустрічаються рідко.

При застосуванні кардонату будова вставних дисків у правому шлуночку майже повністю нормалізується, а структура міокардіоцитів виглядає нормальною на значному протязі м'язових волокон.

Отже, експериментальні дані при моделюванні бронхіальної астми у морських свинок свідчать про зміни в стінках судин мікроциркуляторного русла і кардіоміоцитах переважно правого шлуночка; застосування фліксотиду і кардонату сприяє відновленню транспілярного газообміну в респіраторному відділі легені і нормалізації структури кардіоміоцитів.

ЕКОЛОГІЧНА СКЛАДОВА ПРИ НЕФРОПАТІЯХ У ДІТЕЙ

О.В. ЗУБАРЕНКО, В.А. РОЗАНОВ, Т.В. СТОЄВА,
Л.Г. КРАВЧЕНКО, Н.Г. ЛОТИШ, Г.К. КОПІКА

Одеський національний медичний університет.
Одеський національний університет ім. І.І. Мечникова

У структурі захворюваності дитячого контингенту наразі стійко переважають ураження тих систем та органів, які на межі внутрішнього та зовнішнього середовища виконують функції виведення, а саме дихального, травного й сечовивідного трактів.

Значення екологічного контролю вимагає розширення кола досліджуваних проблем, що зумовлені певними особливостями сьогодення. По-перше, це стосується розширення спектру несприятливих факторів, як-то стрімкий ріст автотранспортних засобів та якість пального, збільшення ненатуральних продуктів харчуван-

ня та напоїв, використання неякісних синтетичних матеріалів для виготовлення дитячого посуду, іграшок, одягу. По-друге, це переважно відокремлене вивчення доволі сталих маркерів контролю за станом зовнішнього середовища, які є незмінними та не враховують нових форм забруднення, показники гомеостазу дитячого організму. По-третє, це неспецифічний характер порушень (зсуви окисно-відновлювальних реакцій, послаблення захисно-приспосувальних та адаптаційних механізмів), які виникають в організмі за наявності шкідливого впливу зовнішнього середовища, не мають маніфестного перебігу та тривалий час залишаються не діагностованими.

У роботі проведено вивчення мікроелементного стану та клініко-анамнестичних особливостей у 39 дітей з дисметаболічною нефропатією. При клінічному обстеженні встановлено наявність супутніх захворювань, а саме: патології травного тракту, переважно функціонального характеру (28,8±7,2%), синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини (35,9±7,7%), рекурентних респіраторних захворювань (20,5±6,5%). Вивчення анамнестичних особливостей показало наступні несприятливі фактори мешкання: проживання поблизу АЗС (28,2±7,2%), автостоянок (58,9±7,8%), автомагістралей (84,6±5,7%), залізниці (15,4±5,7%). Повноцінне харчування, збалансоване за основними нутрієнтами, зареєстровано лише у 7 (17,9±6,1%) дітей. Вивчення особливостей питного режиму показало загальне його зниження у 64,1% дітей. Переважна кількість обстежених (61,5±7,9%) вживала доочищену питну воду, 30,7±7,4% – переварену воду та 15,4±5,77% – воду з бювету; 71,7±7,21% дітей періодично пили солодкі газовані забарвлені напої. У результаті проведеного лабораторного обстеження встановлено, що у 32 (82,1±62%) хворих на дисметаболічну нефропатію спостерігаються зсуви елементного балансу, а саме збільшення рівня свинцю у 25 (64,1±7,7%), кальцію – у 7 (17,9±6,1%), марганцю – у 5 (12,8±2,9%), нікелю – у 4 (10,2±4,8%) пацієнтів, з одночасним зниженням концентрації магнію в 17 (43,6±7,9%) та цинку – в 15 (38,5±7,8%) обстежених. Характерно, що при вивченні одного з етапів біотрансформації у 89,7% виявлено порушення реакцій перекисного окиснення ліпідів та антиоксидантної системи за першим (у 2/3 дітей) та другим (у 1/3 пацієнтів) типом. Визначено, що у 84,6±5,77% обстежених спостерігалось парціальне порушення каналцевої функції нирок, у 76,9±6,7% – зниження антикристалоутворюючої здатності сечі, у 74,3±6,9% зареєстровано підвищення активації процесів пероксидації у сечі.

Враховуючи, що порушення мікроелементного складу здебільшого зумовлені екзогенними причинами, розладами процесів біотрансформації, наявністю несприятливих чинників зо-

внішнього середовища, потрібно враховувати вклад екологічних факторів у формування нефропатій у дітей. Проблема потребує подальшого вивчення на доказовому рівні (А, В) з метою проведення спрямованої корекції.

СТРУКТУРА ПРОЯВІВ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ РАДІАЦІЙНОЇ ДІЇ В РЕЗУЛЬТАТІ АВАРІЇ НА ЧАЕС

О.Ю. ІВАНІНА, З.В. НЕСТЕРЕНКО

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Особливості проявів дисплазії сполучної тканини (ДСТ), при високій її поширеності серед дитячого населення, залишаються невивченими у дітей, які зазнали радіаційної дії (РД) в результаті аварії на ЧАЕС.

Мета роботи: визначити структуру проявів ДСТ у дітей, які зазнали РД в результаті аварії на ЧАЕС.

Проаналізовано стан здоров'я та вісцеральні прояви ДСТ у 448 дітей 1–18 років, які зазнали РД в результаті аварії на ЧАЕС (І група – 134 дитини), і дітей, які народилися в сім'ях ліквідаторів ЧАЕС (ІІ група – 314 дитини). Групу контролю (ГК) склали 107 дітей, які не зазнали РД в анамнезі. Діагноз ДСТ встановлено згідно з прийнятими критеріями.

Вісцеральні прояви ДСТ із втягненням нервової (НС) і серцево-судинної систем (ССС) у дітей І–ІІ груп відмічено в 3,1–3,3 і 1,9–2 рази частіше порівняно з ГК (69,5–74,3–22,4% і 46,0–48,8–24,3% відповідно). У дітей І групи з ознаками ДСТ втягнення дихальної системи (ДС) зустрічається в 1,6 разу частіше, ніж в ІІ групі і в 4,7 частіше, ніж в ГК (65,7–39,8–19,6% відповідно). Ознаки ДСТ шлунково-кишкового тракту (ШКТ), сечовидільної системи (СВС) і органу зору (ОЗ) відмічалися в ІІ групі в 1,2, 1,5 і 1,4 разу частіше, ніж в І групі і в 3,4, 6,1 і 1,4 разу частіше, ніж у дітей ГК (40,3–47,3–14%; 22,7–34,4–5,6%; 13,9–19,8–14% відповідно). Ураження кістково-суглобової системи (КСС) у дітей І–ІІ груп відмічено в 2,2 і 1,7 разу рідше, ніж у дітей ГК (27,9–35,6–62,6% відповідно).

Прояви ДСТ в 3–4 системах організму спостерігалися в 1,5–1,3 разу частіше в І групі порівняно з ІІ, і в 1,6–2,2 разу частіше за ГК (20,5–13,8–13%; 18,1–14,3–8,4% відповідно); у 5 системах – у дітей І–ІІ груп в 17 разів частіше за дітей ГК (15,7–14,9–0,9% відповідно). Втягнення 1–2 систем відмічено у дітей ГК в 2–2,5 разу частіше порівняно з пацієнтами І–ІІ груп (12,8–17,7–40,2; 16,7–19,4–33,6% відповідно). Одночасне втягнення при ДСТ 6–8 систем відмічалось тільки у дітей І–ІІ груп з переважанням проявів в 1,7–3,5 разу у дітей ІІ групи

порівняно з I групою (6,7–11,3%; 5,5–10,3%; 0,3–1,1% відповідно). Таким чином, втягнення НС, ССС у дітей з ДСТ виявлено частіше в I–II групах, а ДС – частіше у дітей I групи, ШКТ, СВС, ОЗ – в II, КСС – в ГК. Одночасне втягнення при ДСТ 3–4 систем частіше спостерігалося у дітей I групи, більше 5 систем – у дітей II групи і достовірно частіше ($p \leq 0,001$), ніж в контрольній групі.

Отже, у дітей, які зазнали радіаційної дії, частіше відмічається втягнення НС, ДС, ССС, ШКТ, СВС при ДСТ, в цілому, 2–5 систем організму. У дітей, які народилися в сім'ях ліквідаторів ЧАЕС, частіше виявляються прояви ДСТ з ураженням ШКТ, СВС, ОЗ і, в комплексі, 5 і більше систем організму. Потрібно подальше вивчення частоти і тяжкості прояву ДСТ у дітей досліджуваних груп.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ ПРИ АСТМІ ФІЗИЧНОГО НАПРУЖЕННЯ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Л.А. ІВАНОВА, Г.І. МЕЛЬНИК*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.
*Міська дитяча поліклініка, м. Чернівці

Останніми десятиріччями збільшився інтерес спеціалістів до проблеми бронхіальної астми фізичного напруження (БАФН). Актуальність проблеми зумовлена необхідністю підвищення толерантності цих хворих до фізичного навантаження, обмеження якого часто необґрунтовано рекомендують педіатри. Фенотип бронхіальної астми фізичного напруження розглядається як неоднорідна група з різними патогенетичними варіантами захворювання. Для її верифікації в якості додаткових діагностичних методів зазвичай використовують спірографічні проби з дозованим фізичним навантаженням. Але при проведенні цих досліджень не враховується наявність у хворого вихідного бронхоспазму, який визначається за спірографічною пробю з інгаляцією бета-агоніста короткої дії (наприклад, сальбутамолу). Комбінація даних спірографічних тестів, відображуючи загальну лабільність бронхів, дозволяє більш повно оцінити змінену реактивність бронхів. Водночас діагностична цінність бронхопровокаційної проби з фізичним навантаженням та інгаляцією бета-агоніста швидкої та короткої дії в верифікації БАФН у дітей недостатньо вивчена.

Мета роботи – визначити діагностичну цінність бронхопровокаційного тесту з дозованим фізичним навантаженням та інгаляцією сальбутамолу у виявленні бронхіальної астми фізичного навантаження в хворих шкільного віку.

На підставі комплексного обстеження в умовах пульмоалергологічного відділення обласної

дитячої клінічної лікарні м. Чернівці 88 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, сформовано дві клінічні групи спостереження. Першу групу склали 40 дітей, хворих на БАФН, другу – 48 пацієнтів без ознак астми, що провокується фізичним навантаженням. Астму фізичного напруження діагностували за наявності в анамнезі хворого вказівки на появу симптомів БА після фізичного навантаження та/або визначення індексу бронхоспазму більше 15%. За основними анамнестичними характеристиками клінічні групи були порівнюваними.

У роботі показано, що в дітей, які страждають на астму фізичного напруження, показники лабільності бронхів суттєво вищі за рахунок бронхоспазму і бронходилатації порівняно з хворими, в яких напади астми не провокуються фізичним навантаженням. ІВД \geq 17% зі специфічністю 89,6% та передбачуваною цінністю позитивного результату 96,5%, а також ПЛБ \geq 42% зі специфічністю 97,9% та передбачуваною цінністю позитивного результату 96,5% підтверджують наявність у дитини БАФН. При реєстрації у дитини ПЛБ \geq 42% ризик наявності БАФН у 3,2 разу вищий, ніж у хворих із нижчими результатами тесту. ПЛБ \leq 20,0% зі специфічністю 90,0% та передбачуваною цінністю 90,9% спростовує БАФН у дитини. За наявності у дитини ПЛБ \leq 20,0% ризик відсутності БАФН у 2,3 разу вищий порівняно з однолітками з більш високим даним показником.

Таким чином, отримані дані щодо високої діагностичної цінності та показників ризику окремих спірографічних тестів дозволять підвищити толерантність дітей, хворих на бронхіальну астму, до фізичного навантаження, обмеження якого часто необґрунтовано рекомендують педіатри.

ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВІСТЬ БРОНХІВ ЗА РІЗНИХ ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ

Л.А. ІВАНОВА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Як показав клінічний досвід останніх років, терапія бронхіальної астми згідно з існуючими протоколами діагностики та терапії дає можливість досягти контролю лише у 60% випадків. Це, ймовірно, пов'язане з недооцінкою фенотипів захворювання. Наразі залишається невивченим питання щодо частоти формування різних фенотипів бронхіальної астми та стану гіперсприйнятливості бронхів при них.

Метою роботи було дослідити показники гіперсприйнятливості бронхів при різних фенотипах бронхіальної астми в дітей.

В умовах пульмонологічного відділення ОДКЛ № 1 м. Чернівці обстежено 372 дитини,

хворі на бронхіальну астму. Середній вік становив $11 \pm 0,36$ року, серед обстежених було 76,4% хлопчиків. Усім хворим проведено комплексне дослідження, що включало оцінку неспецифічної гіперсприйнятливості бронхів та гіперчутливості шкіри до основних небактеріальних алергенів. Діагноз бронхіальної астми встановлювали згідно з рекомендаціями GINA- 2008.

Нами виділено 6 фенотипів бронхіальної астми в обстежених хворих: астму пізнього початку, фізичного навантаження, атопічну, тяжку, еозинофільну та гіперреактивну. Проведені дослідження показали, що найбільшу частку (43,54%) склала група дітей, в яких відмічено поєднання двох фенотипів бронхіальної астми. Один фенотип захворювання було виділено у 26,34% випадків, поєднання трьох – у 21,77%, чотирьох – у 8,06% спостережень.

Серед обстежених пацієнтів астму пізнього початку зареєстровано у 272 (73,1%), тяжку – у 103 (27,7%) дітей. Еозинофільну та атопічну астму діагностовано у 66 (17,7%) та 97 (26,1%) хворих відповідно. Астму фізичного навантаження зареєстровано у 105 (28,2%) обстежених нами дітей, а гіперреактивну – у 46 (12,36%).

На підставі проведених досліджень можна стверджувати, що найбільш лабільними виявились бронхи у хворих з фенотипом тяжкої астми та астмою фізичного навантаження – індекс лабільності бронхів (ІЛБ) становив $35,8 \pm 3,1$ та $41,0 \pm 2,1\%$ відповідно. Найбільша ригідність бронхів спостерігалась при атопічній астмі (ІЛБ = $21,5 \pm 2,2\%$). Високим ІЛБ у цих пацієнтів був переважно за рахунок бронхоспазму. Так, індекс бронхоспазму в групі пацієнтів із тяжкою та астмою фізичного навантаження становив $19,26 \pm 2,1$ та $25,09 \pm 1,3\%$ відповідно.

Водночас, чутливість до гістаміну виявилась найвищою у хворих із гіперреактивною астмою – показник РС20Н становив $0,24 \pm 0,03$ мг/мл, а найнижчою в групі дітей з атопічною астмою (РС20Н = $3,9 \pm 1,1$ мг/мл).

Отримані нами результати досліджень дають підставу вважати, що можна виділити окремі фенотипи бронхіальної астми в дітей, які відображують особливості перебігу захворювання в конкретного пацієнта, а гіперреактивність дихальних шляхів є характерною для всіх хворих. Особливості гіперсприйнятливості бронхів за різних фенотипів бронхіальної астми в дітей слід враховувати при розробці індивідуалізованих лікувально-профілактичних заходів.

ОРГАНІЗАЦІЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ТРЕНАЖЕРНОМУ ЗАЛІ НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

О.Г. ІВАНЬКО, В.Я. ПІДКОВА, М.Ю. КОЛЧИНА,
Е.В. НЕДЕЛЬСЬКА, О.С. КРУТЬ, Н.В. КИЗИМА, А.О. ШУЛЬГА,
І.В. ПАЩЕНКО, О.А. РАДУТНА

Запорізький державний медичний університет

Мета роботи – за допомогою вправ фізичної реабілітації, впроваджених на заняттях фізичною культурою в медичному університеті, поліпшити стан здоров'я підлітків, хворих на первинну артеріальну гіпертензію (АГ).

Дослідницька робота передбачала 3 етапи. На I етапі під час обов'язкового профілактичного огляду студентів, дівчаток і юнаків віком 16–17 років, а далі на засадах декількох додаткових офісних вимірювань артеріального тиску (АТ), відбирались особи с ризиком артеріальної гіпертензії. Діагноз первинної АГ встановлювали після клінічного обстеження в університетській клініці, яке містило серед інших тестів обов'язковий добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) та дослідження фізичної працездатності за тестом PWC₁₇₀. Проведене анкетування студентів, яке включало питання дотримання здорового способу життя і необхідності занять фізичною культурою, виявило низьку інформованість студентів-першокурсників у питаннях артеріальної гіпертензії. Ніхто із обстежених не вважав себе хворою людиною. Тому ми вважали доцільним проведення роз'яснювальної роботи з майбутніми лікарями і провізорами у руслі «обережне ставлення до свого здоров'я – запорука боротьби за здоров'я пацієнтів». Водночас адміністративні важелі заохочення до занять вправами фізичної реабілітації виявились також ефективними, тому що заняття фізичною культурою входять до програми навчання.

На II етапі роботи у залучених до досліджень 32 осіб проводили тренування на велотренажерах у спеціально організованому фітнес-залі університету. Починали заняття з урахування індивідуального початкового рівня фізичної працездатності (за тестом PWC₁₇₀), показників АТ, толерантності до фізичних навантажень. Далі переходили до основного періоду тренувань. «Пульсова цінність» вправ складала 150–170 ударів за хвилину протягом 20–30 хвилин віртуального велосипедного пробігу. Його швидкість становила 15–20 км/год, енергетичні витрати 300–400 ккал. Тренування здійснювали двічі на тиждень протягом 7 місяців. Додаткові заняття фізичною культурою не обмежували. Дослідження передбачали спостереження додаткових груп контролю, які містили осіб з АГ, що на період досліджень не виконували вправ на велотренажері, і тих, хто мав нормальний артеріальний тиск та виконував впроваджену тренувальну програму.

На III етапі встановлювали 6–8-місячний катанез після закінчення реабілітаційного курсу з вивченням ДМАТ і PWC₁₇₀.

За даними наших досліджень було виявлено, що відразу після фізичних вправ означеної інтенсивності у переважній більшості осіб в перші години після тренування рівень АТ знижується, навіть якщо перед тренуванням тиск був підвищеним. Цей факт свідчить про терапевтичний вплив тренування при АГ у підлітків. За даними катанезу виявлено підвищення фізичної працездатності у юнаків та дівчат, які тренувалися, а також довготривалий позитивний вплив тренувань на рівень АТ, насамперед діастолічного.

Таким чином, організація фізичної реабілітації підлітків з АГ в тренажерному залі навчального закладу – це один із можливих підходів до запобігання прогресуванню АГ у підлітків 16–18 років. 30-хвилинні заняття на велотренажері, що проводяться двічі на тиждень, через 7 місяців сприяють поліпшенню фізичної працездатності і нормалізації артеріального тиску.

ВПЛИВ ОЛІГОСАХАРИДІВ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

О.С. ІВАХНЕНКО

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

Всім відомо, що грудне молоко (ГМ) є «золотим стандартом», еталоном функціонального харчування дітей першого року життя, і одним з основних компонентів, який забезпечує цей ефект, є олігосахариди. На даний час є суміші для вигодовування дітей, які також містять комплекси олігосахаридів.

Метою даного дослідження було виявлення впливу пребіотичного комплексу олігосахаридів GOS/FOS IMMUNOFORTIS під час штучного вигодовування дітей першого року життя на показники захворюваності дітей протягом 18 місяців життя.

Для участі у даному дослідженні було залучено 160 здорових доношених дітей першого місяця життя. Дітей залежно від виду вигодовування було розподілено на дві групи: перша (основна) група – 80 дітей, які отримували суміш з олігосахаридами Nutrilon 1, друга (контрольна) – 80 дітей, які отримували іншу високоадаптовану суміш без олігосахаридів. За час дослідження з різноманітних причин з першої групи вибуло 18 дітей, з другої – 24. Таким чином на момент закінчення дослідження в першій групі знаходилось 62 дитини, у другій – 53. В групах порівнювали кумулятивну частоту інфекцій травного каналу і дихальної системи, а також атопічного дерматиту (АД) і обструк-

тивного бронхіту (ОБ) за 18 міс. При цьому ми використовували стандартні визначення інфекцій, АД і ОБ (А. Muraro et al., 2004). Спостереження проводили в динаміці: огляди у віці 1, 3, 6, 9, 12 і 18 місяців, з використанням оглядів, аналізу щоденників спостереження, телефонних опитувань. Крім того, оцінювали показники фізичного розвитку дитини. Середня тривалість вигодовування визначеними сумішами немовлят основної та контрольної груп була $8,19 \pm 3,45$ і $8,22 \pm 2,99$ міс ($p = 0,97$). Середній вік дітей у групах на момент призначення коров'ячого молока практично не відрізнявся – $8,40 \pm 3,58$ і $8,17 \pm 3,31$ міс ($p = 0,80$) у дітей першої і другої груп, подібна картина спостерігалась і за середнім віком на момент введення прикорму – $4,68 \pm 0,89$ і $4,65 \pm 1,19$ міс відповідно ($p = 0,90$).

Аналізуючи гостру захворюваність дітей протягом перших 18 міс життя, ми визначили, що кількість випадків гострих респіраторно-вірусних інфекцій, гострих бронхітів та діарей у дітей основної групи, які вигодовувались сумішшю Nutrilon, була істотно меншою, ніж у малюків з групи порівняння, які отримували високоадаптовані суміші без ОС, що засвідчує протективний ефект сумішей, збагачених олігосахаридами GOS/FOS IMMUNOFORTIS. Алергічна захворюваність протягом перших 18 місяців життя у дітей основної та контрольної груп також була меншою у дітей, які вигодовувались сумішшю з ОС (56 проти 65%; $p = 0,26$), але без істотних статистичних відмінностей.

Вигодовування немовлят сумішшю, збагаченою IMMUNOFORTIS, в перші 6 міс життя, забезпечує імуномодельючий ефект, подібний до ефекту грудного молока, природним шляхом зміцнюючи імунну систему немовлят, і є корисним для здоров'я малюка, зменшує частоту респіраторних інфекцій та діарей і може мати захисний ефект щодо алергічних захворювань протягом перших 18 міс життя.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЮ ДИСПЛАЗІЕЙ

С.И. ИЛЬЧЕНКО, В.И. ЧЕРГИНЕЦ, Т.П. КВИТНИЦКАЯ,
О.Р. ПРИХОДЬКО, С.Н. ТАРАН

Днепропетровская государственная медицинская академия.
Городской детский пульмонологический центр

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) – заболевание, в основе которого лежат морфологические изменения в паренхиме легких, приводящие к нарушению перфузии газов и гипоксии. Лечение и реабилитация детей с БЛД – длительный процесс. Обязательным условием для оказания адекватной лечебно-профилактической помощи является наличие постоянного доступа к кислороду, возможность проведения

небулайзерної терапії, дотримання строгого протиепідемічного режиму (наличие боксированного відділення).

Диспансерне спостереження за дітьми з діагнозом БЛД здійснює територіальний лікар-педіатр. Мета диспансеризації – забезпечити адаптацію дитини до умов позабульварної життя і запобігти формуванню хронічного бронхіту. В своїй роботі територіальний лікар керується загальними вимогами до диспансеризації і індивідуальними рекомендаціями виписки з неонатологічних стаціонарів і суміжних спеціалістів.

Виписка на амбулаторний етап таких дітей можлива тільки при відсутності кислородної залежності у дитини, а кратність оглядів педіатра – від ступеня тяжкості БЛД (в т.ч. частоти загострень) і наявності факторів ризику, які сприяють розвитку незворотних змін у бронхолегочній системі (наследованість по хронічним неспецифічним захворюванням легких, атопія, схильність до фіброзу, імунна недостатність, повторні респіраторні інфекції і др.).

Важливим моментом в диспансеризації є контроль і забезпечення нормального фізичного розвитку дитини з БЛД. Не менш важливим є дотримання в родині протиепідемічного режиму, профілактика ОРВИ. Родичі недоношених дітей також потребують соціальної реабілітації і навчання. Вони повинні бути навчені проведенню моніторингу частоти дихання у дітей, прийому серцево-легочної реанімації. Просвітительська робота, проводима педіатром серед членів родини, де проживає дитина з БЛД, повинна бути направлена на усунення таких тягарючих факторів, як пасивне куріння, перебування дитини в пиллястому, забрудненому або вологому приміщенні.

Дитина може спостерігатися з діагнозом БЛД (при наявності диференціально-діагностичних труднощів) до трьохлітнього віку, потім потрібна розшифровка діагнозу з визначенням форми бронхолегочної патології згідно сучасної клінічної класифікації захворювань органів дихання у дітей.

Огляд пульмонолога рекомендується проводити не рідше 1 раз на 3 місяці для оцінки стану респіраторної системи (в т.ч. активності і поширеності пневмосклерозу), вибору базисної терапії.

Діти з БЛД потребують оглядів кардіолога, який повинен здійснювати контроль за функцією серця, відкритим артеріальним протоком, ознаками легочної гіпертензії. Дану групу пацієнтів потребує і в консультаціях дитячого невролога для оцінки неврологічного статусу і проведення реабілітації наслідків гіпоксичного ураження мозку.

Перспективним є створення центрів реабілітації дітей, які перебували в неонатальному періоді на тривалій штучній вентиляції легких або кислородній терапії.

ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

О.К. КАБЛУКОВА, О.В. ГЕРАСИМОВА, Т.В. ПОТЄЄВА,
О.І. МАРЧУК

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

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Аналіз варіабельності серцевого ритму (ВСР) є сучасною методологією оцінки стану регуляторної системи організму. Зміни функціонального стану вегетативної нервової системи супроводжують різні кардіологічні і некардіологічні захворювання. У зв'язку з цим ми досліджували ВСР з урахуванням початкового тону ВНС у дітей з бронхіальною астмою для вивчення вегетативних регуляторних механізмів за даної патології.

Було обстежено 90 дітей віком 6–17 років, які хворіють на бронхіальну астму. Групу порівняння склали 122 дітей 1–2-ї групи здоров'я. При аналізі параметрів ВСР у дітей дослідних груп враховували попередній вегетативний тонус.

При аналізі вегетативного тону у дітей, хворих на БА, з ейтонією було 21%, а серед здорових – 38%, з ваготонією – 51% серед хворих та 30% здорових, симпатикотонія мала місце у 28% хворих дітей та 32% здорових. Симпатикотонічний тонус зустрічався переважно у хворих старше 11 років. Було виявлено, що у хворих на БА з ваготонічним тону, на відміну від здорових, були збільшені значення SDNN, RMSS, які характеризують парасимпатичну регуляцію. Сумарна потужність спектру (TF) у дітей з БА була більшою. Велику потужність мали хвилі в діапазонах LF (потужність низьких частот) та HF (високочастотна складова). Після виконання ортостатичної проби параметри ВСР майже не відрізнялися. Ці дані свідчать про парасимпатичний вплив у хворих в спокої. При аналізі ВСР у хворих з БА та здорових з ейтонією було виявлено, що значення LF у хворих було меншим, отже симпатичний вплив в регуляції у хворих дітей менший, після ортостатичної проби у хворих з ейтонією значення АМо (амплітуда моди) і SI (стрес індекс) були достовірно вищими, ніж у здорових, що вказує на високу активність симпатичного відділу ВНС. При дослідженні ВСР у дітей з симпатикотонічним тону ми не виявили різниці, а в ортостазі виявили, що АМо і SI у хворих були більші, а параметри, які визнача-

ють парасимпатичну регуляцію у хворих дітей, мали менші значення. Це вказує на значну активацію симпатичного відділу ВНС при забезпеченні навантаження у хворих дітей.

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СТАНУ КЛІТИННИХ МЕМБРАН ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НИРОК З СИНДРОМОМ ГЕМАТУРІЇ У ДІТЕЙ

О.К. КАБЛУКОВА, А.П. КОНОПЛИЦЬКА

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

На сьогоднішній день захворювання сечовидільної системи в структурі патології дитячого віку займають 4–5 місце. Гематурія є одним з типових проявів ураження нирок у дітей. Дотепер в літературі існують значні протиріччя щодо діагностики патологічно значущого рівня гематурії. В сучасних умовах проблема захворювань нирок із синдромом гематурії у дітей набула значної актуальності через значну поширеність та подальшу тенденцію до росту даної патології, схильність до затяжного й хронічного перебігу, серйозність прогнозу, пов'язаного з розвитком хронічної ниркової недостатності.

Мета роботи: вдосконалення діагностики захворювань нирок з синдромом гематурії у дітей на підставі вивчення рівня β_2 -МГ і ХЕ в сироватці крові й сечі.

На базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні в педіатричному відділенні № 1 протягом 2010 року було обстежено 44 дитини з хворобами нирок з синдромом гематурії віком від 3 до 17 років, з них 14 дітей з гострим гломерулонефритом, 15 – з хронічним гломерулонефритом, 9 – з дисметаболічною нефропатією, 6 – з тубуло-інтерстиціальним нефритом. Групу контролю склали 20 дітей без соматичної патології. Проведено аналіз наступних лабораторних показників: рівні креатиніну крові та сечі, загальний білок крові, а також рівні β_2 -МГ та ХЕ в сироватці крові й сечі.

При нефритичному варіанті гострого гломерулонефриту спостерігалась підвищена екскреція з сечею холінестерази ($315,45 \pm 42,76$ нмоль/л*креат.) порівняно із здоровими дітьми ($34,86 \pm 3,5$ нмоль/л*креат.; $p < 0,01$). При хронічному гломерулонефриті, гематуричній формі екскреція холінестерази складала $88,94 \pm 8,1$ нмоль/л*креат. порівняно із здоровими дітьми ($34,86 \pm 3,5$ нмоль/л*креат.; $p < 0,01$). Екскреція β_2 -МГ при гострому та хронічному гломерулонефриті становила в середньому $11,8 \pm 2,4$ та $10,6 \pm 2,8$ мкг/ммоль відповідно і не перевищувала показники здорових дітей ($9,55 \pm 1,23$ мкг/ммоль). При дисметаболічних нефропатіях та інтерстиціальному нефриті екскреція з сечею β_2 -МГ була підвищеною і складала в середньому

$18,43 \pm 3,48$ та $29,76 \pm 3,62$ мкг/ммоль відповідно порівняно із здоровими дітьми ($9,55 \pm 1,23$ мкг/ммоль; $p < 0,05$ та $p < 0,01$). Екскреція ХЕ складала $41,4 \pm 6,2$ нмоль/л*креат. при дисметаболічних нефропатіях і $39,4 \pm 4,2$ нмоль/л*креат. при тубуло-інтерстиціальному нефриті та не перевищувала показники здорових дітей ($34,86 \pm 3,5$ нмоль/л*креат.).

Підвищена екскреція з сечею β_2 -МГ у дітей з синдромом гематурії може свідчити про пошкодження клітинних мембран проксимальних канальців і бути маркером негломерулярної (тубулярної) гематурії у дітей. Підвищена екскреція з сечею холінестерази у дітей з синдромом гематурії може свідчити про пошкодження клітинних мембран клубочкового апарату нирки і може бути маркером гломерулярної гематурії у дітей.

ОЦІНКА У ШКОЛЯРІВ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ЗА ДОПОМОГОЮ ІНДЕКСУ РУФ'Є

Л.М. КАЗАКОВА, О.А. СТРОЙ, М.М. ВАСЮКОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Реформування системи освіти, що включає ускладнення навчальних програм, недостатня фізична активність, недоліки в організації харчування, порушення режиму відпочинку, сну та інші аспекти умов життя призводять до відхилень у стані здоров'я дітей і зменшення функціональних можливостей організму.

Тому важливим є оцінка фізичного здоров'я. У Києві фізичне здоров'я школярів вивчається в рамках виконання міської міжгалузевої програми „Школяр”, яка включає показники реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження. До програми входять 5 індексів: Робінсона, Кетле, Скабінського, індекс напруження та індекс Руф'є. Нами використовувався індекс Руф'є (ІР), рекомендований наказом № 518/674 від 20.07.09 щодо оцінки функціонального резерву серцево-судинної системи школярів шкіл міста.

$IP = [4 \times (ЧСС1 + ЧСС2 + ЧСС3) - 200] : 10$, де ЧСС1 – пульс за 15 сек. У стані спокою; ЧСС2 – пульс за перші 15 сек першої хвилини відновлення; ЧСС3 – пульс за останні 15 сек першої хвилини відновлення. Навантаженням є 30 присідань. Рівні функціонального резерву серця визначаються з урахуванням 5 ґрадацій: менше 3 – високий рівень; 4–6 – вище середнього (добрий); 7–9 – середній; 10–14 – нижче середнього (задовільний); більше 15 – низький.

Нами обстежено 142 школярі 2–6 класів однієї із шкіл м. Києва.

Отримані дані свідчать, що у 48,1% школярів показник функціонального резерву серцево-судинної системи був нижчим середнього, у

32,1% – середнім. Тільки 19,8% школярів мали високий і вищий за середній рівні фізичного здоров'я. Ці дані впливають на формування відповідних фізкультурних груп. Згідно з наказом № 518/674 (додаток 1) основну фізкультурну групу можуть відвідувати школярі, які мають високий і вищий за середній рівень фізичного здоров'я, тобто 19,8% учнів. Школярі з середніми показниками повинні займатися у підготовчій фізкультурній групі, з показниками нижче середнього та низькими – у спеціальній.

Таким чином, отримані дані про стан фізичного здоров'я школярів вказують на значне зменшення функціональних можливостей дітей, як результат детренування та наявності соматичної патології, що вимагає створення умов щодо здорового способу життя дитини та ретельного диспансерного спостереження.

ДИСФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІУ ТА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ У ДІТЕЙ: МОЖЛИВОСТІ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

М.М. КАЛАДЗЕ, О.О. КРАДІНОВА, Н.А. РЕВЕНКО, Т.Ю. ЯНІНА

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

При артеріальній гіпертензії (АГ) у людини доведено ендотеліальну дисфункцію (ЕД) для периферичної, коронарної мікро- і макроциркуляції та ниркового кровоплину. Доведено, що пацієнти, які страждають на гіпертонію, мають меншу вазодилатуючу відповідь на інтраартеріальне введення ацетилхоліну порівняно з контрольною нормотензивною групою. Встановлено наявність ураження ендотеліальної вазодилатації при есенціальній гіпертензії, яка, мабуть, зумовлена порушенням синтезу і звільненням NO. Таким чином, ендотеліє є новою терапевтичною мішенню при лікуванні серцево-судинних захворювань у дітей. Одним з шляхів корекції ендотеліальної дисфункції є немедикаментозні методи. Відбувається доповнення і переосмислення дії традиційних нефармакологічних втручань, які спрямовані на корекцію ендотеліальної дисфункції у дітей: дієта, фізичні навантаження тощо. Значним потенціалом регулювання ендотелію є методи санаторно-курортної реабілітації.

Тому метою нашої роботи є вивчення ендотеліальної дисфункції у дітей з АГ. Нами обстежено 38 дітей з АГ, які знаходились в дитячому кардіоревматологічному санаторії «Ювілейний» м. Євпаторія. Контрольну групу склала 21 здорова дитина з нормальним АТ. Обстежені не відрізнялися за віком (14,0±0,6) і статтю (52,6% хлопчиків в основній і 47,6% в контрольній групах). Комплекс санаторно-курортного етапу реабілітації включав: I–II руховий режим,

адекватне кліматолікування (аеротерапія, геліотерапія, таласотерапія за 1–2 режимом), дієта з дотриманням принципів DASH, лікувальна фізкультура, класичний ручний масаж (комір, шия, голова) № 10; хлоридні натрієві ванни невисокої мінералізації 10–30 гр/л, t 34–35°, 10–12 хвилин, ч/з день або 2/3, № 10–12, електросон № 10, седативна аерофітотерапія, аероіонотерапія. Для виявлення ендотеліальної дисфункції проводили пробу з реактивною гіперемією (РГ). Дослідження проводили за допомогою УЗ-апаратау «Aloka SSD 870» з лінійним датчиком з частотою 7 МГц. Оцінювали зміни діаметра плечової артерії і швидкість кровоплину. Зображення синхронізували з ЕКГ. Вимірювання АТ проводили кожні 2 хв. Для проведення проби з реактивною гіперемією на верхню третину плеча накладали манжету сфігмоманометра і нагнітали повітря до тиску, що перевищує систолу на 30±5 мм рт. ст. (контролювали за зникненням пульсової хвилі). Кровоплин блокували протягом 4–5 хв, потім швидко видалляли повітря з манжети. Ознакою ЕД вважали розширення ПА менше 10% і більше 20%. За наслідками проби з РГ ЕД було виявлено у 28 (73,6%) дітей, при цьому у 6 (15,8%) з них визначалася вазоспастична реакція, у 22 (57,9%) – вазодилатційна реакція. До кінця санаторно-курортного лікування УЗД показники ЕД нормалізувалися у 24 (63,2%) дітей. Вазоспастична реакція, що збереглася, у 4 (10,5%) дітей старшого віку (діти 15–16 років) характеризує формування у них гіпертонічної хвороби і обґрунтовує необхідність застосування медикаментозної терапії при лікуванні підвищеного АТ.

Таким чином, ЕД в даний час може розглядатися як ранній маркер розвитку і прогресу АГ у дітей. Запропонований нами комплекс санаторно-курортної реабілітації поліпшує функцію ендотелію у цих дітей і є профілактикою гіпертонічної хвороби.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОНКО-ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

М.М. КАЛАДЗЕ, Н.В. ЛАГУНОВА, І.В. КАРМАЗІНА, О.М. МЕЛЬЦЕВА

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

В даний час, за даними ВООЗ, злоякісні новоутворення займають одне з перших місць в структурі смертності дітей в економічно розвинених країнах. Захворюваність дітей на злоякісні новоутворення мають тенденцію до зростання, причому ця тенденція чітко простежується в регіонах з погіршенням екологічної ситуації і, особливо, після аварії на ЧАЕС. Сучасні ін-

тенсивні лікувальні протоколи різко знизили смертність дітей з гемобластозами з досягненням можливості виживання приблизно 70% пацієнтів. Прогноз при РЩЗ у дітей, незважаючи на частоту запущених форм з регіонарними і віддаленими метастазами, вважається за сприятливий у 98% хворих. Проте, паралельно з успіхами онкопедіатрії зростає значущість проблем пізніх ускладнень лікування, що виявляються у вигляді порушення основних функцій організму дитини – кровообігу, дихання, травлення, виділення, обміну речовин, внутрішньої секреції, психічних і сенсорних функцій, імунітету тощо.

Проблема медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів останнім часом знаходиться в центрі уваги медицини і встала в ранг актуальних державних завдань. Санаторно-курортне лікування є важливою ланкою в етапній терапії різних захворювань у дітей. Євпаторія – національний дитячий курорт України, що має все для відновлення і зміцнення здоров'я дітей: м'який клімат, тепле море, піщані пляжі, свіже чисте морське повітря, лікувальні грязі і лимани. Враховуючи зростання числа дітей, які отримали терапію з приводу онкогематологічної патології і які знаходяться у стадії ремісії, тривалий і хронічний перебіг у них патології з тяжкими клінічними проявами, який потенційовано поліхіміотерапією і променевою дією, розвитком різного ступеня тяжкості порушень з боку нервової, серцево-судинної, кісткової системи, ураження печінки, однозначно зростає необхідність використання широкого спектру природних чинників.

На нашу думку, найповноцінніше досягти цього можна використовуючи унікальні природні чинники Євпаторійського курорту, застосовуючи їх в осінньо-весняному періоді, коли немає небезпеки передозування сонячної радіації. Пропонується комплекс санаторно-курортної реабілітації дітей з онкогематологічними захворюваннями, який було апробовано на Євпаторійському курорті в дитячому санаторно-оздоровчому центрі «Дружба» (клінічна база кафедри педіатрії з курсом фізіотерапії ФПО ГУ «Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського»). Запропонованим способом оздоровлено 110 дітей, які отримали програмну терапію що до гемобластозів, і 32 дитини, оперованих з приводу РЩЗ.

Віддалені (через 1–3 роки) результати пропонуваного комплексу санаторно-курортної реабілітації вивчено у 42 дітей з гемобластозами, причому у 14 з них з 3-кратним щорічним перебуванням на Євпаторійському курорті і у 13 дітей з РЩЗ. Для лікування і оздоровлення використовуються природні чинники: приморсько-степовий клімат, морська вода, хлоридна натрієво-магнієва ропа (мінералізація до 100 г/л), термальні хлоридні натрієві води середньої мінералізації, які застосовуються для пит-

тя і ванн. Комплекс лікування повинен строго відповідати адаптаційно-приспосувальним можливостям організму.

Санаторно-курортний етап реабілітації дітей з онкогематологічними захворюваннями у стадії клініко-лабораторної ремісії є виправданим, про що свідчить позитивна динаміка показників імунітету і біохімічних процесів, даних ка-тамнезу.

РОЛЬ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ФОРМУВАННІ ГРУП РИЗИКУ ЗА РОЗВИТКОМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ СЕРЕД ДІТЕЙ З СЕРЦЕВИМИ АРИТМІЯМИ

М.М. КАЛАДЗЕ, Л.А. СЕМЕРЕНКО, М.О. СИЗОВА

ДУ «Кримський державний медичний університет
ім.і С.І. Георгієвського», м. Сімферополь

Нині не викликає сумніву той факт, що значна частина дорослих хворих на гіпертонічну хворобу формується з дітей і підлітків з підвищеним артеріальним тиском (АТ). За даними літератури, від 40 до 65% «ювенільних» артеріальних гіпертензій переходять в розряд дорослої патології.

Метою нашої роботи було вивчення показників АТ, за даними добового моніторингу, та визначення предикторів артеріальної гіпертензії у дітей з серцевими аритміями. Було обстежено 124 дитини з екстрасистолічною аритмією (ЕА) і вегетативною дисфункцією синусного вузла (ВДСУ) віком 11–16 років. Добове моніторування АТ проводили за допомогою кардіомонітора «DiaCard» (АОЗТ «Сольвейг», м. Київ). Виявлено, що середні показники АТ як при ЕА, так і при ВДСУ, не виходили за межі нормативних. Проте при перцентильному аналізі було отримано такі результати: при ЕА в межах «високого нормального АТ» за показником сер.Доб.САТ знаходилось 11,2% дітей, сер.Ніч.САТ – у 11,2% дітей, сер.Ден.ДАТ – у 10% і сер.Ніч.ДАТ – у 31,3% пацієнтів; у дітей з ВДСУ: сер.Ніч.САТ – 11,4%, сер.Ден.ДАТ – у 6,8% і сер.Ніч.ДАТ – у 9% пацієнтів. Було виявлено показники АТ, що перевищують 95-й перцентиль: при ЕА – сер.Ніч.САТ у 8 (10%) і сер.Ніч. ДАТ – у 11 (13,8%) дітей; при ВДСУ – сер.Ніч.САТ у 9,1% дітей і сер.Ніч. ДАТ – у 18,2% пацієнтів. Вивчаючи циркадний профіль АТ, виявлено, що у дітей обох груп мав місце недостатній ступінь нічного зниження (СНЗ) АД: у 61,2% дітей за показником САТ і у 51,2% за показником ДАТ – при ЕА та у 47,7% дітей за показником САТ і 29,5% за показником ДАТ – при ВДСУ. При цьому в групі дітей з ВДСУ у 4,6% пацієнтів виявлено стійке підвищення ДАТ і у 2,3% дітей – САД. Згладженість циркадного профілю АД свідчила про

напруження симпатoadреналових регуляторних механізмів.

Таким чином, у дітей з серцевими аритміями за даними добового моніторингу АТ мало місце зниження добового індексу САД, підвищення середніх показників АТ (до 95-го перцентилля і вище), які є предикторами артеріальної гіпертензії і, за наявності чинників ризику, стають критеріями формування груп ризику з розвитку артеріальної гіпертензії.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

М.М. КАЛАДЗЕ, А.В. ХАРЧЕНКО, А.С. ПРЕСНУХІНА,
С.І. ВАСИЛЬОВА, Т.М. ДУСАЛЄЄВА

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

Бронхіальна астма (БА) є найбільш актуальною проблемою медицини, займаючи провідне місце в числі найбільш поширених форм хронічної патології, яка багато в чому визначає захворюваність, інвалідність і смертність в дитячій популяції. При бронхіальній астмі однією з причин резистентності до протизапальної терапії може бути наявність супутньої патології, яка обтяжує перебіг, знижує ефективність терапії і погіршує прогноз захворювання. У структурі супутньої патології у хворих на БА ендокринні захворювання займають від 9,2 до 19,4%, а в групі хворих з тяжким перебігом БА – 21,9%. Порушення в гіпоталамус-гіпофізарно-наднирковій і тироїдній системах є важливою патогенетичною ланкою в процесі становлення БА.

Тому метою нашої роботи було вивчення функціональних особливостей щитовидної залози у дітей, хворих на БА з інтермітуючим і легким персистуючим перебігом у стадії ремісії.

Під нашим спостереженням знаходилося 30 дітей з інтермітуючою і персистуючою формами бронхіальної астми віком 3–16 років, середній вік $10,46 \pm 0,62$ року. Тривалість захворювання варіювала від 1-го до 11 років, середня тривалість – $5,82 \pm 0,54$ року. Групу контролю склали 20 (10 хлопчиків і 10 дівчаток) відносно здорових дітей I і II груп здоров'я в ідентичній віковій категорії, середній вік $10,2 \pm 0,32$ року.

Досліджено гормони надниркових і щитовидної залози у хворих на БА у стадії ремісії залежно від статі і тривалості захворювання.

Аналіз гормонального статусу залежно від тяжкості захворювання показав, що відмічається достовірне зниження в 1,2 і 1,5 рази ($p < 0,05$) рівня кортизолу в міру прогресування захворювання. Також нами виявлено, що відмічається достовірне ($p < 0,01$) зниження концентрації T_3 при інтермітуючому і легкому персистуючому

перебігу захворювання в 1,2 і 1,3 рази відповідно, що можливо є наслідком гіпоксії і зниження функціонування тироцитів навіть в умовах стадії ремісії захворювання. Проведений усередині групи хворих на БА кореляційний аналіз показав наявність сильного зворотного взаємозв'язку між тироксином вільним і тиротропним гормоном ($r = 0,76$), що вказує на збереження внутрішньосистемних взаємозв'язків при легких формах БА.

Зміни концентрації гормонів у дітей, хворих на БА залежно від статі, показали, що у дівчаток рівень тиротропного гормону в 1,2 рази нижчий ($p < 0,05$), ніж в групі контролю, рівень же T_4 вільний достовірно ($p < 0,05$) в 1,2 рази більший порівняно з хлопчиками, що ймовірно може свідчити про тенденцію до швидшого розвитку субклінічного тиротоксикозу у дівчаток. Рівень кортизолу у дівчаток був в 1,2 рази достовірно ($p < 0,05$) меншим, ніж у хлопчиків, що ймовірно пов'язано з меншою резистентністю до стрес-реакції та є одним з патогенетичних моментів БА.

При дослідженні концентрації базального рівня гормонів у дітей з БА виявлено, що із збільшенням тривалості захворювання наголошується достовірне ($p < 0,05$) збільшення T_3 вільного в 1,2, T_4 в 1,3, кортизолу в 1,2 рази порівняно з групою контролю, що свідчить про формування неспецифічної комплексної захисної реакції, яка входить в загальний адаптаційний синдром та призводить до напруженої роботи, щитовидної і надниркових залоз.

ДОПЛЕРОГРАФІЧНІ ЗІСТАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З ДВОСТУЛКОВИМ АОРТАЛЬНИМ КЛАПАНОМ СЕРЦЯ, ЩО НЕ СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ГЕМОДИНАМІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

А.В. КАМЕНЩИК¹, О.М. ГИРЯ¹, Л.Ф. АНТИШИНА²,
О.І. РУДОВА²

¹Запорізький державний медичний університет.

²Запорізька обласна дитяча клінічна лікарня

Двостулковий аортальний клапан (ДАК) – найчастіша природжена аномалія серця серед дорослих. На підставі даних аутопсії та хірургічних операцій вважається, що наявність ДАК значно збільшує ризик захворюваності та смертності від розвитку клапанної дисфункції, ендокартиту і розшарування аорти. У той же час, ця вада, у більшості випадків, не супроводжується вираженими гемодинамічними порушеннями у дитячому віці, що потребує її ранньої діагностики та хірургічної корекції. Слід також зазначити, що за даними літератури у абортусів з патологією плаценти клапанні пороки серця складають більше 50% від усіх виявлених природжених пороків серця, і це,

мабуть, є поточним трендом при формуванні ППС і непрямим свідченням наростання ролі генетичної складової цієї мультифакторіальної патології.

Також, за даними проведеного нами раніше аналізу змін динамічної структури природжених пороків серця у Запорізькій області, відносна кількість ізольованих клапанних пороків за останні роки мала тенденцію до збільшення з 9,2% у 2006 році до 11,4% у 2010 році.

Виходячи з наведеного, метою нашого дослідження було встановлення можливих факторів формування ускладнень ДАК у дітей на підставі вивчення особливостей внутрішньосерцевої гемодинаміки за цього пороку. Для реалізації поставленої мети у 22 хворих дітей з двостулковим аномальним аортальним клапаном серця, у яких при встановленні діагнозу не було виявлено суттєвих відхилень гемодинамічних параметрів, проведено порівняльний аналіз зазначених показників з групою 17 дітей, які мали малі аномалії серця; пролапс мітрального клапана, допоміжні хорди лівого шлуночка, у яких більшість стандартних гемодинамічних показників також не відхилялися від фізіологічних вікових нормативів.

В результаті дослідження встановлено, що вік, коли діагноз ДАК встановлювався вперше, складав $7,87 \pm 1,16$ року, що свідчило про досить пізню діагностику пороку.

У дітей з двостулковим клапаном аорти кінцевий систолічний розмір лівого шлуночка (КСР) був достовірно зменшеним щодо групи порівняння ($22,85 \pm 1,54$ та $28,38 \pm 2,00$ мм; $p < 0,05$), а поздовжній розмір правого передсердя відповідно збільшеним ($38,9 \pm 2,09$ та $23,4 \pm 1,74$ мм; $p < 0,05$). У той же час, параметри гемодинаміки на аортальному клапані були суттєво підвищеними (швидкість кровоплину $1,73 \pm 0,18$ та $0,85 \pm 0,02$ см/с відповідно; $p < 0,05$, градієнт тиску $14,69 \pm 2,84$ та $2,71 \pm 0,17$ мм відповідно; $p < 0,05$), що відповідало анатомічним особливостям пороку. На підставі кореляційного аналізу, на відміну від групи порівняння, у хворих основної групи встановлено наявність негативної достовірної кореляції між КСР лівого шлуночка та градієнтом тиску на аортальному клапані ($R = -0,43$) та швидкості кровоплину на аорті з цим показником ($R = -0,59$) а також швидкості кровоплину на аорті з швидкістю на аортальному клапані ($R = -0,57$).

Таким чином, у дітей з двостулковим аортальним клапаном відбувається тенденція до перебудови внутрішньосерцевої гемодинаміки, що може бути розцінено як ранній прояв часткової концентричної гіпертрофії міокарда лівого шлуночка.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ КОН'ЮГАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

О.С. КАЧАЛОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Відомо, що недоношеність, крововиливи (кефалогематома, геморагії шкіри), недостатнє харчування, часте блювання, різке зниження маси тіла дитини, наявність генералізованої інфекції, гострий гемоліз, неонатальна асфісія і ацидоз, гіпоглікемія, гіпоальбумінемія, жовтяниця у попередньої дитини, спадкові захворювання, окситоцинова стимуляція під час пологів впливають на підвищення рівня непрямого білірубину крові і призводять до розвитку «патологічної жовтяниці».

Метою роботи було вивчення впливу епідуральної анестезії під час пологів, кесарева розтину на появу та тривалість «патологічної жовтяниці». Проведено аналіз 679 історій хвороб новонароджених, яких у зв'язку з наявністю жовтяниці було госпіталізовано до відділення патології новонароджених ДКЛ № 6 м. Києва. Всього за період 2006–2008 рр. у відділенні було проліковано 1374 дитини, з них діагноз гіпербілірубінемії встановлено у 679 (49,5%). В 2006 р. гіпербілірубінемію діагностовано у 189 (44,9%) новонароджених, в 2007 р. – у 201 (50,3%), в 2008 р. – у 289 (52,3%) дітей.

Для соматичного анамнезу матерів було характерно, що вагітність перебігала на фоні хронічних захворювань ШКТ (24,1%), нирок та сечовивідних шляхів (19,3%), алергічних захворювань (14,5%). Частою патологією були невиношуваність (22,5%), загроза переривання вагітності (20,9%) та анемія (29,0%). Гіпоксія плода ускладнювала вагітність у 22,9% жінок. У більшості жінок (70,9%) пологи настали у терміни 38–40 тижнів. У більшості матерів (69,8%) було проведено стимуляцію пологів окситоцином. Епідуральну анестезію застосовано у 14% жінок. Шляхом кесарева розтину народилося 28% дітей. Маса дітей при народженні коливалася від 2200 до 3800 г. Прояви жовтяниці було виявлено у 77,4% протягом 1–3 діб життя. Із пологових будинків дітей було виписано у такі терміни: на 3 добу – 43,8%, на 4 – 29,3%, решту на 5–7 добу.

Для подальшого спостереження та лікування дітей було госпіталізовано до відділення патології новонароджених ДКЛ № 6 у віці до 7 діб – 13%, до 14 діб – 15%, до 1 міс – 72%. Серед обстежених дітей діагноз кон'югаційної жовтяниці було верифіковано у 82,2% випадків, гемолітичної хвороби – в 17,8% дітей. Серед супутньої патології заслуговував на увагу великий відсоток патології нервової системи. Так, перинатальна гіпоксична енцефалопатія була фоновим станом у 82,3% дітей.

На початку лікування рівень непрямого білірубину коливався від 218 до 517 мкмоль/л.

Позитивні зміни в рівні загального білірубину спостерігались у 41% дітей вже на 3 добу лікування ($188,6 \pm 17,5$ мкмоль/л), і на 10–14 добу цей показник був значно нижчим ($148,1 \pm 14,1$ мкмоль/л) у 56% дітей. Це дало змогу через 7 днів лікування виписати під спостереження дільничного лікаря 37% дітей, решта дітей були виписані пізніше.

Отже, кількість гіпербілірубунемій серед новонароджених зросла за останні роки. Призначення окситоцину, епідуральної анестезії жінкам під час пологів та після них повинно бути ретельно обґрунтовано і дозовано. Застосування епідуральної анестезії, кесарева розтину призводить до підвищеного ризику появи «патологічної жовтяниці» у новонародженого і до більш тривалого перебування на стаціонарному лікуванні з приводу даного захворювання. Клініко-лабораторне спостереження за новонародженими з гіпербілірубінемією повинно бути більш динамічним і комплексним.

СУЧАСНІ РАЦІОНИ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ЯК ОДИН ІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Л.В. КВАШНІНА, Т.Б. ІГНАТОВА

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Існує багато факторів, які впливають на реалізацію кардіологічних захворювань у дитинстві, серед них – реорганізація учбового процесу у школах, малорухливий спосіб життя, нерациональне харчування, надмірне захоплення дітей комп'ютерними іграми та ін. З точки зору профілактичної кардіології дисліпідемії є одним із основних факторів ризику ішемічної хвороби та атеросклерозу. Підвищена частота ожиріння та його ускладнень у дитячому та підлітковому віці, у тому числі й порушення ліпідного обміну, роблять цю проблему дуже актуальною.

Метою дослідження було вивчення добового раціону харчування та ліпідного стану крові у 40 здорових дітей молодшого шкільного віку.

Всім дітям проведено клініко-інструментальне та лабораторне обстеження. Оцінку показників ліпідного обміну проводили за допомогою діагностичних наборів «БИО-ЛА-ТЕСТ» («Плива-Лахема а.с., Чехія»). Визначали вміст загальних ліпідів, рівня загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), тригліцеридів. Коефіцієнт атерогенності розраховували за наступною формулою: $КА = (\text{загальний холестерин} - \text{холестерин ЛПВЩ}) / \text{холестерин ЛПНЩ}$. Оцінку якості добових харчових раціонів дітей проводили анкетно-розрахунковим методом згідно з стандартними таблицями.

При дослідженні раціону харчування сучасних дітей молодшого шкільного віку встановлено знижену забезпеченість білками (на 42,7%), жирами (на 14,91%) та вуглеводами (на 51,93%), а також енергетичну забезпеченість харчових раціонів на 42,17%. Відповідно виявлено порушення співвідношення білків до жирів та вуглеводів, яке становило 1:1,5:3,4 (при нормі 1:1:4.).

При детальній оцінці рівня ліпідів у здорових дітей виявлено підвищення рівня загального холестерину у 20,0% дітей, рівня ЛПНЩ – у 75,0%, у 15,0% дітей відмічалось зниження ЛПВЩ, підвищення коефіцієнта атерогенності спостерігалось у 60,0% дітей. У однієї дитини відмічались одночасно різні порушення ліпідного обміну. Так, 20,0% здорових дітей мали змішану дисліпідемію, 15,0% – гіперхолестеринемію за рахунок підвищення рівня ЛПНЩ, ізольовану гіперліпопротеїнемію ЛПНЩ при нормальних значеннях рівня холестерину спостерігали у 40,0% дітей. Підвищення рівня ЛПНЩ та одночасне зниження рівня ЛПВЩ мали 15,0% дітей. Ізольоване зниження рівня ЛПВЩ відмічалось у 5,0% дітей.

Проведені дослідження дають змогу відмітити, що діти молодшого шкільного віку вживають більше м'ясних продуктів за рахунок свинини і недостатньо риби та морепродуктів. Загальна кількість вуглеводів знижена, але у раціоні переважають легкозасвоювані вуглеводи. Серед жирів переважають тваринні жири і знижена кількість рослинних. Також знижена енергетична забезпеченість харчових раціонів. При цьому у 95% обстежених здорових дітей виявлено різні дисліпідемії, тобто спостерігався донозологічний стан, який можливо оцінити як фактор ризику розвитку серцево-судинної системи у дітей, в подальшому з необхідністю проведення профілактичних заходів.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ ВІТАМІНУ D, МІНЕРАЛЬНОГО Й ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Л.В. КВАШНІНА, Т.Б. ІГНАТОВА, О.В. ОНІСЬКОВА,
О.В. СКОБЕНКО

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

На сьогоднішній день відмічається зростання та «омолодження» захворювань серцево-судинної системи, зокрема різних вегетативних розладів, що розглядаються як інтегральний фактор ризику серцево-судинних захворювань, що включають артеріальну гіпертензію, дисліпопротеїнемію, порушення толерантності до вуглеводів, особливо у дітей із сімей з обтяжливим анамнезом за атеросклерозом та ішемічною хворобою серця.

Метою дослідження було встановлення особливостей ліпідного та мінерального обміну в дітей з синдромом вегетативної дисфункції.

На підставі даних анамнезу, клінічного обстеження та результатів кардіоінтервалографії з оцінкою спектрального аналізу ритму серця у 40 дітей молодшого шкільного віку було встановлено діагноз вегетативної дисфункції: нейроциркуляторний та вегето-судинний варіанти. Найчастіше діти з вегетативною дисфункцією скаржились на головний біль (72,0%), який спостерігався у другій половині дня, після занять у школі та емоційного напруження (у 88,0% дітей), переважно дифузного характеру, 17,1% дітей скаржились на біль половини голови. У 40,7% дітей у ранковий час та після денного сну відмічалось відчуття тяжкості й розпирання у голові, частіше в лобній ділянці. Скарги на запаморочення спостерігались у 46,5% дітей, яке частіше виникало у душному приміщенні, транспорті, при переході у вертикальне положення. У 64,2% пацієнтів виявлено емоційну лабільність, зниження працездатності, підвищену стомлюваність, порушення сну. Метеочутливість, періоди субфебрилітету і відчуття нестачі повітря реєструвались у 20,0% дітей. На біль у ділянці серця різного характеру, відчуття серцебиття, «зупинки» серця скаржились 33,2% дітей. Шлунково-кишковий синдром виявлено у кожній третій дитини, який проявлявся у вигляді періодичного болю або дискомфорту у животі, нудотою, зниження апетиту, порушенням стільця.

Під час динамічного спостереження у 4,5% дітей спостерігались вегетативні кризи з мігренеподібним головним болем, нудотою, блювотою, яка приносила полегшення. Іноді ці стани супроводжувалися запамороченням. При об'єктивному обстеженні у більшості дітей (75,4%) відмічався гіпергідроз, похолодання кінцівок.

У обстежених дітей було виявлено зниження вмісту загального кальцію і фосфору в сироватці крові на 20 і 10% відповідно порівняно з контрольними показниками. Активність лужної фосфатази практично залишалась в межах норми. Вміст вітаміну D₃ у сироватці крові коливався у межах 10–17 нг/мл, що відповідає наявності дефіциту цього вітаміну.

У дітей із порушеннями мінерального обміну на 14 та 19% зростав рівень загальних ліпідів і холестеролу відповідно. Формування атерогенних порушень може бути зумовлено змінами холестеролу у атерогенних ліпопротеїнах низької (ЛНЩ) та антиатерогенних високої (ЛВЩ) щільності. Встановлено, що у 90% обстежених дітей на 25% зростав рівень холестеролу ЛНЩ, на 16% знижувався його вміст у ЛВЩ. Такий характер порушень вмісту холестеролу в ліпопротеїнах призводить до зростання коефіцієнта атерогенності – одного з основних показників стану серцево-судинної системи. Підвищення

цього коефіцієнта (на 21%) зафіксовано майже у 85% обстежених дітей, водночас у дівчаток він був вищим, ніж у хлопчиків на 12%.

Одержані клініко-біохімічні дані свідчать про те, що у дітей із нейроциркуляторною та вегето-судинною формами вегетативної дисфункції вже у ранньому віці формуються ризики розвитку серцево-судинних захворювань, що обґрунтовує доцільність проведення лікувально-профілактичних заходів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СУМІШІ «NUTRILON – ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЇ» В ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ

В.А. КЛИМЕНКО, Т.В. СІРЕНКО, О.М. ПЛАХОТНА,
Т.А. ХАЛТУРИНА, Л.М. АДРЮКОВА, Г.В. ДМИТРОВА

Харківський національний медичний університет. КЗОЗ
«Обласна дитяча клінічна лікарня № 1». Неонатальне
відділення Дорожньої клінічної лікарні м. Харкова

Мета роботи – підвищення «якості лікування» дітей, хворих на atopічний дерматит (АД), шляхом розробки елімінаційної дієти. Завдання – оцінити ефективність суміші з високим гідролізом білка «Nutrilon – Лікування алергії» в терапії дітей грудного віку, хворих на АД.

Дослідження виконано на базі Харківського обласного дитячого алергологічного центру в 2010–2011 роках. Для спостереження відібрано дітей віком від народження до 5 міс, які знаходились на штучному вигодовуванні та мали шкірний алергічний синдром. У всіх пацієнтів замітники грудного молока були єдиним харчовим джерелом (прикорм діти не отримували), що дозволяло робити більш вірогідні висновки щодо причинно-наслідкових зв'язків. Усім дітям встановлювали діагноз АД у зв'язку з неможливістю проведення диференціального діагнозу з харчовою алергією в цьому віковому періоді за відсутності катанезу. Параклінічне дослідження включало тільки клінічний аналіз крові. Специфічне алергологічне обстеження не проводилось – білок коров'ячого молока априорі вважався значущим алергеном.

Усім дітям призначали лікування сумішшю «Nutrilon – Лікування алергії» та зовнішню терапію протизапальними засобами залежно від тяжкості ураження шкіри та емоціями. Оцінку ефективності терапії проводили у два етапи – на 5-й день лікування та через 7 днів після відміни зовнішніх протизапальних засобів. Окремо враховували тривалість зовнішньої протизапальної терапії. Критеріями оцінки на першому етапі (досліджували толерантність до терапії) були наявність апетиту, зривання, блювання, кишкові коліки, добове збільшення маси тіла. Критерії ефективності терапії на другому етапі – площа ураження шкіри та су-

марна оцінка вираженості морфологічних елементів висипки за 3-бальною шкалою (модифікована шкала SCORAD без оцінки свербіжів та порушення сну). Обробку отриманих результатів проводили методами варіаційної статистики на персональному комп'ютері з застосуванням програми Excel.

Під спостереженням знаходилося 11 дітей віком від 2 до 5 міс. Перші прояви АД з'явилися у віці 2 міс у 2 малюків, 3 міс – у 6, 4 міс – у 3, 5 міс – у 1 дитини. У всіх пацієнтів відмічено еритемато-сквамозну форму АД, без ускладнень. При оцінці толерантності терапії виявлено: відсутність блювання, кишкових колік, середнє збільшення маси тіла до 24 ± 12 г/добу, зменшення (недостовірне) кратності зригувань з $5,1 \pm 0,8$ до $4,4 \pm 0,7$ на добу та короткотривале зниження апетиту у 3 (27,0%) дітей. Середня тривалість протизапальної терапії становила $5,8 \pm 1,1$ дня. На другому етапі оцінки ефективності терапії позитивну динаміку відмічено у 100% хворих – зменшення площі ураження шкіри на 72%; сумарної кількості балів морфологічного ураження шкіри з $6,2 \pm 0,6$ до $1,8 \pm 0,3$ бала ($p < 0,001$). Повторного призначення зовнішніх протизапальних засобів потребувала одна дитина. У подальшому було передбачено раннє введення прикорму з виключенням молочних продуктів.

Доведено клінічну ефективність суміші «Nutrilon – Лікування алергії» в терапії АД у дітей грудного віку.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЕКГ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, З РІЗНИХ ЕКОЛОГІЧНИХ РЕГІОНІВ

Т.В. КОБЕЦЬ, В.О. ТАНАГА

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

Антропогенні забруднювачі відіграють велику роль у розвитку й тяжкому перебігу бронхіальної астми, особливо в дитячому віці. Бронхіальна астма (БА) часто супроводжується втягненням до патологічного процесу серцево-судинної системи і є однією з причин розвитку ускладнень у вигляді легеневої гіпертензії і хронічного легеневого серця.

Мета дослідження: оцінити стан серцево-судинної системи, за даними ЕКГ, у дітей, хворих на бронхіальну астму, з різних екологічних регіонів.

Вивчали особливості електрокардіограми у 12 відведень у дітей шкільного віку з БА в періоді клініко-лабораторної ремісії з несприятливих регіонів Криму (32 дитини) і з благополучних регіонів Криму (30 дітей). Дослідження проводили на базі школи-інтернату санаторного типу. Вік дітей з БА складав 10–16 років. Три-

валість захворювання – від 1 до 8 років. Групи хлопчиків і дівчаток за показниками ЕКГ достовірно не відрізнялися, що дозволило їх розглядати об'єднаними.

Аналіз екологічної ситуації в Криму дозволив виділити 4 райони (Армянський, Красноперекосський, Керченський, Сімферопольський) з підвищеним рівнем аерополітантів (пил, оксид вуглецю, діоксид азоту, діоксид сірки, формальдегід). У дітей з БА, які проживають в екологічно несприятливих регіонах, частіше відмічалася зміна на ЕКГ, що вочевидь було пов'язано зі збільшенням втричі частоти виявлення хворих з БА III ступ. У дітей з БА було виявлено порушення ритму, серед яких переважали: синусова аритмія – в 62,5% і екстрасистоля – в 12,5%. Так, було виявлено порушення метаболічних процесів в міокарді, які зустрічалися в 53,2% і підтверджувалися достовірним збільшенням зубця Т у всіх відведеннях ($p < 0,05$), а також зсувом ST вище і нижче ізолінії. Крім того, спостерігалися ознаки гіпертрофії правих відділів серця, причому, у дітей з БА III ступ. були ознаки гіпертрофії як правого шлуночка, що підтверджується наявністю правограмми у 9,4% дітей, подовження інтервалу PQ, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса – у 6,25%, наявність АВ-блокади I ступ. – у 6,25%, так і правого передсердя у вигляді P-«pulmonale» в 18,7% випадків. А у дітей з БА I і II ступ. виявлялися тільки ознаки гіпертрофії правого шлуночка. Після перебування протягом навчального року в інтернаті санаторного типу було відмічено позитивну динаміку в показниках ЕКГ у всіх дітей з БА, однак показники метаболічного стану міокарда (зубця Т, інтервалу ST) практично не змінилися ($p < 0,05$).

Отже, аерополітанти пил, оксид вуглецю, діоксид азоту, діоксид сірки, формальдегід спричиняють більш тяжкий перебіг БА, що проявляється не тільки вираженими змінами респіраторного тракту, але й змінами з боку серцево-судинної системи (гіпертрофія правих відділів, метаболічні порушення міокарда, аритмії). Причому, чим важча бронхіальна астма, тим більше виражені зміни з боку серцево-судинної системи.

ДО ПИТАННЯ ПРО МЕТОДОЛОГІЮ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ РІЗНОГО ВІКУ

Н.І. КОВТЮК, О.Ю. НЕЧИТАЙЛО, Ю.М. НЕЧИТАЙЛО

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Оцінка якості життя набуває все більшої популярності в іпостасі показника стану здоров'я населення. В європейській регіональній програмі поставлено завдання не тільки подовжити тривалість життя населення, але і зберегти його якість, активний спосіб життя здорових

та хворих людей різного віку. 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». Вивчення якості життя дозволяє надати адекватну соціальну підтримку, втілити в життя певні програми лікування, реабілітації та адаптації пацієнтів.

Нами було обстежено 36 дітей віком від 7 до 16 років з неврологічною патологією та 24 дорослих пацієнти віком 40–60 років із хірургічними ускладненнями цукрового діабету. Всім пацієнтам проводили загальноклінічне обстеження із поглибленим збором анамнезу, спеціальні та додаткові методи дослідження (лабораторні та інструментальні), специфічні для відповідної нозологічної форми. Якість життя всіх обстежених оцінювали за адаптованими україномовними опитниками версій SF-12, SF-36, а дітей також – SF-87. При обробці даних використовували власний метод декодування, новизну якого підтверджено патентом України. Оцінювали такі підрозділи: загальний стан та самооцінку здоров'я, фізичне функціонування, наявність болю, поведінку, психоемоційне функціонування, родинну активність. Підсумкові показники за різними версіями зіставляли між собою.

Вивчали надійність тестів – повторне опитування (ретест) виявило майже ідентичні відповіді ($r = 0,97$), що свідчить про надійність обраної методики. Соціометричне обстеження групи дітей показало неоднорідність характеристик якості життя. Жодна дитина з вибірки при оцінці загального стану здоров'я не оцінила його вищим балом, 85,7% пацієнтів вибірки оцінили його у цілому позитивно. У той же час, 14,3% оцінили свій стан здоров'я як «поганий». Позитивну оцінку стану здоров'я достовірно частіше давали діти, які проживали в сільській місцевості. В групі дорослих 25,0% пацієнтів вибірки оцінили якість життя, пов'язану із здоров'ям, у цілому позитивно, 75,0% – як «погану». Коротка (SF-12) та стандартна (SF-36) версії опитника у дорослих пацієнтів не мала суттєвої різниці в результатах, натомість у дітей такий збіг відмічено між дитячою (SF-87) та стандартною дорослою (SF-36) версіями. Затрати часу на опитування за стандартною версією були вдвічі меншими, ніж за дитячою. Коротка версія виявилася невалідною і непридатною для дітей та підлітків, через звужений об'єм станів, які вона ідентифікує.

Таким чином, можливість застосування стандартного опитника якості життя у дітей старшої вікової групи і дорослих дозволяє простежувати у динаміці зміни у здоров'ї пацієнтів при переході в інші вікові групи та оцінювати ефективність лікувальних і реабілітаційних заходів впродовж тривалого часу.

РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ПІДГОТОВЧОГО ПРОЦЕСУ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ПЕДІАТРІЯ» ПРИ СКЛАДАННІ ТЕСТОВОГО ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ «КРОК-3»

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

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Метою роботи була оцінка ефективності підготовки до ліцензійного інтегрованого іспиту (ЛІІ) «Крок-3» лікарів-інтернів зі спеціальності «педіатрія» на кафедрі педіатрії та дитячих інфекційних хвороб БДМУ у 2009–2010 рр. Проаналізовано результати складання інтернами диференційованого заліку «Модуль. Невідкладні стани», комплексних контрольних робіт (ККР), а також проміжних піврічної та річної атестацій. Показники психоемоційного стану інтернів перед складанням іспиту вивчали за тестом особистісної тривожності Ч. Спілбергера, шкалою стійкості до стресу, методикою «Риси темпераменту і характеру», Гісенським тестом з виявлення інтенсивності психосоматичних скарг. Отримані дані аналізували методами варіаційної статистики та кореляційного багатофакторного аналізу.

В 2010 р. всі інтерни успішно склали ЛІІ «Крок-3». Під час підготовки до іспиту спостерігали позитивну динаміку успішності порівняно з попередніми навчальними роками. Так, середній бал із модульного контролю досягав 3,6 (у 2009 р. – 3,5), а відсоток правильних відповідей на ККР становив 78,9% (у 2009 р. – 67,6%). Відсоток вірних відповідей за буклетом тестових завдань 2010 р. збільшився і досягав 88,1% (у 2008 р. – 70,4%, у 2009 р. – 77,1%), а частка вірних відповідей субтесту педіатричного профілю збільшилася до 88,5% порівняно з 67,8% у 2008 р. та 81,9% у 2009 р. За даними багатофакторного аналізу результати складання ЛІІ «Крок-3» асоціювали з підсумками піврічної ($r = 0,60$, $p < 0,05$), річної ($r = 0,76$, $p < 0,05$) атестації, підсумковим балом модульного контролю ($r = 0,67$, $p < 0,05$), першою та другою ККР (відповідно $r = 0,56$, $p < 0,05$ та $r = 0,68$, $p < 0,05$). Рівень особистісної тривожності зворотно корелював із загальним показником ЛІІ «Крок-3» ($r = -0,61$, $p < 0,05$), тобто, найбільшу тривогу відчували гірше підготовлені інтерни, або ж вона несприятливо вплинула на результати тестування. Психосоматичний статус інтернів визначали шляхом суб'єктивного оцінювання самопочуття перед іспитом. Встановлено зворотний зв'язок успішності складання ЛІІ зі скаргами больового синдрому різної локалізації, найчастіше з головним болем ($r = -0,62$, $p < 0,05$), та скаргами з боку серцево-судинної системи ($r = -0,70$, $p < 0,05$).

Таким чином, підготовка лікарів-інтернів зі спеціальності «педіатрія» до складання ЛІІ «Крок-3» здійснюється як системний керова-

ний процес, що містить різні форми етапного рубіжного контролю. Позитивна динаміка показників контролю знань з педіатрії та впровадження засад кредитно-модульної системи навчання у формі «Модуль. Невідкладні справи» дозволили досягти покращання рейтингової оцінки університету за результатами ЛП «Крок-3». Отже, психоемоційні та психосоматичні особливості стану лікарів-інтернів, ймовірно, погіршують результативність тестування інтернів. З показниками стійкості до стресу, емоційної лабільності, чутливості нервової системи до зовнішніх чинників, ситуативної нервозності, мотиваційним фактором, станом розумової працездатності результати складання ЛП «Крок-3» достовірно не асоціювали, що свідчить про готовність та достатню адаптацію майбутніх лікарів-педіатрів до стресогенних ситуацій, пов'язаних з оцінкою їх професійного рівня незалежно від особливостей особистісних рис.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ АЦЕТИЛЮВАННЯ

О.К. КОЛОСКОВА, Л.В. МИКАЛЮК, Т.М. ВОРОТНЯК

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Мета роботи: оцінити ефективність лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від типу ацетилювання.

На базі Обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці обстежено 105 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА). Клінічні групи сформували за типом ацетилювання: пацієнтів із вмістом ацетилюваного сульфадимезину більше 75% відносили до швидких «ацетиляторів» (І група), а менше 75% – до повільних (ІІ група). Середній вік дітей І групи становив $12,5 \pm 0,5$ року (71,8 \pm 6,63% хлопчиків, 60% сільських мешканців), ІІ групи – $13,0 \pm 0,4$ року (64,9 \pm 6,38% хлопчиків, 54,4% сільських мешканців). Отже, групи порівняння були порівнюваними за основними клінічними характеристиками. Контролюючи терапію впродовж 10–12 місяців призначали відповідно до рекомендацій GINA-2008. Відсутність достовірних розбіжностей за частотою застосування варіантів базисної терапії (інгаляційні глюкокортикостероїди, β_2 -агоністи, метилксантини, інгібітори лейкотрієнових рецепторів) у групах порівняння дозволила в подальшому об'єктивно оцінити ефективність контролюючої терапії, що здійснювали у вигляді констеляції балів. При цьому зменшення суми балів свідчило про ефективність контролюючої терапії, а збільшення – про його погіршення. Ефективність лікування оцінювали за зниженням абсолютного (ЗАР) та відносного ризиків (ЗВР).

Відмічено, що наприкінці актуального спостереження пацієнти зі швидким типом ацетилювання порівняно з повільним ацетиляторним фенотипом достовірно краще відповідали на призначену терапію. Так, у них зменшувалася частота денних симптомів з 2,7 до 1,7 бала (ЗАР 22,5%, ЗВР 32,3%), нічних симптомів БА – з 1,3 до 0,7 бала (ЗАР 8,2%, ЗВР 18,9%), обмеження фізичної активності – з 2,0 до 1,1 бала (ЗАР 28,4%, ЗВР 40,8%), а також частота позапланових візитів до алерголога – з 1,6 до 0,7 бала (ЗАР 16,7%, ЗВР 24,0%).

Водночас, у дітей із повільним ацетиляторним фенотипом наприкінці курсової контролюючої терапії достовірно зменшувалася лише частота загострень упродовж календарного року (з 3,4 до 2,6 бала, ЗАР 6,4%, ЗВР 18,4%). Це дає підстави вважати, що проведене контролююче лікування у цих дітей порівняно з пацієнтами зі швидким типом ацетилювання виявилось менш ефективним і недостатнім для досягнення контролю над захворюванням. Отже, за наявності в дитини повільного типу ацетилювання, слід призначати більший обсяг базисної терапії, або підніматися на одну «сходінку» вище відповідно до рекомендацій GINA-2008.

Таким чином, після курсу базисної терапії у хворих на БА дітей із швидким типом ацетилювання відмічено зниження ризику більшості показників контролю над бронхіальною астмою, а в хворих із повільним ацетиляторним фенотипом достовірно зменшувалася лише частота загострень на рік. Діти з повільним типом ацетилювання потребують призначення більшого обсягу базисного протизапального лікування для досягнення повного контролю над захворюванням.

ПРОГНОЗУВАННЯ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК У ДІТЕЙ

О.В. КОНОНЕНКО, І.І. ТЕРЕЩЕНКОВА, І.Р. СІНЯЄВА

Харківський національний медичний університет

Рання діагностика хронічного захворювання нирок (ХЗН) у дітей нерідко викликає труднощі через безсимптомність перебігу багатьох нефрологічних захворювань. Нами розроблено алгоритм прогнозування формування ХЗН у дітей при першому епізоді гострого ниркового захворювання, а саме гострому гломерулонефриті (ГГН), який найчастіше призводить до формування хронічної ниркової патології. Враховуючи той факт, що асиметричний диметиларгінін (АДМА), можливо, є раннім предиктором ХЗН та хронічної ниркової недостатності, визначення АДМА, метаболітів оксиду азоту використано як маркер прогресування захворювання нирок.

Обстежено 25 дітей з різними синдромами ГГН, без порушення та з порушенням функції нирок. Усім дітям визначали концентрацію метаболітів оксиду азоту (NO) (нітритів та нітратів), S-нітрозотіолів, L-аргініну та АДМА в плазмі крові. Рівень останнього визначали за допомогою рідинного хроматографа «Милюхром» (Росія), для твердофазової екстракції (очистки та концентрування) застосовували картриджі Absolut Nexus (фірма Varian, США). У якості нормативів АДМА, оксиду азоту, L-аргініну та S-нітрозотіолів використовували власні дані обстеження 38 соматично здорових дітей аналогічного віку та статі. У всіх дітей, хворих на ГГН, рівні АДМА, L-аргініну, метаболітів NO (NO_2 та NO_3) та S-нітрозотіолів у крові досліджено в динаміці через 12 місяців. У 8 дітей у подальшому констатовано формування ХЗН І ступ. як за лабораторними, так і за інструментальними методами дослідження.

У результаті дослідження виявлено, що розвиток у подальшому ХЗН у дітей при першому епізоді гострої ниркової патології визначають: зниження в крові рівнів L-аргініну ($\leq 87,1$ мкмоль/л), нітритів (NO_2) ($\leq 9,03$ мкмоль/л), нітратів (NO_3) ($\leq 19,5$ мкмоль/л) та підвищення рівня асиметричного диметиларгініну ($\geq 0,17$ мкмоль/л); підвищення рівнів сечовини крові ($\geq 5,5$ ммоль/л), креатиніну крові (≥ 75 мкмоль/л), добової протеїнурії ($\geq 2,14$ г/доб), зниження швидкості клубочкової фільтрації нирок ($\leq 63,1$ мл/хв/1,73 м²). Про цьому для розвитку ХЗН характерним є більш зрілий (≥ 6 років) вік дитини на момент першого епізоду ниркового захворювання. Відбуваються порушення обміну аргініну у вигляді зміни співвідношення L-аргінін/АДМА – зменшення вмісту першого та підвищення останнього. Це призводить до інгібування NO-синтази та до зниження NO_2 та NO_3 , що, в свою чергу, викликає вазоконстрикцію, мікродиркуляторні порушення та ініціацію процесів атеросклерозу. Встановлено також, що формування ХЗН у дітей виникає на тлі порушень гемодинаміки, для яких характерно підвищення периферичного судинного опору за рахунок вазоконстрикції периферичних судин та зниження систолічної функції міокарда лівого шлуночка. Високо інформативними прогностичними критеріями розвитку ХЗН при першому епізоді гострого ниркового захворювання в дітей є, крім вмісту АДМА, у порядку ієрархії наступні: загальний периферичний судинний опір, сечовина крові, швидкість осідання еритроцитів, питомий периферичний опір, відносна щільність сечі, серцевий індекс, ударний індекс, середній артеріальний тиск, креатинін крові, систолічний та діастолічний артеріальний тиск.

Даний алгоритм дозволить розпочати лікування на ранніх стадіях захворювання, уповільнити прогресування ураження нирок, а також застосувати патогенетично обґрунтовані методи лікування.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

М.М. КОРЕНЄВ, Т.В. ПЕРЕСИПКИНА, Т.О. КОСТЕНКО,
Г.І. ГОЛУБНИЧА

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

В Україні пріоритетним визначено напрям розвитку системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини. Наявність різних підходів у наданні певного обсягу медичних послуг населенню в різних країнах вимагає чіткого визначення та обґрунтування цих обсягів і в Україні.

З метою вдосконалення медичної допомоги населенню сільської місцевості лікарем загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ) було вивчено матеріально-технічне оснащення амбулаторій, функціональні обов'язки сімейного лікаря, проведено хронометражне дослідження з визначенням видів робіт лікаря протягом тижня і доби. У результаті дослідження встановлено, що середня чисельність населення на лікарській дільниці перевищує нормативні показники. До 20,0% населення складають діти до 18 років. В щоденній роботі сімейний лікар здійснює не лише лікувальну, а й організаційну та господарську діяльність, що призводить до збільшення робочого часу лікаря. Основними причинами звернень до лікаря є захворювання органів дихання, а також звернення із профілактичною метою. Захворювання інших органів та систем складають невелику частку відвідувань, що можливо зумовлено неможливістю проведення на базі сімейних амбулаторій необхідного обсягу лабораторно-діагностичних або реабілітаційних заходів.

Як свідчать проведені співробітниками Інституту дослідження далеко не всі амбулаторії ЗП/СМ повністю укомплектовані медичними штатами, мають достатню матеріально-технічну базу, а лікарі – достатній досвід роботи з дитячим населенням. Тому, авторами запропоновано доцільні обсяги надання медичної допомоги населенню сільської місцевості, які складаються з: профілактичного напряму роботи (патронаж дітей до 1 року, питання вигодовування та харчування, проведення обов'язкових медичних оглядів згідно з планом, моніторинг стану здоров'я дітей, профілактика інфекційних та неінфекційних захворювань, імунопрофілактика, санітарно-освітня робота), надання лікувально-консультативної допомоги (при зверненнях з гострою або хронічною патологією з подальшим відбором дітей для консультування у педіатра або лікаря-спеціаліста, проведення простих діагностичних заходів, у т.ч. запис та оцінка результатів ЕКГ), надання допомоги на дому, допомога дітям у денному ста-

ціонарі тільки після консультації педіатра та визначення ним лікувальної та реабілітаційної тактики, диспансерне спостереження спільно з лікарями-фахівцями та надання невідкладної допомоги.

Визначення чітких, науково обґрунтованих обсягів та видів медичної допомоги на рівні амбулаторій загальної практики/сімейної медицини сприятиме підвищенню доступності та удосконаленню надання допомоги дітям, які мешкають у сільській місцевості.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ТА ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ІЗ СІМЕЙ ЛІКВІДАТОРІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

М.М. КОРЕНЄВ, Т.О. КОСТЕНКО, Г.О. БОРИСКО

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

На тлі несприятливої демографічної ситуації, що склалася в Україні, стан здоров'я дітей має тенденцію до погіршення, особливо це стосується дитячого населення, які народилося від батьків-ліквідаторів ядерної катастрофи в Чорнобилі. Упродовж динамічного спостереження за дітьми із сімей батьків-ліквідаторів оцінку функціонального стану серцево-судинної системи проводили за допомогою ЕКГ та ультразвукового спостереження в М- і В-режимах на апараті SA-8000 Live (фірми "Medison", Корея).

Результати дослідження системи кровообігу у дітей, які народилися від батьків-ліквідаторів аварії на ЧАЕС, підтверджують велику частоту і різноманітність серцево-судинних розладів ($p < 0,05$) порівняно із здоровими однолітками з необтяженою за радіаційним анамнезом спадковістю. Це, перш за все, порушення процесів реполяризації, провідності, деполяризації. За даними РЕКГ з фізичним навантаженням (велоергометрія або проба Мастера) близько третини дітей мали пороговий тип відхилень, що свідчило про зниження адаптаційних здатностей серцево-судинної системи. Індивідуальна оцінка функціонального стану міокарда свідчала, що у переважній більшості дітей із сімей ліквідаторів аварії на ЧАЕС ($79,3 \pm 3,2$ проти $55,5 \pm 5,0\%$ в групі порівняння) реєструвався помірний ступінь змін кардіогемодинамічних параметрів.

За даними ультразвукового сканування серця досить несприятливою ознакою стану серцево-судинної системи було те, що в динаміці спостерігалося ослаблення скоротливої функції міокарда. Якщо у дітей молодшої групи (5–13 років) зниження скоротливої функції міокарда відмічалось у $13,4–20,0\%$, то в підлітків 14–18

років – у $36,9–49,3\%$. У $28,6\%$ дітей ФВ була нижче 55% . Показник поздовжнього скорочення міокарда лівого шлуночка знижувався до $32,9 \pm 0,4\%$ проти $34,5 \pm 0,4\%$ у молодших школярів. Результати ультразвукового дослідження серця свідчили також про значну частоту (118 на 100 обстежених в основній групі проти 55 на 100 в групі порівняння) природжених малих структурних аномалій. У більшості нащадків ліквідаторів аварії на ЧАЕС ($79,0\%$), як і у дітей із сімей без радіаційного анамнезу ($65,0\%$), визначалися косі аберантні хорди. Разом з тим, множинні аберантні хорди з локальною гіпертрофією вдвічі частіше зустрічалися у дітей основної групи (у $55,0$ проти $25,4\%$, відповідно). За даними ЕхоКС, на всіх етапах спостереження реєструвалася висока частота пролабування мітрального клапана. У дітей 16–18 років пролабування атріовентрикулярних клапанів зберігалось у $77,5 \pm 3,2\%$ проти $48,0 \pm 4,9\%$ в групі порівняння.

Наявність малих природжених структурних аномалій серця була підставою для постановки діагнозу синдрому дисплазії сполучної тканини серця (СДСТ) у двох третин дітей основної і у половини дітей групи порівняння.

Особливості стану серцево-судинної системи у нащадків ліквідаторів аварії на ЧАЕС 1986–1987 рр., які виявлено впродовж багаторічного моніторингу, обґрунтовують необхідність більш ретельної організації лікарсько-педагогічного контролю за функціональним станом органів кровообігу, рівнем рухової активності і фізичним вихованням.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ІЗ СІМЕЙ БАТЬКІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ РАДІАЦІЙНОГО ОПРОМІНЕННЯ В РІЗНОМУ ВІЦІ

М.М. КОРЕНЄВ, О.І. ПЛЄХОВА, Г.О. БОРИСКО, В.Л. КАШІНА-ЯРМАК, В.І. КОВАЛЬОВА, Д.А. КАШКАЛДА,
Н.Г. МІХАНОВСЬКА, О.В. МЕЛЬНИК, Н.В. КАЛМИКОВА

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

Багаторічне динамічне спостереження за дітьми і підлітками, народженими в сім'ях ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС – чоловіків, які зазнали радіаційного опромінення в репродуктивному віці, дозволило отримати дані про стабільно високий рівень захворюваності цього контингенту протягом 12-річного моніторингу. Провідне місце займають психічні розлади та захворювання нервової системи. До 16–18 років наростає частота кризового перебігу вегето-судинних дисфункцій, лікворно-гіпертензійного синдрому, особливо у хлопців, народжених в сім'ях ліквідаторів 1986 року. В структурі соматичних хвороб

превалює патологія системи травлення. При цьому відмічається трансформація функціональних розладів шлунково-кишкового тракту в хронічні захворювання. Гендерні розбіжності стосуються більш вираженого зростання хронічної гастродуоденальної патології у дівчат і хронічної патології ЛОР-органів та дихання у хлопців. Частка захворювань щитовидної залози, котрі залишаються провідними в структурі ендокринопатій, зменшується з 71 до 48%. При цьому рівень ТТГ перевищує 2,5 мМО/мл у 56% дітей.

Фоном для незадовільного стану здоров'я є зниження імунорезистентності. У нащадків ліквідаторів втричі частіше (у 60%), ніж у їх однолітків із сімей без радіаційного ризику, зустрічається недостатність і перенапруження Т-клітинної та фагоцитарної ланок імунітету. Дисбаланс показників імунної системи підтримується порушеннями імунно-ендокринних взаємовідношень, активацією окислювального гомеостазу при недостатності факторів антиоксидантного захисту. Особливості перебігу статевого дозрівання у нащадків ліквідаторів пов'язані з більш ранньою активацією симпато-адреналової системи, зняттям мелатонінового та кортизолового блоків гіпофізарно-гонадної системи, що зумовлює прискорений старт пубертатної перебудови у цього контингенту. Збереження в подальшому низького рівня мелатоніну у хлопців позначилося на формуванні дисліпопротеїнемії атерогенної спрямованості та високій частоті деструктивних варіантів хронічного гастродуоденіту.

Цитогенетичний моніторинг дітей, народжених в сім'ях ліквідаторів наслідків аварії, відображає підвищену частоту хромосомних порушень лімфоцитів периферичної крові, збереження підвищеної чутливості геному до дії додаткового мутагенного навантаження, тобто ознаки прихованої геномної нестабільності.

Наслідки опромінення батьків в дитячому віці на розвиток і формування здоров'я їх нащадків свідчать про залежність високої патологічної враженості цього контингенту та частоти репродуктивних втрат від віку батьків на час аварії (до шести років) та часу їх перебування на радіаційно забрудненій території (понад три роки).

Таким чином, проведені дослідження вказують на зниження загальних адаптаційних можливостей нащадків батьків, опромінених внаслідок Чорнобильської катастрофи, що в подальшому може сприяти зросту неспецифічної хронічної патології життєво важливих органів і систем, а також розвитку генетичних та онкологічних захворювань.

Розроблено алгоритм спостереження за нащадками опромінених батьків з метою профілактики віддалених наслідків дії малих доз радіації на організм людини.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСПЕПСІЯ У ПІДЛІТКІВ З ПОЗИЦІЙ РИМСЬКИХ КРИТЕРІЇВ III (2006)

М.М. КОРЕНБВ, Л.В. КАМАРЧУК, Є.Г. КУЩ, А.І. БУТЕНКО, Т.А. ВОЛНЕНКО, Т.М. КВАРАЦХЕЛІЯ

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

Наукові дослідження останніх років значною мірою змінили погляди на групу функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ), що знайшло своє відображення в РК III (2006). Це стосується і функціональної диспепсії (ФД). Так, було змінено класифікацію ФД, діагностичні критерії, підходи до діагностики та лікування тощо. Однак такі зміни з різних причин наразі не знайшли широкого впровадження в клінічну практику.

Тому нами проведено анкетування підлітків з диспепсичними скаргами з використанням стандартизованої анкети «Опитник для діагностики функціональної диспепсії у дітей з гастроінтестинальними розладами», рекомендованої РК III для застосування в педіатричній практиці для дітей і підлітків старше 10 років. Опитник вміщує перелік питань щодо самопочуття дитини, наявності у неї симптомів з боку верхніх відділів ШКТ, кишечника та нервової системи. Респонденти відмічали не тільки наявність того чи іншого клінічного симптому, а також його тривалість, частоту й вираженість.

Встановлено, що переважна більшість підлітків з ФД, поряд із характерним для цього захворювання клінічним симптомокомплексом, вказували також на скарги з боку кишечника та нервової системи, що свідчить про поєднаний характер функціональних розладів ШКТ. Зіставлення результатів анкетування щодо частоти скарг, відмічених респондентами в анкеті, та даних анамнезу, одержаних під час стандартного опитування хворих та їх батьків, свідчить про те, що такі важливі клінічні прояви ФД, як постпрандіальне насичення малою кількістю їжі та відчуття переповнення шлунка частіше виявляються при анкетуванні, ніж при звичайному опитуванні. Це пов'язано з тим, що ці медичні терміни є не зовсім зрозумілими для хворих та їх батьків, тому потребують додаткових пояснень лікарем при розмові з пацієнтами. Слід також зазначити, що деякі батьки ототожнюють дані клінічні прояви з таким симптомом, як зниження апетиту. Наслідком цього є недооцінка лікарями клінічної симптоматики ФД, що унеможливорює своєчасну її діагностику відповідно до діагностичних критеріїв РК III та призводить до гіподіагностики захворювання. Важливо також підкреслити, що присутність деяких симптомів, відмічених респондентами в анкетах, підлітки та їх батьки вважають звичайним явищем, яке не вимагає звернення до лікаря, обстеження та лікування, а тому не звертають на них уваги. Особливо це

стосувалось скарг щодо наявності порушень характеру та частоти випорожнень, які характерні для синдрому подразненого кишечника. Саме це є головною причиною розбіжностей частоти скарг у підлітків з диспепсією, які дають значно більше позитивних відповідей на питання анкети, ніж під час бесіди з лікарем.

Таким чином, використання стандартизованого опитника для діагностики функціональної диспепсії у дітей з гастроінтестинальними розладами, рекомендованого РК III (2006) для застосування в педіатричній практиці, показало, що він може бути інформативним діагностичним інструментом в руках практичного лікаря у разі наявності у підлітків диспептичних симптомів.

МОЖЛИВОСТІ ПОЛІПШЕННЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ ПРИ ЦЕЛІАКІЇ ТА МУКОВІСЦИДОЗІ

В.В. КОРНЕВА, Н.П. ГЛЯДЕЛОВА, В.В. КОЗАЧУК,
К.А. БОЯРСЬКА, М.А. КАПІЧІНА, Л.В. ВОЛКОВА

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика. Київська міська дитяча клінічна лікарня № 1

Відомо, що порушення нутритивного статусу у дітей різних вікових груп не тільки суттєво впливає на фізичний розвиток дитини, але й великою мірою зумовлює її психічну та розумову діяльність. Тому використання лікувального харчування (ЛХ) у дітей з діагнозом целиакії та муковісцидозу є вкрай важливим.

Ми використовували в комплексній терапії 20 дітей лікувальне харчування – суміш Humana HN mit MCT. Пацієнти лікувались з приводу целиакії (10 хворих) та муковісцидозу (10 хворих). Вік дітей складав від 1 місяця до 7 років. Обґрунтування для призначення Humana HN mit MCT таке: продукт є низькожировим, низьколактозним, безглютоновим, збагаченим харчовими волокнами, з фізіологічною осмотичністю. До його складу входить жировий компонент, який представлений на 50% середньоланцюговими тригліцидами (С6–С12), які не потребують емульгації та гідролізу панкреатичною ліпазою, легко всмоктуються безпосередньо у кровоносні судини системи ворітної вени, минаючи лімфатичну систему. Ці тригліциди є легкодоступним джерелом енергії.

Humana HN mit MCT використовували у 4-х дітей першого року життя як основний продукт харчування впродовж 3-місячного спостереження. У інших пацієнтів (переважно віком більше одного року життя) продукт харчування призначали впродовж того ж часу як додатковий компонент (від 20 до 40% добової дієти). Продукт використовували у вигляді суміші або каші. Період адаптації до ЛХ у всіх

дітей був без особливостей. Оскільки Humana HN mit MCT має приємний банановий смак, – його добре їли всі діти, включаючи пацієнтів зі зниженим апетитом. При використанні суміші малюки добре витримували проміжки між харчуванням. Всі діти добре сприймали суміш впродовж всього періоду спостереження. При первинному обстеженні у всіх дітей було констатовано білково-енергетичну недостатність: I ступ. – у 60% пацієнтів, II ступ. – у 40% хворих. Гіпопротеїнемію різного ступеня, анемію змішаного генезу відмічено майже у 80% пацієнтів. Копроскопічно у всіх дітей було виявлено зміни, які типові для даних нозологічних форм. Явища дисбактеріозу зареєстровано у всіх хворих.

Динаміка спостереження за пацієнтами впродовж 3-х місяців під час проведення протокольного лікування дала можливість зробити такі висновки: суміш Humana HN mit MCT добре сприймається хворими з діагнозами целиакії та муковісцидозу. Позитивна динаміка зростання маси тіла дала можливість зменшити прояви білково-енергетичної недостатності у всіх пацієнтів. У 30% пацієнтів відмічено нормалізацію показників маси і зросту. Ліквідація гіпопротеїнемії у 60% хворих в процесі спостереження багато в чому пов'язана з поліпшенням нутритивного статусу. Позитивну динаміку результатів копрограми, мікробного «пейзажу» кишок, а також зменшення проявів анемії ми також пов'язували з ефектом впливу збалансованого продукту Humana HN mit MCT. Як позитивний фактор слід відмітити, що вказану суміш також активно використовували у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Дослідження ефективності суміші Humana HN mit MCT у дітей з діагнозами целиакії, муковісцидозу, вплив її на нутритивний статус у даний час продовжується.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ АЦЕТОНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

В.В. КОРНЕВА, В.Г. КОЗАЧУК, Л.В. КУРИЛО, Е.А. БОЯРСЬКА,
М.А. КАПІЧІНА

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика. Київська міська дитяча клінічна лікарня № 1

Ацетонемічний синдром у дітей (АСД) первинного (як прояв сечокислого діатезу) та вторинного характеру є дуже поширеним станом у педіатрії. Використання у терапії АСД оральної регідратації, з перших годин його виникнення, є етіопатогенетично обґрунтованим. Протягом багатьох років безперечним лідером при проведенні оральної регідратації був і є препарат Регідрон (Rehydron). Новий варіант Регідрон Оптім (Rehydron Optim) зареєстрований на фармацевтичному ринку України у 2010 р. До його

складу на 1 л розчину входять: натрію хлорид – 2,60 г (44,444 ммоль/л), натрію цитрат – 2,90 г (29,565 ммоль/л), калію хлорид – 1,5 г (20,134 ммоль/л), глюкоза безводна – 13,5 г (74,92 ммоль/л). Допоміжні речовини: калію ацесульфам, ароматизатор лимонний. Регідрон Оптім відповідно до рекомендацій ВООЗ має знижену осмолярність, що становить 245 мОсм/л, рН – слабо лужна. З наведеного можна зробити висновок – склад розчину Регідрон Оптім повністю відповідає міжнародним стандартам. Крім того, препарат має приємний смак, що значно полегшує проведення оральної регідrataції, особливо у дітей раннього віку. Це послужило обґрунтуванням у застосуванні Регідрон Оптім в лікуванні АСД.

Робота була проведена на базі Київської міської дитячої клінічної лікарні № 1 (головний лікар Ю.О. Кожара), яка є клінічною базою кафедри педіатрії № 2 НМАПО ім. П.Л. Шупика (зав. кафедри – проф. В.В. Бережний). Дослідження проводилося у 2010–2011 рр. У відділенні гастроентерології препарат Регідрон Оптім використовували в комплексному лікуванні 25 дітей з ацетонемічним синдромом (група I). 25 пацієнтам з АСД в комплексній терапії призначали Регідрон (група II). У 25 хворих при АСД використовували інші оральні регідrataційні препарати (група III). Віковий склад пацієнтів усіх груп був від 1 до 15 років. Розподіл за статтю та віком у всіх групах був еквівалентним. АСД мав як первинний (16 дітей), так і вторинний характер (59 дітей). До групи з первинним АСД увійшли пацієнти з проявами сечосольового діатезу. Причому цю аномалію конституції було відмічено як у дітей, так і у членів родини у вигляді сечокам'яної хвороби, мігрені, подагри. Вторинний АСД виникав на фоні ГРВІ з гіпертермічним синдромом, функціональної диспепсії, ДЖВШ, дебюту вірусної діареї, при дегельмінтизації. АСД у таких випадках визначався основним захворюванням, яке викликало кетонемію. Регідrataцію проводили традиційно – малими порціями розчину, крім того, призначали очисні лужні клізми, симптоматичну терапію, індивідуальне харчування. Всі пацієнти I та II груп добре переносили Регідрон Оптім та Регідрон. У оптимальному клінічному ефекті Регідрон Оптім велика роль належить смаковим якимостям (смак лимону). В цій групі дітей тільки оральна регідrataція була ефективною у 96% хворих. У дітей II групи такий ефект був у 92%, у III групі – у 60% хворих. В інших випадках проводилась як оральна регідrataція, так і інфузійна терапія. В I та II групах у 100% випадків клінічної стабілізації відмічено до 5 дня лікування, в такий же термін вдалось нормалізувати показники електролітного обміну, рівня гематокриту. В III групі такої швидкої позитивної динаміки не було.

Таким чином, наші результати свідчать про ефективність використання Регідрон Оптім при

проведенні оральної регідrataції у дітей з проявами первинного та вторинного ацетонемічного синдрому. Регідрон Оптім, як і Регідрон, повинні активно використовуватися при АСД різних вікових груп. Ці кроки дозволять оптимізувати терапію такого поширеного стану, як ацетонемічний синдром у дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

В.П. КОСТРОМІНА, О.О. РЕЧКІНА, В.О. СТРИЖ,
К.О. МЕЛЬНИК, Н.В. ПРОМСЬКА

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України», м. Київ

На сьогодні актуальним питанням дитячої пульмонології та алергології залишається диференціальна діагностика захворювань, що проявляються синдромом бронхіальної обструкції, і, насамперед, це стосується ранньої діагностики бронхіальної астми (БА) у дітей.

Мета роботи – удосконалення диференціальної діагностики бронхообструктивного синдрому у дітей на підставі визначення найбільш інформативних клінічних, лабораторних, функціональних та імунологічних даних. Було застосовано загальноклінічні, функціональні, цитологічні, імунологічні та статистичні методи дослідження. Об'єкт дослідження: 80 хворих дітей із бронхообструктивним синдромом (БОС).

Встановлено, що клінічна картина БА у дітей різноманітна і залежить від віку дитини. У дітей дошкільного та молодшого шкільного віку переважають приступи сухого виснажливого кашлю, що посилюються вночі, виникають після фізичного навантаження, контакту зі специфічними алергенами або неспецифічними подразниками. У більшості випадків спостерігається наявність повторного нічного кашлю у практично здорової дитини, що повинно викликати підозру щодо астми. Проявом астми у дітей цього віку також є свисти (wheezing), що виникають під час подовженого видиху. З віком найбільш характерним стають типові приступи ядухи. Прояви БОС під час ГРЗ при бронхіальній астмі характеризуються швидким характером розвитку епізодів синдрому бронхіальної обструкції з раннім початком та більшою їх тривалістю на фоні відсутності клінічних ознак інтоксикації та переважно нормальної температури тіла.

При аналізі клінічних симптомів за віковими групами було встановлено, чим менший вік пацієнта, тим більш однакові спостерігаються прояви БОС, що значно ускладнює диференціальну діагностику синдрому обструкції та ранню діагностику БА за клінічними ознаками саме у дітей молодшого віку.

При диференціальній діагностиці БОС особливу роль відіграє ретельно зібраний анамнез, який дає можливість визначити наявність факторів ризику захворювання алергічної природи та визначити ймовірні провокуючі фактори. Було доведено, що для дітей з БА характерні виражена спадкова обтяженість алергічними захворюваннями, більша частота індивідуальних алергічних реакцій, наявність поліорганних проявів алергії, виражені імунологічні зміни, часті ГРВІ у перші роки життя дитини. У хворих на БА спостерігається перерозподіл клітинного складу індукованого мокротиння на користь гранулоцитарних лейкоцитів.

Враховуючи отримані дані, в подальшому необхідно вдосконалювати спосіб діагностики БА з урахуванням отриманих результатів з метою раннього виявлення захворювання та своєчасного призначення лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

В.П. КОСТРОМІНА, О.О. РЕЧКІНА, Ю.О. МАТВІЄНКО,
Л.Б. ЯРОШУК, А.С. ДОРОШЕНКОВА, І.В. КОПОСОВА,
О.М. КРАВЦОВА

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф.Г. Яновського АМН України», м. Київ

Мета роботи – визначити особливості імунологічного статусу у дітей молодшого віку, хворих на бронхіальну астму. Дослідження стану імунітету крові проведено у 20 дітей, хворих на БА, та 10 здорових дітей цього ж віку.

У ході проведених досліджень встановлено, що на момент первинного імунологічного обстеження у дітей, хворих на БА, віком до 5 років мали місце чітко виражені зміни Т-клітинної ланки імунного гомеостазу. Виявлені порушення характеризувалися статистично достовірним зростанням абсолютної кількості Т-лімфоцитів (CD3⁺ Лф), зміною вмісту їх супресорної (CD8⁺ Лф) і хелперної (CD4⁺ Лф) популяцій, причому, підвищення абсолютної кількості Т-хелперів без зміни відсоткового їх вмісту та зниження відсотка супресорів (CD8⁺ Лф) не зумовило зміни імунорегуляторного індексу. Також мало місце достовірне зниження функціональної власності Т-клітин, що проявилось зниженням відповіді Т-клітин на ФГА в реакції РБТЛ до 52,0±3,7% (при нормі 68,5±3,8%, p<0,05).

Функціональні зміни В-лімфоцитів порівняно із здоровими дітьми супроводжувалися достовірним підвищенням продукції IgG до 13,0±1,1 г/л та IgA до 2,2±0,7 г/л (p<0,05). Також спостерігалось збільшення у 5,6 разу рівня IgE до 197,6±75,1 МО/мл при нормі 35,5±11,5 МО/мл (p<0,05) та у 2,0 рази рівня IgG₄ (1,4±0,5 г/л проти 0,7±0,3 г/л). Динаміка до зниження рів-

ня ЦІК мала місце за рахунок його нормально-го вмісту у частини обстежених хворих.

Одночасно мало місце достовірне зниження числа нейтрофільних гранулоцитів крові до 3,0±0,7 при нормі 5,7±1,3x10⁹/л (p<0,05), яке супроводжувалось компенсаторним підвищенням інтенсивності кисеньзалежного метаболізму, що проявилось зростанням цитохімічного коефіцієнта до 0,40±0,10% (при 0,30±0,01% у здорових осіб, p<0,05). Також відмічалось різке підвищення відсотка фагоцитозу моноцитів крові до 44,9±5,7% (при нормі 25,0±1,7%, p<0,05). Дані зміни свідчили про активність запального процесу у цього контингенту хворих. Але при цьому рівень еозинофілів (як абсолютна їх кількість, так й відсотковий вміст) відповідали віковій нормі.

Виявлені зміни імунологічних показників при бронхіальній астмі у дітей відповідають даним інших інформаційних джерел, пояснюють недостатню в деяких випадках ефективність проведення протизапальної базисної терапії та свідчать про необхідність пошуку патогенетичних підходів до лікування БА, зокрема, застосування імунокоригуючих засобів.

ВИПАДОК ПОСТНАТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХОНДРОДИСТРОФІЇ З ПОЛІДАКТИЛІЄЮ. ТИП САЛЬДІНО-НУНАН

З.Р. КОЧЕРГА

Івано-Франківський національний медичний університет

Системні скелетні дисплазії належать до природжених уражень кісткової тканини, які виникають внаслідок порушень ембріогенезу похідних мезодермального листка і призводять до різноманітних порушень розмірів, контурів і щільності скелета. Хондродистрофія з полідактилією (тип I, II, III), або синдром коротких ребер-полідактилії – це летальне захворювання, що характеризується звуженням грудної клітки, вкороченням трубчастих кісток і постаксіальною полідактилією.

Враховуючи обмежений перелік описаних випадків діагностики хондродистрофій, наводимо власне спостереження. Досліджено сім'ю, яка включала батьків та новонароджену дитину, а також відповідну медичну документацію: індивідуальну карту вагітної, історію пологів, історію розвитку новонародженого, карту стаціонарного хворого, протокол патологоанатомічного розтину. Програма обстеження хворої дитини включала використання комплексу методів (генеалогічного аналізу, загальноклінічного, фенотипово-морфологічного, цитогенетичного, рентгенологічного) та консультації невролога, окуліста, ортопеда.

Пробанд – новонароджена із хондродистрофією та полідактилією. Батьки дівчинки здорові, спадковий анамнез у них, щодо порушень скеле-

та, не обтяжений. Пренатально діагностовано затримку внутрішньоутробного розвитку плода III ступ., природжений порок розвитку серця плода (кардіомегалія), ахондроплазію, маловідддя. Дівчинка народилась в терміні 38–39 тижнів гестації, з масою 2770 г, зростом 40 см, окружність голови 30 см, окружність грудної клітки 32 см, за шкалою Апгар 5/7 балів. При огляді виявлено підвищений рівень стигматизації та вади розвитку: диспропорційну будову тіла (вужька грудна клітка, вкорочені кінцівки переважно за рахунок проксимальних відділів), полідактилію і синдактилію китиць і стоп, варусну деформацію стоп, чотирьохпальцеву складку на долонях, затруднене розведення в кульшових суглобах. Наявні лицеві дизморфії: місяцеподібне обличчя, короткий і плоский ніс, гемангіома в підпотиличній області, коротка шия, низький зріст рівня волосся на шиї, низько розміщені диспластичні вушні раковини, розщелина м'якого піднебіння. Відмічено загальний набряк м'яких тканин, більш виражений на передній черевній стінці, гіперплазію клітора, недорозвинуті великі статеві губи. Оцінка фізичного розвитку дитини (маса, зріст, окружність голови) відповідно до терміну гестації за перцентильною шкалою нижче 10 перцентилля, тобто мала щодо гестаційного віку і відповідає затримці внутрішньоутробного розвитку – диспластичний варіант. При проведенні ехокардіоскопії виявлено повну атріовентрикулярну комунікацію, дефект міжшлуночкової перегородки та міжпередсердної перегородки. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: права нирка не візуалізується, паренхіма лівої нирки підвищеної ехогенності. Цитогенетичне дослідження: каріотип 46, XX. Стан дитини протягом трьох діб прогресивно погіршувався за рахунок дихальної, серцево-судинної недостатності та метаболічних розладів. Дитина померла на четверту добу життя. Патанатомічне дослідження підтвердило діагностовані множинні природжені вади розвитку.

Таким чином, дана тяжка інвалідизуюча патологія у дитини, яка народилась у практично здорових батьків, свідчить про аутосомно-рецесивний тип успадкування.

ДОСЛІДЖЕННЯ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ З РЕАКТИВНИМИ АРТРОПАТІЯМИ

Г.В. КРИВОШЕЙ, В.М. САВВО

Харківська медична академія післядипломної освіти

Мікроциркуляція (МЦ) є важливим ланцюгом системи кровообігу, швидко реагує на дію різних патологічних факторів, тому порушення МЦ є ранніми, стійкими і часто єдиними ознаками хвороби.

Мета дослідження: вивчити МЦ судин бульбарної кон'юнктиви ока у дітей при реактивних

артропатіях (РеА) на підставі мікроскопічного дослідження.

Обстежено 76 дітей, хворих на РеА, які знаходились на лікуванні в міському дитячому кардіоревматологічному відділенні м. Харкова у 2009–2011 рр. у віці від 2 до 14 років. Мікроскопію бульбарної кон'юнктиви (МБК) виконували на щілинній лампі. Кількісно-якісну оцінку змін МЦ-системи очного яблука проводили з обліком кон'юнктивальних індексів змін (КІЗ) як суму: індексу периваскулярних змін (ПІЗ), індексу судинних змін (ІСЗ) та індексу внутрішньосудинних змін (ІВЗ) у балах.

При дослідженні судин бульбарної кон'юнктиви у дітей з гострим початком захворювання судинні зміни виявлено у 43 (71,6%) хворих. Судинні зміни проявлялись у вигляді нерівномірності калібру судин на 73 (60,8%) очах, нерівномірності калібру артеріол на 64 (53,3%) очах, звивистості судин на 86 (71,6%) очах, звивистості артеріол та капілярів на 91 (75,8%) очах. У 5 осіб – 9 (7,5%) очах спостерігалися відхилення у швидкості кровообігу: переважно це було його сповільнення, а на 3 (2,5%) очах спостерігався феномен агрегації еритроцитів. КІЗ при РеА у дітей з гострим перебігом складав від 12 до 15 балів (при нормі КІЗ до 4 балів), що значно перевищував показник у групі здорових дітей. В групі хворих з підгострим розвитком РеА судинні зміни були подібними як при гострому початку хвороби. Однак ми не виявили у хворих відхилення у швидкості кровообігу та феномен агрегації еритроцитів. КІЗ при підгострому перебігу склав від 10 до 16 балів. Найбільш виражені судинні зміни виявлено в групі дітей з затяжним перебігом РеА. Зміни проявлялися у вигляді нерівномірності калібру судин на 15 (83,3%) очах, звивистості судин на 17 (94,4%) очах, нерівномірності калібру артеріол на 13 (72,2%) очах, звивистості артеріол на 16 (88,9%) очах, звивистості капілярів на 17 (94,4%) очах. На 14 (77,7%) очах спостерігалися сповільнення швидкості кровообігу, а на 11 (61,1%) очах – феномен агрегації еритроцитів. Зміни, виявлені у хворих з затяжним перебігом РеА, якісно відрізнялися від змін при гострому перебігу і були більш вираженими. При затяжному перебігу РеА КІЗ перевищував показники при гострому перебігу і складав від 14 до 18 балів.

Виявлені зміни судин бульбарної кон'юнктиви ока свідчать про порушення МЦ і зв'язані з нею реологічні зміни у дітей з реактивними артропатіями. Найбільш виражені порушення МЦ спостерігаються при затяжному перебігу реактивних артропатій. Виявлені судинні зміни проявлялися у вигляді нерівномірності калібру судин, нерівномірності калібру артеріол, звивистості артеріол і капілярів в очах. Ознаками порушення МЦ також був спазм артеріол, застій крові в венулах, зниження інтенсивності кровообігу в капілярах, феномен агрегації еритроцитів.

ЕВОЛЮЦІЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ДОПЕЧІНКОВОЇ ФОРМИ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Д.Ю. КРИВЧЕНЯ, О.Г. ДУБРОВІН, О.С. ГОДІК,
С.М. ПИЛИПЕНКО, О.О. ГРІШИН, Р.В. ЖЕЖЕРА,
Л.Є. ЯНОВИЧ, І.В. КОЛОМОЄЦЬ, В.П. СОРУЧАН

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
НДСЛ «Охматдит», м. Київ

Лікування допечінкової форми портальної гіпертензії (ДФПГ) в дитячому віці до останнього часу передбачало виконання паліативних процедур (склерозування варикозних вен, прошивання шлунково-стравохідного переходу) та виконання портосистемного шунтування як надійного методу профілактики кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка.

З 1990 до 2011 року в НДСЛ «Охматдит» знаходилося на лікуванні 287 дітей з ПГ віком від 6 місяців до 18 років. За статтю переважали хлопчики – 163, дівчат було 124. ДфПГ було виявлено у 227 (79%) дітей, внутрішньопечінкову ПГ – у 23 (8%), змішану форму ПГ – у 37 (13%) пацієнтів. Серед дітей, що нами спостерігались, перші епізоди кровотечі в 173 (60,27%) випадках були в віці до 5 років. Діагноз у цих дітей було встановлено тільки після кровотечі.

Всім дітям, які знаходилися на лікуванні, виконано обстеження, яке включало: ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД-ОЧП), ФЕГДС, КТ-ОЧП, лабораторні методи обстеження (загальний аналіз крові, біохімічне дослідження крові, коагулограма). Вказані методи дослідження дали змогу встановити форму ПГ, ступінь тяжкості клінічного перебігу, наявність або відсутність загрози кровотечі та визначити тактику подальшого лікування.

Виконано 238 оперативних втручань. Прошивання шлунково-стравохідного переходу виконано у 51 хворого. Шунтуючі оперативні втручання виконано у 187 пацієнтів: дистальний спленоренальний анастомоз (ДСРА) – у 43 хворих; у 14 дітей виконано спленектомію з накладанням центрального спленоренального анастомозу (ЦСРА); спленоренальний анастомоз (СРА) виконано у 96 хворих: у 83 дітей бік-в-бік, у 9 – кінець наднирникової вени в бік селезінкової вени. За ургентними показаннями СРА анастомози виконано у 23 дітей. Мезокавальні анастомози (МКА) виконано у 28 дітей, бік-в-бік – в 12 випадках, Н-подібні – в 16 (венозною вставкою в усіх випадках була ліва внутрішня яремна вена). В 4 випадках МКА виконано за ургентними показаннями.

Основну групу становили 15 хворих з ДфПГ, яким інтраопераційно виконували ревізію лівої гілки портальної вени. Склероз або повну облітерацію лівої гілки портальної вени діагностовано у 9 хворих. Мезо-портальне шунтування (REX-shunt) виконано в 6 випадках: у 5 хворих з

використанням правої гастральної вени та в одному випадку з використанням аутоотрансплантату з лівої внутрішньої яремної вени. Умовою виконання даного методу шунтування була наявність необлітерованої лівої гілки портальної вени з проградним портальним кровообігом. Післяопераційний період становив 10–14 днів. В післяопераційному періоді ефективність шунтування досліджували за допомогою УЗД-ОЧП. Термін спостереження становив 28 місяців. Всі хворі пройшли обстеження (1–3–6–12–24 місяці від моменту операції): УЗД-ОЧП, ФЕГДС – результат задовільний, рецидивів кровотеч в жодному випадку не виявлено.

Виконання шунтуючих оперативних втручань забезпечує надійний гемостаз але призводить до зменшення портопечінкової перфузії. Запропонований варіант мезо-портального шунтування надійно запобігає кровотечі з варикозно розширених вен та відновлює портопечінкову перфузію і є радикальним методом лікування ДфПГ.

ОСОБЛИВОСТІ МАНІФЕСТАЦІЇ ГЕНЕТИЧНО-ДЕТЕРМІНОВАНОЇ АТОПІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Т.О. КРЮЧКО, Ю.О. ВОВК, О.Я. ТКАЧЕНКО, О.А. ШЛИКОВА,
О.В. ІЗМАЙЛОВА

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава

Дослідження останніх років засвідчують, що бронхіальна астма (БА), яка розвивається в ранньому віці, найбільш вірогідно, має спадкове походження. Маніфестація захворювання протягом перших трьох років життя, пізня діагностика і, як результат, несвоєчасно розпочате лікування асоціюються із тяжким перебігом, прогресуванням запального процесу та ознаками ремоделювання в бронхолегеневій системі. Тому, вивчення генетичних маркерів, які регулюють ключові ланки патогенезу atopії, безсумнівно, залишаються одним із пріоритетних завдань сучасної медицини, оскільки прогнозування ранньої маніфестації БА обґрунтовує проведення комплексу профілактичних заходів, що сприятиме зменшенню частоти виникнення тяжких форм БА та запобіганню інвалідизації дитячого населення.

Сучасні уявлення про генетичну схильність констатують, що розвиток клінічної форми астми вимагає наявності в генотипі індивіда певних алельних варіантів генів, які формують несприятливий спадковий фон, що реалізується під впливом факторів зовнішнього середовища патологічним фенотипом. Точкові поліморфізми в геномній ДНК спричиняють дисфункцію компонентів природженого імунітету та можуть формувати схильність до atopічної бронхіальної астми.

Мета дослідження: визначити прогностичне значення поліморфізму Toll-подібного рецептора 4 (TLR4) на підставі комплексного вивчення особливостей atopічного процесу у дітей, хворих на бронхіальну астму, проаналізувати її вікову трансформацію та наслідки, обґрунтувати доцільність превентивних заходів, які дозволять суттєво поліпшити перебіг захворювання.

Нами обстежено 53 дитини, хворих на АБА, які складали дві групи дослідження. До першої групи ввійшли діти із нормальним розподілом алелей Toll-подібного рецептора 4 – Asp299Asp, яких була переважна більшість (86,79%), до другої – діти із мутантним генотипом TLR4 Asp299Gly (13,21%). Ми визначили характерні клінічні прояви atopії, асоційованої із поліморфізмом природжених компонентів імунної системи. У дітей, хворих на БА, наявність мутантного генотипу визначала формування atopічного «маршу»: ранні прояви алергічного діатезу ($p < 0,05$), епізоди обструктивного бронхіту ($p < 0,001$) та стенозуючого ларинготрахеїту на першому році життя ($p < 0,001$), atopічного дерматиту ($p < 0,001$) і персистуючого алергічного риніту ($p < 0,001$).

Крім того, ми виявили прямий кореляційний зв'язок мутантного алеля Gly із наявністю алергопатології у матері ($p < 0,05$) та обтяженою atopічною спадковістю за двома лініями ($p < 0,001$). У таких дітей визначалась рання маніфестація бронхіальної астми до 3-річного віку, формування персистуючого середньотяжкого перебігу та нестійкої ремісії захворювання ($p < 0,001$).

Отримані результати доводять важливу роль однонуклеотидного поліморфізму Toll-подібного рецептора 4 – Asp299Gly в формуванні atopічної спрямованості організму, ранньої маніфестації та тяжкості перебігу.

Таким чином, виявлення поліморфізму гена Toll-подібного рецептора 4 – Asp/Gly у дітей із проявами atopії дозволить спрогнозувати тяжкість перебігу БА, своєчасно сформувати групи ризику та обґрунтовано розпочати вторинні профілактичні заходи для запобігання прогресуванню тяжкості перебігу atopічного процесу.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ МАРКЕРІВ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Т.О. КРЮЧКО, О.Я. ТКАЧЕНКО, Т.В. ШПЕХТ, Ю.О. ВОВК

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На сьогоднішній день особлива увага науковців сконцентрована на передумовах формування та шляхах реалізації генетично зумовленої бронхіальної астми. Особливої актуальності набуває вивчення поліморфізму генів регуляторних молекул запалення. Знання їхньої ролі в патогене-

зі БА, поряд із досягненнями сучасної геноміки, дозволяє прогнозувати ризик розвитку патології або тяжкість її перебігу та підібрати специфічну терапію або ж відповідну корекцію в схемі лікувально-профілактичних заходів для дітей із груп ризику щодо реалізації БА.

Тому, метою нашого дослідження було вивчення ролі поліморфізму Asp299Gly гена Toll-подібного рецептора 4 (TLR4) в реалізації бронхіальної астми у дітей, порівняти індукований синтез TNF- α та IL-10 мононуклеарами периферичної крові (МНПК) залежно від виявленого генотипу TLR4.

Проведено генетичне обстеження 67 дітей, хворих на atopічну БА, у яких визначався поліморфізм TLR4 (Asp299Gly). Генотипування проводили методом ПЛП-ПДРФ (полімеразна ланцюгова реакція та поліморфізм довжини рестрикційних фрагментів). Спонтанний та індукований синтез цитокінів (TNF- α , IL-10) МНПК в культуральному середовищі визначали в супернатантах культур клітин методом імуноферментного аналізу окремо для кожного генотипу.

Детальний аналіз результатів генетичного обстеження показав, що у 6 (8,95) дітей, хворих на БА, було діагностовано фрагменти розміром 263 bp (AA/AG – гетерозигота) та у 1 (1,49%) дитини – фрагменти розміром 222 bp (GG/GG – гомозигота мутантного типу). “Дикий тип” (AA/AA) генотипу Asp299Gly (нормальний розподіл алелей) загалом склав у групі обстежених 89,55%.

Індукований ліпополісахаридом синтез цитокінів мононуклеарними клітинами показав достовірну різницю між групами спостереження. Найвищий рівень TNF- α виявлено в групі здорових дітей, який в 1,3 разу перевищував дані показники у дітей, хворих на БА, із генотипом AA/AA. Група дітей із AA/AG та GG/GG генотипами характеризувалася найнижчим індукованим синтезом TNF- α , який в 2,4 разу був меншим, ніж у здорових дітей та в 1,8 – ніж у хворих на БА без виявленого поліморфізму. Крім того, індукований синтез IL-10 у групі хворих із виявленим поліморфізмом Toll-подібного рецептора 4 був у 3,2 разу вищим, ніж у здорових дітей ($p < 0,001$).

Отже, алель G TLR4, який виникає внаслідок точкових мутацій за рахунок формування специфічних алелей генів, посилено впливає на розвиток хронічного алергічного запального процесу внаслідок вираженого індукованого синтезу IL-10 та зниженої прозапальної відповіді організму. Крім того, його наявність достовірно пов'язана із тяжким перебігом БА у дітей.

Тому, на сьогоднішній день виникає необхідність урахування діагностики поліморфізму генів TLR4(Asp299Gly) у дітей, сім'ї яких мають високий генеалогічний індекс за БА, з метою прогнозування розвитку захворювання та проведення своєчасних профілактичних заходів дітям із групи ризику з розвитку БА.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРЕПАРАТУ ДИГЕСТИН В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З АЦЕТОНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ

Л.В. КУРИЛО, К.А. БОЯРСЬКА

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Київська міська дитяча клінічна лікарня № 1

Ацетонемічний синдром (АС) залишається актуальною проблемою в педіатрії. Впродовж останнього десятиліття відмічено тенденцію до збільшення частоти АС, тяжкості ускладнень у вигляді метаболічних кризів і кількості госпіталізованих дітей в зв'язку з цими станами. Насамперед це пов'язано з екологічними чинниками, підсиленням інформаційного навантаження, особливостями харчування.

Лікування ацетонемічного кризу включає оральну регідратацію, ацетогенну дієту, сорбенти, системні та селективні спазмолітики, а при блювоті – інтенсивну терапію. Гострий період кризу закінчується через 3–5 днів, період реабілітації – від 10 до 12 днів, причому у 32–48% випадків ускладнюється зниженням апетитом, слабкістю, періодичним больовим синдромом, що погіршує якість життя. Пошук медикаментозних засобів, що покращують якість життя на етапі реабілітації, – проблема суттєва. В цьому разі доцільним буде призначення ферментних препаратів, але не з замісною метою, а поліпшенням травлення. Наш вибір зупинився на поліферментному препараті Дигестин (Pharco Pharmaceuticals, Єгипет), до складу якого входять три ферменти: папаїн, пепсин, санзим 2000. Всі ці компоненти є каталізаторами, діють на вміст шлунково-кишкового тракту, розщеплюють його на прості та легкозасвоювані елементи.

Під нашим спостереженням знаходилося 64 дитини віком від 2 до 10 років. Діагноз АС у дітей було встановлено на підставі сукупності анамнестичних, клінічних і лабораторних даних. Основну групу складала 40 дітей, які в періоді реабілітації поряд з базовою терапією (гіпокетогенна дієта, сорбенти, селективні сазмолітики) отримували Дигестин віковими дозами впродовж 10 днів. Групу порівняння складала 24 дитини, які отримували тільки базову терапію.

Клінічну ефективність лікування Дигестином оцінювали динамікою диспептичного симптому. Спостереження за дітьми основної групи показало, що в періоді реабілітації в комплексному лікуванні з використанням Дигестину відмічалась позитивна динаміка у більшості дітей (29 – 72,5%). Нормалізація апетиту відмічалась на 2–4 день, купірування больового синдрому – на 3–5 день. У дітей основної групи (78,4%) відмічено регрес показників амілореї, в той же час в групі порівняння тільки у 18,2%.

Таким чином, препарат Дигестин може бути рекомендований в комплексному лікуванні дітей з ацетонемічним синдромом в період реабілітації.

ВИВЧЕННЯ ВМІСТУ МЕТАБОЛІТІВ ОКСИДУ АЗОТУ У ДІТЕЙ З УРАЖЕННЯМ СЕРЦЯ НА ТЛІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНИХ ІНФЕКЦІЙ

О.М. ЛЕБЕДИНЕЦЬ, Ю.Г. РЕЗНИЧЕНКО

Запорізький державний медичний університет

З початку 90-х років відмічено зростання дитячої захворюваності і загального числа дітей з серцево-судинною патологією. Серед факторів серцево-судинної патології у дітей певне місце займає інфекційний; для дітей раннього віку актуальним є внутрішньоутробне інфікування з розвитком клініки внутрішньоутробних інфекцій в перші місяці життя. Внутрішньоутробні інфекції нерідко протікають як генералізовані з можливим розвитком кардитів. Актуальним є визначення ланок патогенезу кардитів на тлі внутрішньоутробних інфекцій у дітей раннього віку. Ендогенний оксид азоту (NO) відіграє особливу роль в процесах пато- і саногенезу внутрішньоклітинних інфекцій. За умов запальних процесів, гіпоксії ендотеліальна форма синтази NO (eNOS) пригнічується й відбувається активація індукцибельної форми NO синтази (iNOS), що призводить до надмірної продукції оксиду азоту і зумовлює синтез вільних кисневих радикалів. Підтвердженням того, що зареєстрований надлишок NO є патологічним, може бути підвищення активності iNOS. Збільшення продукції NO, що спочатку виступає як адаптивний фактор, перетворюється у небезпечний ушкоджуючий фактор, який збільшує проникність судин і завдає пряму кардіотоксичну дію.

Під спостереженням було 30 дітей першого року життя, хворих на кардит на тлі внутрішньоутробних інфекцій. Визначали рівень стабільних метаболітів NO та індукцибельної синтази NO в сироватці крові. Пацієнтів було розподілено на дві групи: до першої групи ввійшли 20 дітей із токсоплазменою інфекцією; до другої – 10 пацієнтів з іншими внутрішньоутробними інфекціями. Групу порівняння складала 15 умовно здорових дітей, репрезентативних за віком та статтю. У дітей першої та другої груп обстеження проводили на момент встановлення діагнозу та в динаміці через 7–12 місяців від початку лікування. Лікування проводили згідно зі стандартами лікування внутрішньоутробних інфекцій, кардитів. Визначення метаболітів NO в крові проводили за методикою Грісса.

Дослідження рівня метаболітів NO в сироватці крові 30 дітей із внутрішньоутробними інфекціями до початку лікування показало їх підвищення в 1,5 разу ($p < 0,05$) в першій групі і в 1,3 разу ($p < 0,05$) в другій групі порівняно зі значеннями контрольної групи. Одночасно з підвищенням рівня метаболітів NO в обох групах відбувалося підвищення рівня iNOS в сироватці крові в 2,2 разу ($p < 0,05$) порівняно з контрольною групою. При обстеженні в динаміці захворювання через 7–12 місяців виявлено зниження концентрації

метаболітів NO в обох групах, однак в другій групі їх рівні наближались до рівнів контрольної групи, тоді як в групі дітей із токсоплазменою інфекцією зберігалось достовірне їх підвищення порівняно як із умовно здоровими в 1,3 разу ($p < 0,05$), так і з групою дітей без токсоплазменою інфекції в 1,2 разу ($p < 0,05$). Одночасно в обох групах дітей із внутрішньоутробною інфекцією спостерігалось зниження концентрації iNOS в динаміці захворювання, однак більш значуще в групі без токсоплазменою інфекції – в цій групі показники рівня iNOS наближались до показників контролю. У дітей із токсоплазменою інфекцією зберігалось достовірне підвищення рівнів iNOS порівняно з контрольною групою в 1,6 разу ($p < 0,05$).

Отримані дані підтверджують дослідження вітчизняних та зарубіжних авторів, в яких показано роль NO як медіатора і маркера запалення. Враховуючи ці дані, можна припустити, що ураження серця у дітей на тлі токсоплазменою інфекції, на відміну від інших внутрішньоутробних інфекцій, є тривалішим процесом і може вимагати більш пролонгованої терапії.

ВИВЧЕННЯ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИТЕМИ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ЗА ДАНИМИ ДОБОВОГО ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ

О.М. ЛЕБЕДИНЕЦЬ

Запорізький державний медичний університет

Внутрішньоутробні інфекції становлять один з найважливіших чинників, що визначають здоров'я населення найближчого майбутнього. Внутрішньоутробні інфекції у дітей раннього віку нерідко протікають як генералізовані з можливим розвитком кардитів. Аналіз змін варіабельності ритму серця (BPC) у дітей раннього віку з кардитами на тлі внутрішньоутробних інфекцій є актуальною проблемою; дає можливість кількісно оцінити вегетативну регуляцію серцевого ритму, вегетативний баланс та виявити його порушення, провести ранню діагностику, прогнозувати перебіг захворювання і контролювати ефективність лікування.

Під спостереженням було 54 дітей першого року життя, хворих на кардит на тлі внутрішньоутробних інфекцій. Функціональний стан серцево-судинної системи визначали на підставі холтерівського моніторингу. Пацієнтів було розподілено на дві групи: до першої групи ввійшли 35 дітей із токсоплазменою інфекцією; до другої – 19 пацієнтів з внутрішньоутробною інфекцією іншої етіології. Групу порівняння склали 16 умовно здорових дітей, репрезентативних за віком та статтю.

Лікування проводили згідно зі стандартами лікування внутрішньоутробних інфекцій, кар-

дитів. У 24 дітей першої та 7 другої групи обстеження проводили в динаміці через 7–12 місяців від початку лікування. За даними аналізу холтерівського моніторингу у дітей з кардитами на тлі внутрішньоутробних інфекцій виявлено напруження регуляції серцевого ритму, що проявлялося зниженням активності симпатичних та парасимпатичних (загальної потужності спектру, Tot P, ms^2) впливів, достовірне зниження цього показника зберігалось у дітей першої групи порівняно зі здоровими через 7–12 місяців від початку лікування. У дітей першої групи виявлено тенденцію до підвищення стрес-індексу (індексу напруження регуляторних систем, SI) протягом захворювання, через 7–12 місяців від початку лікування він був достовірно вищим, ніж у здорових. Одночасно діти з токсоплазменою інфекцією порівняно зі здоровими мали достовірно вищі показники Амо протягом всього спостереження, що могло свідчити про відносне переважання симпатичних впливів, підтвердження якого виступало зростання індексу LF/HF. Індекс вагосимпатичної взаємодії (LF/HF) був достовірно вищим у дітей з кардитами в обох групах до початку лікування; однак його достовірне підвищення відносно здорових і дітей другої групи зберігалось через 7–12 місяців у дітей із токсоплазменою інфекцією ($p < 0,05$), що може свідчити про збереження гіперсимпатикотонії протягом тривалого часу у дітей із токсоплазменою інфекцією. Середнє значення інтервалу QT не мало достовірних відмінностей в різних групах, проте значення коригованого інтервалу QT було достовірно більшим у дітей з кардитами в обох групах порівняно зі здоровими. В динаміці через 7–12 місяців в групі дітей із токсоплазменою інфекцією зберігалось достовірне подовження коригованого інтервалу QT порівняно як з умовно здоровими, так і хворими без токсоплазменою інфекції ($p < 0,05$), що могло свідчити про порушення електричної стабільності міокарда у віддалені строки від початку лікування кардитів на тлі токсоплазменою інфекції.

Враховуючи отримані дані, застосування у дітей, хворих на кардит на тлі внутрішньоутробних інфекцій, добового моніторингу ЕКГ дозволяє підвищити ефективність діагностики ураження серця та індивідуалізувати терапію.

ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ФОРМУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ В ПІДЛІТКІВ

І.С. ЛЕБЕЦЬ, Н.С. ШЕВЧЕНКО, О.В. МАТВІЄНКО,
Д.А. КАШКАЛДА, І.М. НЕЛІНА

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

Остеоартроз (ОА), що відноситься до найпоширеніших захворювань суглобів, як свідчать дослідження останніх років, розвивається і

в підлітків. У молодих пацієнтів факторами формування даного захворювання виступають гіпермобільний синдром (ГМС) та перенесені запальні ураження суглобів, в тому числі реактивні артрити (РеА). Для визначення підходів щодо лікувально-профілактичних заходів необхідно урахування прогностичних критеріїв щодо розвитку ОА та його прогресування. Так, виникненню ОА при перенесеному РеА сприяють: тривале зберігання активності запального процесу, ураження колінних суглобів, хламідійна природа РеА, рецидивуючий перебіг захворювання, а також біохімічні зсуви (підвищення колагенази, підвищення екскреції уронових кислот). Посилення клінічних проявів при динамічному спостереженні, подальші зміни в рентгенологічному та сонографічному дослідженнях суглобів свідчили не тільки про наявність, але й прогресування ОА в підлітків. До прогностично значущих критеріїв прогресування ОА за нашими даними відносяться: вік початку ОА в 15–18 років, чоловіча стать, підвищена маса тіла, виникнення синовіту, такі імунологічні зсуви, як зниження загальних Т-лімфоцитів, зростання рівнів ІgM та ІЛ-1, активація ФНП- α , біохімічні порушення – збільшення екскреції уронових кислот, оксипроліну, хондроїтинсульфатів крові.

Ураховуючи характер деструктивних змін у хрящі, запальний процес, вікові особливості становлення метаболізму компонентів матриксу хряща, лікувальна тактика при ОА в підлітків повинна передбачати диференційоване комплексне використання хондропротекторів, протизапальних заходів та препаратів для поліпшення мікроциркуляторних порушень. Стратегічна спрямованість лікування полягає у зниженні темпів прогресування захворювання і включає корекцію запальних процесів у суглобовому апараті й планове індивідуальне за тривалістю та кратністю призначення повторних курсів хондропротекторів.

В клініці ІОЗДП АМНУ під нашим спостереженням знаходилося 84 підлітків 12–18 років із ОА, яким проводилось комплексне обстеження та лікування. Серед них захворювання розвинулося у 61 – на тлі ГМС, у 23 – на тлі перенесеного РеА. Осіб жіночої статі було 61,70%, чоловічої – 38,29%. Перший рік лікування хворих характеризувався зменшенням клінічних і сонографічних проявів хвороби та деякими позитивними зсувами щодо показників метаболізму сполучної тканини. На другому – третьому році лікування на тлі поліпшення якісних характеристик структури хряща відбувалося накопичення позитивних змін у метаболізмі протеогліканів, колагену, активності ферментів їх катаболізму та в імунному гомеостазі. Відмічалась нормалізація вмісту протеогліканів, оксипроліну, активності колагенази, інгібіторів еластази, співвідношення клітин у Т-ланці імунітету, вмісту ІЛ-1 β , ІЛ-6.

За комплексною оцінкою лікування підлітків із ОА добрий результат (відсутність загострень і прогресування процесу) складав 44,6%, умовно задовільний (не реєструвались ознаки прогресування) – 11,6%, незадовільний (наявність ознак прогресування) – 43,8%. Такий результат за нашими даними свідчить про збереження ознак дегенеративного патологічного процесу, що підтверджувалося наявністю активності колагенази, порушень в адаптаційній системі еластази – інгібітор еластази, зберіганням високого рівня ФНП- α . Це вказує на недостатній об'єм та тривалість проведеного лікування, необхідність удосконалення лікування, включення санаторно-курортного етапу.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕБЮТА СИСТЕМОЇ КРАСНОЇ ВОЛЧАНКИ У ПОДРОСТКОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЕТАПЕ

І.С. ЛЕБЕЦ, С.Р. ТОЛМАЧЕВА, Н.С. ШЕВЧЕНКО

ГУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України», г. Харків

Системную красную волчанку (СКВ) относят к тяжелым по течению и исходам хроническим заболеваниям с полисистемностью поражений и их прогрессированием. СКВ преимущественно развивается у лиц женского пола и нередко дебютирует в периоде полового созревания, характеризуясь изначально многообразием проявлений, что определяет существенные затруднения в диагностике болезни, которые задерживают во времени назначение адекватной терапии. Как свидетельствует собственный опыт, в симптоматике дебюта СКВ у подростков за последние десятилетия наблюдаются некоторые особенности.

Цель настоящей работы – изучить у пациентов подросткового возраста ранние клинические проявления заболевания. В исследование были включены больные, которые находились в клинике института за период 2005–2011 гг. Диагноз СКВ устанавливался с учетом классификационных критериев АРА. Следует отметить, что для верификации диагноза необходимо иметь наличие четырех из указанных критериев, но практически на начальных этапах развития СКВ это наблюдалось не всегда. В процессе эволюции заболевания происходило накопление его признаков, и сложности в постановке диагноза исчезали. В таких случаях оценка дебюта болезни проводилась ретроспективно.

Симптоматика СКВ в первые месяцы развития патологического процесса изучена у 46 больных. Среди них было 40 (86,9%) девушек, 6 (13,1%) мальчиков, при этом 41,3% пациентов заболели до 13 лет, 58,7% – в более старшем возрасте. Особо следует отметить, что у 19,6% девушек

заболевание началось в периоде раннего пубертата (практически – накануне или в год начала менструаций). Только у части больных удалось четко определить конкретные предшествующие факторы – острая респираторная вирусная инфекция (26,1%), инсоляция (13,1%), детские инфекционные заболевания (4,3%). Течение по дебюту болезни у большинства подростков было подострым (66,7%), реже – острым (24,4%), изредка – первично хроническим (8,9%). Проявления СКВ расценивались у 1/5 больных как тяжелые, у остальных – средней тяжести. По степени активности пациенты распределялись следующим образом: первая степень – 11,1%, вторая – 51,1%, третья – 37,8%. С учетом частоты развития в первые месяцы СКВ определялись такие синдромы и проявления: суставной (82,6%), кожный (80,4%), гемопатия (66,7%), кардит (60,9%), капилляриты (52,2%), нефрит (39,1%), трофический синдром (37,8%), пульмонит (36,9%), поражение центральной нервной системы (30,4%), гепатит (21,7%), нефропатия (13,0%), антифосфолипидный синдром (10,9%), поражение периферической нервной системы (4,3%). Анализируя частоту синдромов в сравнении с данными наших многолетних наблюдений за предыдущие десятилетия (1975–1999 гг.), следует отметить увеличение гемопатий, пульмонитов, люпус-нефрита и антифосфолипидного синдрома. По данным лабораторных исследований у большинства больных был снижен гемоглобин (77,8%), количество эритроцитов (55,6%), у 1/3 отмечались лейкопения и лимфопения, у 11,0% – тромбоцитопения. LE-клетки определялись у 53,9% больных, а весь LE-феномен – у 1/5 пациентов, что не исключает диагностическую значимость этих показателей на ранних этапах волчаночного процесса. Антитела к ДНК в дебюте СКВ выявлялись у 77,4% подростков, АНА – у 80,0%, что особенно подчеркивает их диагностическую ценность в дебюте СКВ.

ВПЛИВ ІНСУЛІНОТЕРАПІЇ НА МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ МІОКАРДА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Г.О. ЛЕЖЕНКО¹, І.В. РУДНЄВА¹, О.М. МАЛАМУД²,
В.Л. МАХАЄВА²

¹Запорізький державний медичний університет.

²КУ „Запорізька обласна дитяча клінічна лікарня“

Цукровий діабет (ЦД) – одне з найпоширеніших метаболічних захворювань, яке за даними ВООЗ набирає характеру епідемії. Перебіг ЦД супроводжується ураженням серцево-судинної системи.

Метою нашої роботи було дослідити особливості інтракардіальної гемодинаміки у дітей,

хворих на ЦД 1 типу, з урахуванням особливостей інсулінотерапії. Було обстежено дітей, хворих на ЦД 1 типу, віком від 9 до 16 років, серед яких пацієнти I групи (48 пацієнтів) отримували стандартно-болюсну терапію з використанням НПХ-інсулінів, II групи (43 пацієнти) – інсулінотерапію із застосуванням аналогів людських інсулінів гларгін та гліулізін. Контрольну групу склали 36 дітей відповідного віку та статі. Проведений аналіз структурно-функціональних показників лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на ЦД, які отримували НПХ-інсуліни, виявив наявність гіпертрофії міокарда, що проявлялося достовірним збільшенням порівняно з контрольною групою товщини міжшлуночкової перегородки (ТМШП) до $9,35 \pm 0,30$ мм, товщини задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ) – до $9,54 \pm 0,30$ мм, їх індексованих показників, маси міокарда (ММЛШ) – до $130,57 \pm 9,14$ г, індексу маси міокарда (ІММЛШ) – до $36,38 \pm 2,08$ г/м^{2,7} зі збільшенням відносної товщини стінок ЛШ до $0,42 \pm 0,01$ од. ($p < 0,05$). Наявність гіпертрофії ЛШ в групі хворих, які отримували НПХ-інсуліни, встановлено в 38% випадків. Встановлено, що 24% пацієнтів мали ІММЛШ вище 99 перцентилу, що достовірно перевищувало показник групи дітей, які отримували інсуліни гларгін та гліулізін. Порушення у пацієнтів, які отримували НПХ-інсуліни, визначалися також з боку збільшення порожнин правих відділів серця (достовірно збільшення поздовжнього розміру правого передсердя, правого шлуночка порівняно з контрольною групою та групою пацієнтів, які отримували інсуліни гларгін та гліулізін, $p < 0,05$). В групі пацієнтів, які отримували НПХ-інсуліни, мало місце достовірне зниження індексу кінцевого діастолічного розміру ЛШ до $2,99 \pm 0,06$ мм, що може бути свідченням гіпертрофії міокарда ЛШ ($p < 0,05$). Включення до терапії інсулінів гларгін та гліулізін сприяло зменшенню кількості пацієнтів з гіпертрофією ЛШ до 22% за рахунок збільшення пацієнтів з нормативними значеннями ІММЛШ до 66%. Крім того, у пацієнтів означеної групи спостерігалось достовірно зменшення порівняно з пацієнтами, які отримували НПХ-інсуліни, поздовжнього розміру ЛП з $27,38 \pm 0,58$ до $25,12 \pm 0,52$ мм, поздовжнього розміру ПП – з $27,38 \pm 0,49$ до $26,12 \pm 0,47$ мм, поздовжнього розміру ПШ – з $26,12 \pm 0,59$ до $24,48 \pm 0,72$ мм. Включення до терапії інсулінів гларгін та гліулізину сприяло нормалізації поперечних розмірів ЛП та ПШ. Проведений аналіз особливостей ремоделювання ЛШ показав, що серед пацієнтів, які отримували НПХ-інсуліни, кількість дітей з нормальною геометрією ЛШ була достовірно зниженою (23%) порівняно з групою дітей, які отримували інсуліни гларгін та гліулізін (51%). Кількість дітей з проявами ексцентричної гіпертрофії перевищувала аналогічний показник II групи, тобто процеси ремоделювання ЛШ були більш

вираженими у пацієнтів, які отримували НПХ-інсуліни.

Отримані дані свідчать про суттєве значення інсулінотерапії в механізмах формування гіпертрофії лівого шлуночка та особливостей змін його геометрії.

Отримані дані свідчать про суттєве значення інсулінотерапії в механізмах формування гіпертрофії лівого шлуночка та особливостей змін його геометрії.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ЛАБОРАТОРНИХ ТА ТЕМПЕРАТУРНИХ ПОКАЗНИКІВ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ВИСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИЗИКУ

О.В. ЛИСУНЕЦЬ

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

На сьогодні в Україні на тлі негативного природного приросту населення відмічається зростання частоти випадків передчасного народження дітей високого перинатального ризику, що вимагає поглибленого вивчення особливостей перебігу адаптації цих дітей до позаутробного існування для покращення виходжування та диспансерного спостереження в наступні періоди їхнього життя.

Метою дослідження було вивчити перинатальний анамнез, адаптаційні зміни лейкопозу, стан серцево-судинної системи та температурного гомеостазу у недоношених новонароджених високого перинатального ризику у неонатальному періоді.

Спостереження базувалися на аналізі даних перинатального анамнезу, клініко-параклінічного перебігу неонатального періоду. Основну групу дослідження склали 18 дітей високого перинатального ризику з малою масою тіла (1700 ± 200 г), що відповідала терміну гестації 32–34 тиж. Контрольна група була сформована із 17 новонароджених з масою тіла при народженні 2000 ± 170 г, ТГ 32–36 тиж. без супутньої патології. Діти обстежувалися і виходжувалися згідно з протоколами, крім того, проводилося монітування температурного гомеостазу, із визначенням градієнта перепаду центральної і периферичної температури ($\Delta t^{\circ}\text{C}$), відстежувалися гематологічні індекси: лейкоцитарний індекс (ЛІ, в %) – співвідношення між кількістю незрілих форм і загальною кількістю нейтрофілів, нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт (НЛК, в %) – співвідношення нейтрофілів до лімфоцитів, індекс резистентності (ІР, в %) – співвідношення лімфоцитів до сегментарних нейтрофілів. Проводилася електро- та ехокардіографія з доплерографією.

Дані перинатального анамнезу свідчать, що недоношені немовлята високого перинатально-

го ризику народжувалися переважно від I чи III і більше вагітності. Причому, вагітність переривалася на тлі загрози переривання, обтяженого соматичного анамнезу у породіллі. У клініці неонатального періоду у дітей основної групи привертало увагу переважання ступінчастого відновлення маси у 66,6% випадків проти 41,2% випадків у дітей контрольної групи; наявність вегето-вісцеральних розладів у 72,2% випадків проти 52,9% у контрольній групі. Тривалість неонатальної жовтяниці на 7–10 діб була довшою, і час епітелізації пуповинної рани складав 16–18 діб. У основній групі чітко простежувалося зростання НЛК, на відміну від контрольної групи, що вказує на відстрочення фізіологічного перехресту «білої крові». ІР, навпаки, зменшувався в основній групі і зростав у групі контролю. Для дітей основної групи, на відміну від контрольної, характерний вищий градієнт перепаду центральної і периферичної температури: від $3,5 \pm 0,1$ до $2,0 \pm 0,1^{\circ}\text{C}$ в основній групі і від $2,7 \pm 0,1$ до $1,5 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$ у контрольній у неонатальному періоді. При електрокардіографії у 16,7% дітей основної групи виявлено нормограму, у 83,3% – правограму. А також ознаки перевантаження правих відділів серця. За даними ЕХО-кардіографії у основній групі виявлено відкрите овальне вікно у 5 (27,7%) дітей; додаткові хорди у лівому шлуночку – у 10 (55,5%); регургітацію на трикуспідальному клапані – у 3 (16,6%); регургітацію на пульмональному клапані – у 2 (11,1%); фракція викиду (ФВ) дорівнювала $65 \pm 0,6\%$ у 3 (16,6%), а у переважної більшості дітей ФВ наближалася до $79,6 \pm 0,5\%$.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РІЗНИМИ ФЕНОТИПАМИ ТА СТУПЕНЕМ КОНТРОЛЬОВАНОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Л.Я. ЛИТВИНЕЦЬ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

За даними ВООЗ, у світі від проявів бронхіальної астми (БА) страждає близько 300 млн. людей. Згідно із рекомендаціями міжнародних узгоджувальних документів (Pocket Guide For Asthma Management And Prevention In Children (GINA, 2006–2009), PRACTALL (Practical Allergology) Pediatric Asthma Group, 2008) доцільно розглядати гетерогенність клінічних проявів БА та їх відповідь на проведену терапію з точки зору фенотипу – сукупності характеристик, які виникають в результаті взаємодії між генетичними властивостями організму і факторами навколишнього середовища [GINA, 2009].

Мета роюоти: провести аналіз характеристик тяжкості (контрольованості) клінічного проце-

су у хворих на БА дітей та її залежність від фенотипу захворювання.

Проведено комплексне обстеження 168 дітей шкільного віку, хворих на БА, які знаходились на стаціонарному лікуванні в алергологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні м. Івано-Франківська упродовж 2009–2011 рр. Діагноз БА встановлювали згідно із Протоколом діагностики і лікування БА у дітей. Щодо контрольованості недуги усіх пацієнтів було розподілено на три групи: I – 25 дітей із контрольованим перебігом БА (КБА); II – 106 дітей із частково контрольованою БА (ЧКБА), III – 37 дітей із неконтрольованим перебігом БА (НКБА). Проводили вивчення клінічної картини, анамнестичних даних, особливостей об'єктивного статусу та параклінічних даних у дітей із різним ступенем контрольованості БА із наступним розподілом обстежених за основними фенотипами. Одержані результати аналізували за допомогою комп'ютерних пакетів ліцензійної програми "STATISTICA" StatSoft Inc.

Частота і ступінь вираженості певних скарг значно варіювали залежно від ступеня контрольованості недуги. Так, задуха спостерігалась у 100,0% випадків у пацієнтів із НКБА, тоді як у пацієнтів із КБА лише у 48,0%. Однією із особливостей задухи було те, що при призначенні бронходилататорів вона повністю зникала або зменшувалась у I групі, у той час як у III групі – лише у 43,2% пацієнтів. Частим симптомом, що супроводжував БА у дітей, були сухі свистячі хрипи в грудній клітці, що нерідко вислуховувались на відстані, підсилювались на видиху. Відмічено, що серед пацієнтів із КБА даний симптом мав місце у 19,0%, серед пацієнтів із ЧКБА – у 81,1% та у 100,0% пацієнтів із НКБА. Доволі частою ознакою у дітей із БА був кашель, який найчастіше виникав вночі або під ранок, порушував сон, часто носив пароксизмальний характер. У пацієнтів із КБА кашель мав місце у 52,0%, в той час як у пацієнтів із НКБА – у 97,3%. Слід зазначити, що у обстежених ступінь контрольованості БА корелював із віком та певним фенотипом. Так, у дітей I групи загострення найчастіше проходили респіраторними інфекціями (у 40,6%) та фізичними навантаженнями (у 32,6%), хоча мала місце і atopічна астма (у 26,8%). У пацієнтів із ЧКБА однаковою мірою зустрічались різні фенотипи БА, в той час як у дітей III групи превалювала atopічна (у 47,0%) й тяжка (у 23,8%) БА.

Таким чином, БА – це гетерогенний за генезом процес, що прогресує з віком, характеризується гіперреактивністю бронхів та зміною фенотипів, а ступінь її контрольованості та відгук на терапію з великою ймовірністю визначається фенотиповим варіантом. Діагностика фенотипів БА у дітей може бути використана з метою прогнозування тяжкості перебігу та зу-

мовлює необхідність проведення індивідуалізованого лікування пацієнтів.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПОСЛІДОВНОЇ ЕРАДИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ, АСОЦІЙОВАНИМ З ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗОМ

В.Д. ЛУКАШУК, Г.М. ТЕБЕНЧУК, С.П. ХОДАКІВСЬКА,
О.А. БОВКУН, Б.Я. ДМИТРИШИН, Л.М. ГОЛОВАТЮК,
В.І. БАБ'ЯК, Т.І. КОРОТИЧ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Ерадикаційна терапія включена до міжнародних стандартів лікування хронічної гастродуоденальної патології, асоційованої з *Helicobacter pylori* (*Hp*). Ефективність 7- або 10-денної стандартної потрійної терапії (інгібітор протонної помпи (ІПП) + 2 антибіотики) за останні роки знизилася (нижче 80%), а успішність можна поліпшити майже на 12% у разі продовження тривалості лікування до 14 днів. За останні 10 років дослідники отримали переконливі результати використання послідовної ерадикаційної терапії як у дорослих, так і у дітей.

Мета дослідження – оцінити ефективність схеми послідовної ерадикаційної терапії у дітей з хронічним гастродуоденітом, асоційованим з *Hp*-інфекцією.

Обстежено 129 дітей з хронічним гастродуоденітом, асоційованим з *Hp*, віком 7–16 років.

Ступінь засівання слизової оболонки шлунка (СОШ) вивчали бактеріоскопічним методом мазків-відбитків за Л.І. Аруїном. Морфологічне дослідження біопатів СОШ проводили у 76 хворих. Інфікування дітей *Hp* встановлювали за результатами швидкого уреазного тесту, визначення антитіл до *Hp* Cag A та антигенів *Hp* у випорожненнях *Hp*SA методом (Stool-test).

Всі діти вперше отримували ерадикаційну терапію. Для ерадикації *Hp*-інфекції у 84 дітей (I група) використовували методику послідовної ерадикаційної терапії, що включала: спочатку 5-денний подвійний комплекс (ранітидин+амоксицилін), а в подальшому – 5-денний потрійний комплекс (ранітидин + амоксицилін + кларитроміцин); тривалість курсу лікування 10 днів. Групу порівняння (II група) складало 26 дітей – отримували потрійну ерадикаційну терапію тривалістю 7 днів (де-нол + кларитроміцин + амоксицилін). Після завершення ерадикаційної терапії продовжували ще два тижні лікування ранітидином віковою дозою 1 раз на ніч.

В I групі (послідовна ерадикаційна терапія) успішна ерадикація була у 92,9% (у 78 із 84 хворих), у 6 не досягнуто ерадикації *Hp*. На противагу зазначеному, показник ерадикації в II групі (група порівняння) становив 80,8%. Побічних ефектів ерадикаційної терапії не спостерігали. В III групі (контроль)

після лікування всі 19 дітей залишалися *Hp*-позитивними.

Встановлено зв'язок між високим ступенем засівання *Hp* СОШ та ефективністю ерадикації як в I групі, так і в II групі – з високим ступенем засівання було 45 та 12 хворих відповідно; успішною ерадикація була із них у 41 та 7 дітей. Отже, ефективність послідовної ерадикаційної терапії була вищою у дітей з високим ступенем засівання *Hp* слизової оболонки.

Отримані результати порівняльного вивчення ефективності послідовної ерадикаційної терапії зі стандартною потрійною терапією збігаються з результатами інших дослідників, які довели, що схема послідовної ерадикаційної терапії забезпечила успішну ерадикацію *Hp* з показником 93,5 та 97,3%. Крім того, відомо, що послідовна 10-денна ерадикаційна терапія забезпечує аналогічний показник ефективності, як квадротерапія і 14-денна потрійна терапія, а також послідовна терапія є більш ефективною у хворих з високим ризиком резистентності до кларитроміцину.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТА ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ГАСТРОПРОТЕКЦІЇ

В.Д. ЛУКАШУК, С.П. ХОДАКІВСЬКА, О.А. БОВКУН,
Б.Я. ДМИТРИШИН, Л.М. ГОЛОВАТЮК, В.І. БАБ'ЯК,
Т.І. КОРОТИЧ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

За останнє десятиріччя накопичено значний досвід в лікуванні гастродуоденальних захворювань у дітей. Імплементовано антигелікобактерну терапію для хворих, інфікованих *Helicobacter pylori* (*Hp*). Значно нижча ефективність лікування ХГД, неасоційованого з *Hp*, оскільки патогенетична та симптоматична терапія остаточно не уніфіковані.

Мета роботи – підвищити ефективність лікування ХГД, неасоційованого з *Hp*, у дітей з урахуванням гастропротекції та пепсиногену-1 (ПГ-1) сироватки крові (СК).

Обстежено 50 дітей віком 7–16 років з ХГД, неасоційованих з *Hp*, та 30 здорових дітей цього ж віку.

При аналізі тригерних чинників встановлено порушення режиму харчування і якісного складу раціону у 41 (82%) дитини. У 28% дітей хвороба виникла на тлі обтяженої спадковості. Під час ендоскопічного дослідження найчастіше виявляли поширену гастропатію – у 43 (86%) дітей, нодулярну антральну гастропатію – у 7 (14%), яка у 4 хворих поєднувалася з ерозивною дуоденопатією. Гіперемію та набряк слизової оболонки дванадцятипалої кишки виявлено у 86% дітей.

Рівень ПГ-1 у обстежених дітей коливався в межах 27,5–101,8 нг/мл, середньоарифметичний показник – 59,8±6,1 нг/мл; високий показник ПГ-1 (понад 57,6 нг/мл, що розцінювали як гіперпепсиногенемію) виявлено у 34% дітей. Серед здорових дітей високий рівень ПГ-1 СК був у 13,3%.

Стан гастропротекції слизової оболонки шлунка оцінювали за показниками фукози шлункового соку (ФШС). В стадії загострення рівень ФШС був знижений – 38,6±3,9 ммоль/л, у здорових – 52,3±7,9 ммоль/л ($p < 0,05$). Найнижчий рівень ФШС спостерігали у 30 (60%) дітей зі зниженою гастропротекцією та високим рівнем ПГ-1 СК. Встановлено високу кореляційну залежність між показниками ФШС та ПГ-1 СК ($r = -0,67$; $p < 0,001$). В стадії ремісії показники ФШС підвищувалися до 49,2±5,3 ммоль/л і наближались до таких у здорових дітей ($p > 0,05$).

Залежно від лікування хворих розподілено на 3 групи: I (л) група – 20 хворих, які отримували ранітидин коротким курсом 7–10 днів віковою дозою з переходом на підтримуючу дозу 1 раз на ніч до 1 місяця; II (л) група – 16 хворих, котрі отримували ранітидин коротким курсом (як в I групі) + сукральфат з 3-го тижня лікування протягом 2 тижнів; III (л) група – 14 хворих, які отримували ранітидин коротким курсом (як в I групі) + сукральфат в перші 2 тижні лікування.

Порівняльний аналіз динаміки показників ФШС в кожній із трьох груп виявив позитивну динаміку – підвищення рівня її. При аналізі індивідуальних показників фукози після лікування у 10 хворих рівень її залишався зниженим у I(л) та II(л) групах, причому це були діти з високим рівнем ПГ-1 СК. Спостереження в катамнезі показало, що найнижчою частота рецидивів як ранніх, так і через рік була лише в III(л) групі.

Таким чином, при зниженій гастропротекції доцільно індивідуалізувати лікування – застосовувати ранітидин коротким курсом 7–10 днів з переходом на підтримуючу дозу з включенням сукральфату з перших днів терапії тривалістю 2 тижні.

ПОКАЗНИКИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ СИСТЕМНОЇ ГІПОТЕРМІЇ ДЛЯ ЗАХИСТУ МОЗКУ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГІПОКСИЧНО- ІШЕМІЧНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ

Т.К. МАВРОПУЛО, О.С. БУЯЛЬСЬКИЙ, Н.С. КАПШУЧЕНКО,
С.В. МОРОЗ, О.Г. КОТЛЯР

Дніпропетровська державна медична академія.
Дитяча міська клінічна лікарня № 3, м. Дніпропетровськ

Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія після перенесеної асфіксії є значущою причиною смертності і захворюваності новонароджених.

Ця патологія становить серйозну медичну і соціальну проблему, вимагає термінового пошуку її вирішення. Оpubліковані дослідження, використовуючи оцінку частоти летальних наслідків чи інвалідності у віці 18-ти місяців, оцінюють терапевтичну гіпотермію як нейропротекторну стратегію. Найважливіші зміни в Рекомендаціях – 2010 Європейської ради реанімації порівняно з Рекомендаціями 2005 року стосуються проведення гіпотермії – «У новонароджених, які народилися вчасно або майже вчасно, у яких розвивається помірна або тяжка гіпоксично-ішемічна енцефалопатія, необхідно, якщо це можливо, застосувати лікувальну гіпотермію».

Нині існує ряд невирішених практичних проблем – деталізація критеріїв включення, стандартизація протоколів гіпотермії. Параметри церебральної гемодинаміки, а саме ознаки розвитку і вираженість реперфузійних змін можуть бути одними з таких критеріїв.

Тому, ми обрали за мету дослідження змін показників церебральної гемодинаміки при проведенні системної гіпотермії новонародженим в постасфіктичному періоді.

До груп спостереження було включено доношених новонароджених дітей, які мали ознаки тяжкої асфіксії. До основної групи спостереження ввійшли немовлята (15 дітей), яким проводилась системна гіпотермія (ректальна температура підтримувалася у межах 33–34°C протягом 72 годин). До контрольної групи було включено новонароджених дітей (63) з ознаками тяжкої асфіксії при народженні, яким не проводилась терапевтична гіпотермія.

Таким чином, діти основної групи спостереження на момент проведення гіпотермії і до кінця першого тижня життя мали достовірно вищі значення індексів резистентності мозкових артерій, в подальшому ж достовірні відмінності не визначались (ефект відтермінування реперфузійних порушень). Було визначено «фактори ризику» несприятливого прогнозу (ті показники, які мали достовірні кореляційні зв'язки з можливістю смерті дитини внаслідок розвитку постгіпоксичного набряку мозку). У новонароджених з несприятливим прогнозом відмічались нижчий індекс резистентності передньої мозкової артерії наприкінці першої доби життя і на третю добу життя, вищі значення швидкості кровоплину у вені Галена наприкінці першої доби життя (ознаки реперфузійних порушень). Визначено межі показників церебральної гемодинаміки, які виявлялись при сприятливому перебігу захворювання: швидкість кровоплину вени Галена на першу добу життя – 3,40–7,21 см/с; індекс резистентності передньої мозкової артерії на першу добу життя – 0,56–0,72.

Вказані показники в якості додаткових можуть враховуватися при спірних питаннях щодо визначення критеріїв включення, або для раннього прогнозування ефективності застосованої терапевтичної гіпотермії.

ПЕРВИННА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ У ПІДЛІТКІВ: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

В.Г. МАЙДАННИК, М.В. ХАЙТОВИЧ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Протягом останніх декількох років смертність населення України від серцево-судинних захворювань серед інших причин смертності залишається стабільною – в межах 64–65%. На артеріальну гіпертензію (АГ) страждає 11 млн. (30%) дорослого населення України. Загрозою є тенденція до помолодшання інсультів.

Офіційна захворюваність на первинну АГ серед дітей і підлітків також залишається незмінною – значно нижчою за результати популяційних досліджень. Це пояснюється відсутністю у хворих специфічних скарг; недостатністю знань про нормативи артеріального тиску; ігноруванням хворими (анозогнозичний або ергопатичний тип відношення до хвороби), членами сім'ї, а інколи й лікарями підвищеного артеріального тиску у дитини.

Як показали дослідження, проведені на нашій кафедрі, за даними опитника SF-36 якість життя дітей з первинною АГ становить близько 50% від можливої. Поширеність первинної АГ серед дітей протягом 2 років (з 9 до 11-річного віку) зростає у 5,5–8,5 разу відповідно у дівчаток і хлопчиків. У більшості хворих (близько 70%) відмічаються метаболічні порушення, поєднання підвищеного артеріального тиску та абдомінального ожиріння. При цьому ризик мати первинну АГ у дітей з надмірною масою тіла або ожирінням у 2,6 разу вищий, ніж у дітей з нормальною масою тіла.

Поняття «високий нормальний тиск» (артеріальний тиск відповідає значенню 90–95 перцентилю згідно з віком, статтю, зростом) останніми роками замінено на поняття «передгіпертензія». Доведено, що у 7% дітей з передгіпертензією щорічно артеріальний тиск збільшується і досягає значень АГ. Наші дослідження із використанням добового моніторування артеріального тиску показали, що зростання протягом року індексу маси тіла сприяє переходу лабільної АГ у стабільну, тоді як антигіпертензивна терапія затримує цей процес. Зменшення індексу маси тіла протягом року призводить до переходу стабільної АГ в лабільну навіть за відсутності антигіпертензивної терапії.

Спадкова схильність до захворювання є фактором його швидкого прогресування. Нами відмічено, що наявність у хворого DD-поліморфізму інтрону 16 гена ангіотензин-перетворюючого ферменту поєднується із стабілізацією артеріального тиску на високому рівні в середньому на 2 роки раніше. Необхідно зазначити у підлітків також високу швидкість ураження органів-мішеней (судин, нирок, серця), що, як відомо, асоціюється з ризиком фатальних ускладнень.

Таким чином, спадковий характер захворювання, поєднання з надмірною масою тіла, швидкий розвиток ускладнень, ігнорування хвороби і низький комплаєнс терапії при суттєвому зниженні якості життя складають комплекс основних проблем діагностики та лікування первинної АГ у підлітків. В той же час ефективність та безпечність тривалої антигіпертензивної терапії у підлітків залишаються маловивченими.

Тому надзвичайно важливо посилити наукові дослідження з вивчення епідеміології та факторів ризику (в тому числі молекулярно-генетичних) розвитку первинної АГ та її ускладнень у дітей, ефективності та безпечності антигіпертензивних препаратів при тривалому застосуванні у дітей; розробки напрямів профілактики (первинної, вторинної) та реабілітації підлітків з первинною АГ. Необхідно активізувати розробку профілактичних стратегій, спрямованих на нормалізацію маси тіла та подолання метаболічного синдрому у школярів. Враховуючи те, що в розвитку АГ у підлітків часто визначальну роль відіграє хронічний емоційний стрес та надмірна активація симпатико-адреналової системи, доцільно вивчати можливості седативної терапії у запобіганні виникненню АГ у дітей з передгіпертензією.

КОМП'ЮТЕРНИЙ АНАЛІЗ ДИХАЛЬНИХ ШУМІВ ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

В.Г. МАЙДАННИК, М.В. ХАЙТОВИЧ, Л.П. ГЛЄБОВА,
Є.О. ЄМЧИНСЬКА, А.А. МАКАРЕНКОВА

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

Комп'ютерні методи з наступним цифровим аналізом дозволяють детально охарактеризувати кількісні параметри звуків дихання. Спектрально-частотно-часова реалізація дихальних шумів (фоноспірограма) в реальному масштабі часу відображає на моніторі комп'ютера динаміку миттєвих спектрів звуків дихання, що сприймаються лікарем при аускультатії.

Обстежено 40 здорових дітей віком від 3 до 17 років. Всіх дітей було розподілено на вікові групи: 3–6, 7–11 та 12–17 років.

Реєстрацію звуків дихання проводили високочутливими акселерометрами одномоментно в чотирьох точках на поверхні грудної клітки: на рівні 2-го міжребір'я по середньоключичній лінії праворуч і ліворуч – точки «2П» і «2Л», відповідно; на рівні 7-го міжребір'я під кутом лопатки праворуч і ліворуч – точки «7П» і «7Л».

Порівняльний аналіз стану респіраторної системи здорових дітей методом аускультатії та за допомогою комп'ютерної фоноспірографії відмінностей не виявив – у 100% реєструвалось везикулярне дихання. Аналіз фоноспірограм здорових дітей різного віку виявив значні від-

мінності у тривалості дихального циклу та частотних характеристик дихальних шумів.

Загальна тривалість дихального циклу у дітей віком від 3 до 6 років складає від 2,0 до 2,4 с, що відповідає частоті дихання 30–25 за хвилину, 7–11 років – 2,6–3,1 с, 12–17 років – 3,2–3,7 с, що відповідає частоті дихання 23–19 та 18–16 за хвилину відповідно.

Частотні характеристики дихальних шумів у здорових дітей у попарно симетричних точках мали однакові частотно-спектральні характеристики. Комп'ютерна обробка звуків дихання дітей виявила відмінності частотного діапазону везикулярного дихання дітей залежно від віку обстежених.

Максимальне значення частотних характеристик вдиху та видиху спостерігалось серед дітей молодшого віку і досягало в середньому 980 ± 50 Гц на вдиху та 580 ± 50 Гц на видиху. У віці 7–11 років частотний діапазон вдиху та видиху скорочувався до 810 ± 30 та 370 ± 30 Гц відповідно, а у дітей 12–17 років частота вдиху не перевищувала 560 ± 20 Гц, видиху – 210 ± 20 Гц.

Виявлено залежність співвідношення вдиху/видиху (індекс $\frac{\text{вдих}}{\text{видих}}$) від віку та місця вимірювання. У дітей віком від 3 до 6 років індекс $\frac{\text{вдих}}{\text{видих}}$ у точках «7П» і «7Л» складав 1,6. Таке співвідношення вдиху до видиху підтверджує наявність пуерильного дихання у даній віковій групі. У дітей віком старше 12 років співвідношення вдиху та видиху на рівні 7 міжребір'я ззаду складало 2,7, що відповідає везикулярному диханню. Аналіз показав залежність величини індексу $\frac{\text{вдих}}{\text{видих}}$ від локалізації точки реєстрації дихальних шумів. У дітей старше 7 років частотні характеристики видиху були значно вищі в точках «2П» і «2Л». У дітей віком від 3 до 6 років індекс $\frac{\text{вдих}}{\text{видих}}$ практично не залежить від точки вимірювання і складає 1,5 на рівні другого міжребір'я спереду по середньоключичній лінії та 1,6 на рівні 7-го міжребір'я ззаду.

Аналіз інтенсивності (дБ) основних дихальних шумів у дітей різних груп при спокійному диханні істотних відмінностей не виявив. При цьому відмічались відмінності у спектрі залежно від фази дихального циклу – інтенсивність фази вдиху складає 49–30 дБ, видиху – 40–30 дБ.

ПСИХОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ СКЛАДАННЯ ПЕДІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІНТЕГРОВАНОГО ІСПИТУ «КРОК-2. ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКА ПІДГОТОВКА» У 2011 РОЦІ

В.Г. МАЙДАННИК, М.В. ХАЙТОВИЧ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Як відомо, підвищення якості медичної освіти вимагає уніфікації підходів до оцінки знань студента. Надійний тест характеризується пра-

вильністю вибору параметрів, які адекватно відображають знання, однозначністю оцінки, однаковими умовами кожного тестування, однорідністю. Тому незалежний тестовий контроль є одним із найефективніших засобів стандартизації теоретичної підготовки студента.

Ліцензійний інтегрований іспит “Крок-2. Загальнолікарська підготовка” базується на загальній для спеціальностей “лікувальна справа”, “педіатрія” та “медико-профілактична справа” програмі підготовки і став обов’язковим для випускників медичних, педіатричних та медико-профілактичних факультетів у 2002 році.

У 2011 році вперше “Крок-2. Загальнолікарська підготовка” склали студенти, які навчались за кредитно-модульною системою організації навчального процесу. Причому студенти медичних факультетів навчались за однаковою програмою, оскільки у 2005 році було скасовано набір на педіатричний та медико-профілактичний факультети, і тому всі медичні факультети Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, в т.ч. медичний факультет № 3 (педіатричний), готували студентів випуску 2011 року за спеціальністю «лікувальна справа».

В цілому в НМУ ім. О.О. Богомольця в іспиті взяли участь 811 студентів, з них – 159 студентів медичного факультету № 3. Загалом іспит (200 тестових завдань) студентами НМУ складено на 94,7%, педіатричний профіль (30 тестових завдань) – на 94,0%. Відмічено, що серед студентів-громадян України, студенти, які навчались на контрактній основі, склали іспит в середньому дещо краще, ніж студенти, які навчались за кошти державного бюджету (відповідно 95,2 і 94,4%), тоді як в інших державних ВМНЗ України тенденція була зворотною. Серед студентів медичного факультету № 3 21 (13,2%) стовідсотково правильно відповіли на всі тестові завдання педіатричного профілю, 40 (25,1%) – допустили лише 1, 48 (30,2%) – 2 помилки, але в цілому вперше за останні роки студенти медичного факультету № 3 склали гірше педіатричний профіль іспиту (в середньому 92,5%), ніж студенти інших факультетів, посівши при цьому в університеті лише 5 місце.

Психометричний аналіз показав, що серед тестових завдань педіатричного профілю лише 2 відповідали критеріям «правильного» тесту (індекс складності – 0,30–0,85, індекс дискримінації $\geq 0,20$). Інші виявились надто легкими (індекс складності $\geq 0,85$), хоча серед них 3 тестові завдання мали достатній індекс дискримінації ($\geq 0,20$). Отже, лише 5 тестових завдань (16,7%) педіатричного профілю характеризувались здатністю розрізняти студентів з високим і низьким рівнем підготовки.

І якщо високий загалом в державі результат складання ліцензійного інтегрованого іспиту “Крок-2. Загальнолікарська підготовка” свідчить про високу мотивованість студентів при підготовці до іспиту, адекватну роботу навчаль-

них частин ВМНЗ із забезпечення студентів матеріалами (паперовими, електронними тощо) для складання іспиту, відкритість банку тестових завдань, то низька розподільна здатність тестових завдань вказує на необхідність їх перегляду і наповнення банку новими завданнями, складеними відповідно до доказової медицини.

ПАТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У ДІТЕЙ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

В.Г. МАЙДАННИК, І.О. МІТЮРЄВА, Н.М. КУХТА,
А.А. КРЕПОСНЯК, І.О. АФАНАСЬЄВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Порушення нормальної анатомічної структури шийного відділу хребта (ШВХ) призводить до подразнення вегетативних гангліїв та нервових корінців, а також негативно впливає на кровопостачання головного мозку та відтікання венозної крові. Патологія ШВХ з часом прогресує та може призвести до незворотних змін в хребті та в судинах, навіть до інвалідизації хворого.

Метою дослідження було вивчення патологічних змін ШВХ у дітей із пароксизмальною вегетативною недостатністю (ПВН). Обстежено 204 дитини із ПВН, які проходили комплексне клініко-інструментальне дослідження на базі Центру вегетативних дисфункцій ДКЛ № 6 м. Києва. Дітям проводили рентгенографію ШВХ з функціональними пробами, а також рентген 1 та 2-го шийних хребців крізь відкритий рот.

Патологію ШВХ за даними рентгенологічного дослідження на фоні ПВН визначено у більшості дітей – у 127 (62,3%). Найбільш поширені рентгенологічні зміни ШВХ у хворих на ПВН – це нестабільність хребців шиї (у 59 дітей) – 46,5% та хондродиспластичні порушення (у 68 дітей) – 53,5%. Поєднання нестабільності із хондродиспластичними змінами ШВХ виявлено у 93 (73,2%) дітей.

Клінічно підозру на патологію шиї у хворих на ПВН встановлювали за характерними скаргами: запаморочення (82%), втрата свідомості (57%). Слід зазначити, що головний біль у хворих на ПВН з патологією ШВХ мав постійний характер, супроводжувався часто нападами нудоти та блювання (29%), найчастіше проявлявся в ранкові часи після сну, що має діагностичне значення та підтверджує їх вертеброгенне походження. Поряд з типовими скаргами, характерними для ПВН у дітей, визначались неврологічні прояви (11%), такі як оніміння голови, шиї, верхніх кінцівок, періодичні розлади зору у вигляді мерехтіння перед очима, розлади слуху та інше.

Детальний аналіз рентгенологічних показників сприяв визначенню наступних порушень:

випрямлення фізіологічного шийного лордозу (11%), дефекти тіл хребців (6%), крайові кісткові розростання (5%), унковертебральний деформуючий артроз (4%), підвивих в сегменті С1-С2 (0,8%), кила міжхребцевого диску (0,8%). Слід відмітити, що ураження більше одного (2-4) сегменту виявлено в 49,6% хворих. Ураження хребців ШВХ у дітей з ПВН найчастіше визначається в середніх сегментах: С4-С5 (39%) та С3-С4 (36%), С5-С6 (26%).

Таким чином, встановлені патологічні зміни шийного відділу хребта у дітей з ПВН ускладнюють клінічний перебіг захворювання, що викликає необхідність доповнення комплексу діагностичного обстеження таких хворих рентгенографією ШВХ з подальшим використанням спеціальних методів лікування.

УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕРАПІЇ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ ЗА ГІПЕРТЕНЗИВНИМ ТИПОМ У ДІТЕЙ

В.Г. МАЙДАННИК, І.О. МІТЮРЯЄВА, Н.М. КУХТА,
М.Б. МОЙСІЄНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Згідно з епідеміологічними дослідженнями в структурі вегетативних дисфункцій (ВД) дитячого віку частка ВД за гіпертензивним типом невпинно зростає (11-18% у школярів на сьогодні).

Метою дослідження було визначення ефективності використання гомеопатичного препарату Тенотен дитячий в комплексному лікуванні ВД за гіпертензивним типом у дітей. Під спостереженням знаходилося 47 дітей основної групи, які отримували гомеопатичний препарат Тенотен дитячий в комплексній терапії, та 47 дітей групи контролю, які отримували стандартну терапію (вітаміни групи В, масаж, психотерапію). Обстеження пацієнтів проводили перед початком лікування та після закінчення 4-тижневого курсу лікування.

Результати дослідження показали позитивну динаміку клінічного стану хворих основної групи, порівняно з групою контролю.

Аналіз даних обстеження за таблицею Вейна показав, що в 2,5 разу збільшилась кількість дітей з ейтонічною спрямованістю вихідного тонуусу ВНС, тоді як в групі контролю – лише в 1,5 разу.

Комплексне лікування з препаратом Тенотен дитячий, порівняно з групою контролю, сприяло більш швидкому зниженню рівнів АТ до нормальних значень.

Згідно з даними КОП в основній групі частка дітей з нормальним вегетативним забезпеченням після лікування збільшилась в 2,9 разу (38,3 проти 12,8%), а з нормальною реакцією на КОП в 3,25 разу, тоді як в групі контролю відповідно в 1,5 (25,5 проти 17,0%) та 2,6 разу.

За даними КІГ вегетативна реактивність після комплексного лікування з гомеопатичним препаратом Тенотен дитячий поліпшилась у 2,75 разу в основній групі (симпатикотонічна ВР після лікування спостерігалась у 46,8%), у групі контролю – в 1,8 разу (симпатикотонічна ВР спостерігалась у 38,2%). В обох групах відбулась нормалізація вегетативного гомеостазу: достовірно зросла Ах, підвищилось значення Мо та АМо, збільшилось значення ПАПР та знизився ІНБ. Крім того, у хворих на тлі прийому препарату Тенотен дитячий, на відміну від групи контролю, показники не лише поліпшились, але й достовірно нормалізувались.

Дослідження РЕГ визначило поліпшення стану церебрального кровообігу, що найбільшою мірою реєструвалось за показниками відновлення кровонаповнення (25,5%) та зниження ознак внутрішньочерепної гіпертензії (12,7%), тоді як в групі контролю подібні зміни реєструвались відповідно у 14,8 та 2,6%.

Результати даних ЕКГ та холтер-ЕКГ до та після лікування дозволили встановити в основній групі зниження частоти випадків синусової аритмії (29,8 проти 12,7%), епізодів миготливої аритмії (8,5 проти 4,3%) та суправентрикулярних екстрасистол (17,02 проти 8,5%), тоді як в групі контролю аналогічні показники майже не змінилися.

Отже, результати дослідження показали, що в групі дітей з ВД за гіпертензивним типом, які приймали Тенотен дитячий, порівняно з групою контролю, частіше спостерігалась нормалізація основних показників вегетативного гомеостазу, ефективна нормалізація АТ. Встановлено позитивний вплив препарату на стан мозкової гемодинаміки та стабілізацію показників ритму серця.

АНАЛІЗ КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАТЬ З ПЕДІАТРІЇ СТУДЕНТІВ- ВИПУСКНИКІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ № 3 (ПЕДІАТРИЧНОГО) НМУ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, ЯКІ НАВЧАЛИСЬ ЗА КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

В.Г. МАЙДАННИК, М.В. ХАЙТОВИЧ, Л.П. ГЛЕБОВА,
А.Б. КОРНІЄНКО, Є.О. ЄМЧИНСЬКА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Різні методологічні підходи, які використовуються для створення системи освіти, формують різні рівні мотивації та умінь у студентів, що впливають на якість засвоєння матеріалу. У 2011 році відбувся перший випуск лікарів, які навчались за кредитно-модульною системою організації навчального процесу.

Нами проведено оцінку результатів складання підсумкових модульних контролів (ПМК)

з педіатрії на 3–6 курсах 159 студентами-випускниками 2011 року медичного факультету № 3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця та їх зіставлення з результатами складання Державного випускного практично-орієнтованого іспиту з педіатрії та ліцензійного-інтегрованого іспиту «Крок-2». Для статистичних обрахунків (параметрична статистика, кореляційний і факторний аналізи) використовували програми Excel-2003 і Statistica 6.0.

Відмічено, що в середньому ПМК з пропедевтики педіатрії (3 курс) студенти склали на $3,28 \pm 0,65$ бала (якість успішності – 23,56%), з факультетської педіатрії (4 курс) – на $3,53 \pm 0,70$ бала (якість успішності – 45,7%), з госпітальної педіатрії (5 курс) – на $3,25 \pm 0,70$ бала (якість успішності – 25,36%), з дитячих хвороб (6 курс) – на $3,63 \pm 0,70$ бала (якість успішності – 57,6%), загалом середній бал за 4 роки навчання склав $3,42 \pm 0,65$. Середній результат державного практично-орієнтованого іспиту з педіатрії був суттєво вищим і склав $4,09 \pm 0,70$ бала (якість успішності – 81,7%), інтегрованого ліцензійного іспиту «Крок-2» – ще вищим ($94,01 \pm 4,88\%$), педіатричного профілю – $92,50 \pm 6,56\%$.

За результатами складання ПМК з пропедевтики педіатрії (3 курс) виявлено достовірний ($p < 0,001$) кореляційний зв'язок між результатами ПМК 1 «Розвиток дитини» і ПМК 2 «Анатомо-фізіологічні особливості, методика дослідження, семіотика захворювань» ($r = 0,39$) і ПМК 3 «Виховування дітей» ($r = 0,50$).

Результати ПМК на різних курсах мали помірний достовірний ($p < 0,001$) кореляційний зв'язок: між оцінкою з дисципліни «Пропедевтика педіатрії» і результатом ПМК на 4, 5 і 6 курсах (відповідно $r = 0,51$, $r = 0,52$, $r = 0,39$). Відмічено помірний високодостовірний ($p < 0,001$) кореляційний зв'язок між результатами складання ПМК з педіатрії на 4 курсі та результатами з ПМК «гематологія і ендокринологія» ($r = 0,39$) і «неонатологія» ($r = 0,55$) – на 5 курсі.

Виявлено низький, але достовірний ($p < 0,01$) кореляційний зв'язок між загальним результатом складання «Крок-2» і оцінками з дисциплін «Пропедевтика педіатрії» (3 ПМК, 3 курс) і «Педіатрія» (4 ПМК, 4–6 курс) ($r = 0,26$). Кореляційний зв'язок між результатами педіатричного профілю іспиту Крок-2 і ПМК на 3–6 курсах був також достовірним ($p < 0,05$), але низьким ($r = 0,17$ – $0,21$), зокрема тіснішим він був щодо результатів ПМК «Виховування дітей» та «Неонатологія». В той же час значення педіатричного профілю тісно корелювало із значенням інших профілів (терапевтичного, хірургічного, акушерсько-гінекологічного і гігієнічного) іспиту «Крок-2» ($r = 0,57$ – $0,70$; $p < 0,001$).

Проводячи факторний аналіз, можна виділити 2 відносно незалежних фактори: успішність

при складанні ПМК і успішність при написанні інтегрованого іспиту «Крок-2», можна вважати, що слабкий достовірний кореляційний зв'язок між ними відображає мотивованість студентів в підготовці до складання іспитів.

ВМІСТ ЦИНКУ ТА СВИНЦЮ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

В.Е. МАРКЕВИЧ, Н.В. ГЛУЩЕНКО

Сумський державний університет, медичний інститут

Найбільше значення в патогенезі цукрового діабету 1 типу (ЦД-1) серед мікроелементів (МЕ) має цинк (Zn). Дослідженнями ряду авторів встановлено значення Zn в процесах синтезу, депонування, виділення інсуліну із β -клітин острівків Лангерганса, а також його здатність пригнічувати дію інсулінази. За участю іонів Zn відбувається включення інсуліну до транспортного комплексу, що забезпечує його доставку до клітин.

Свинець (Pb) відносять до токсичних МЕ. Токсична дія МЕ пов'язана із активацією процесів перекисного окислення ліпідів, пригніченням активності ферментів-антиоксидантів та енергосинтезу. Зважаючи на антагоністичні взаємовідношення між зазначеними МЕ, актуальним є вивчення їх вмісту у біосередовищах дітей, хворих на ЦД-1.

Метою дослідження було вивчення вмісту Zn та Pb у сироватці крові дітей, хворих на ЦД-1, залежно від рівня глікемічного контролю. Концентрацію МЕ визначали у 64 хворих на ЦД-1 дітей. Стан компенсації ЦД-1 оцінювали згідно з ISPAD (Consensus for the Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents 2000). Оптимальний рівень глікемічного контролю мали 10 дітей (група I), субоптимальний – 30 (група II), рівень глікемічного контролю із високим ризиком для життя – 24 хворих (група III). Групу порівняння склали 30 практично здорових дітей. Для визначення вмісту МЕ використовували метод атомно-абсорбційної спектроскопії на спектрофотометрі С-115М1, виробництва НВО «Selmi» (Україна).

Встановлено, що діти із ЦД-1 мають найбільш значний сироватковий дефіцит Zn у разі рівня глікемічного контролю із високим ризиком для життя. У них вміст Zn зменшувався у 2,5 рази відносно групи порівняння та майже у 2 рази порівняно із хворими I групи. В обстежених II групи вміст Zn був у 1,6 рази нижчим відносно здорових. У дітей I групи вміст Zn майже не відрізнявся від здорових дітей та складав $13,53 \pm 0,671$ проти $16,04 \pm 1,263$ мкмоль/л.

Сироваткова концентрація Pb була стабільно високою у хворих на ЦД-1 дітей. Вміст свинцю у них в 1,4 рази перевищував показник групи

порівняння ($0,16 \pm 0,015$ мкмоль/л) та не залежав від рівня глікемічного контролю.

З метою поглибленого аналізу порушень мікроелементного складу досліджували коефіцієнт співвідношення Zn/Pb у кожній групі обстежених. Встановлено, що показник Zn/Pb зменшувався у 3,5 разу у хворих III групи, у 2,3 разу – у дітей II групи та в 1,4 разу – в обстежених I групи порівняно зі здоровими за рахунок зниженого вмісту цинку та підвищеної сироваткової концентрації свинцю.

Таким чином, надлишок свинцю в організмі хворих на цукровий діабет дітей, окрім токсичного впливу, зумовлює дисбаланс есенціальних МЕ, зокрема цинку. Встановлені мікроелементні порушення можуть негативно впливати на перебіг цукрового діабету та хронічних діабетичних ускладнень у дітей.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ В ДІТЕЙ

П.Н. МАРТАЛОГ, Т.В. ДОРОШ, М.П. БАЛАНУЦА, Ф.В. ЧЕНУША

ГУМФ імені Миколи Тестеміцану, Кишинів, Молдова

Мета роботи – вивчити особливості та характер перебігу гострого гломерулонефриту в дітей. Усього під спостереженням перебувало 32 дитини віком від 5 до 17 років (середній вік 9,15 року), у яких за сукупністю даних анамнезу, об'єктивного огляду, результатів стандартних лабораторних і функціональних проб діагностовано первинний гострий гломерулонефрит (ГН) з нефритичним синдромом. З них хлопчиків 81%, дівчаток 19%, близько 2/3 дітей із сільської місцевості. Комплекс діагностичних заходів щодо обстеження дітей, які страждають на ГН, включав вивчення даних анамнезу життя та захворювання, клінічної симптоматики, оцінку показників клінічного аналізу крові, сечі, добової протеїнурії. Активність ГН оцінювали за ступенем протеїнурії, вираженості гематурії, показниками біохімічного аналізу крові (протеїнограма, СРБ, АСЛО, ЦІК). Для оцінки стану ниркових функцій досліджували концентрацію в сироватці крові креатиніну, сечовини, електролітів.

З анамнезу відомо, що причиною виникнення ГН у 79% спостережень були інфекції верхніх дихальних шляхів (ГРЗ, ангіна, гайморит, пневмонія). Початок захворювання був гострим у більшості дітей, однак тільки в 1/3 хворих у перші дні відмічалися характерні для нефритичного синдрому симптоми. Приводом для звертання до лікаря частіше була поява набряків, порушення сечовипускання, зміна кольору сечі. Макрогематурія мала місце в 25 (78%) дітей, зберігалася 1–7 діб. Набряки спостерігалися у всіх хворих дітей, однак частіше це були пастозність м'яких тканин в області

нижніх кінцівок і параорбітальної клітковини. Значні набряки були тільки в 32% дітей, тривали до 8–12 днів. Артеріальна гіпертензія (АГ) у наших спостереженнях відмічалася в 31,5% хворих, як правило, проявлялася з перших днів хвороби, досягала 140–150 мм рт. ст., зберігалася 4–7 діб у 46%, більше 8 діб у 26% дітей. Слід зазначити що значущість й тривалість основних клінічних симптомів залежали від вираженості набряків, наявності АГ і ознак ниркової недостатності. Для підтвердження діагнозу всім дітям проводили комплекс лабораторних і функціональних проб. Протеїнурія до 0,5–1,0 г/добу відмічалася в 2/3 хворих, у решти дітей добова втрата білка перевищувала 1,0 г. Виражена протеїнурія спостерігалася частіше в дітей дошкільного віку. Гематурія мала місце у всіх дітей, однак ступінь її вираженості був різним. Мікрогематурія, яка була домінуючим симптомом протягом хвороби, в окремих хворих зберігалася до 2–4 місяців. Циліндрурія в наших спостереженнях зустрічалася тільки у 18% хворих. Майже в половини дітей з ГН в осаді сечі визначалися лейкоцити, що в комбінації з іншими порушеннями функції каналців, оксалурією та уратурією свідчить про тубулоінтерстиціальний компонент гломерулонефриту. Азотемію, як ознаку порушення функції нирок, відмічено в 15,5%, але без підвищення рівня креатиніну. У дітей з азотемією частіше відмічалася й АГ, і виражена олігурія, і ознаки гіперкоагуляції (підвищення фібриногену, протромбіну).

Таким чином, проведений аналіз дозволяє робити висновки, що гострий нефритичний синдром може розвинутися після багатьох вірусних і бактеріальних інфекцій, а не тільки після ангіни; частіше розвивається в молодшому шкільному віці; діти з АГ частіше мають і азотемію, і ознаки гіперкоагуляції; часто спостерігається тубулоінтерстиціальний компонент ГН.

ЗАСТОСУВАННЯ ЦИТІКОЛІНУ (СОМАЗИНУ) В РАНЬОМУ ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОГО УШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

В.Ю. МАРТИНЮК, В.Б. ШВЕЙКІНА

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України.
УДСЛ «ОХМАТДИТ»

Мета роботи: вивчити ефективність цитіколіну (сомазину) в ранньому відновному періоді гіпоксично-ішемічного ушкодження головного мозку у недоношених дітей.

Проведено відкрите проспективне 45-денне порівняльне дослідження. Рандомізовано 35 ді-

тей в ранньому відновному періоді з гіпоксично-ішемічним ушкодженням головного мозку (термін гестації 28–36 тижнів, маса тіла 980–2500 г). 17 дітей основної групи (10 хлопчиків, 7 дівчат) отримували цитіколін (сомазин) дозою 50–100 мг/кг на добу. 18 дітей контрольної групи (хлопчиків 9, дівчат 9) отримували діакарб дозою 20–30 мг/кг на добу.

Використовували такі методи дослідження: клінічний скринінг неврологічних симптомів, нейросонографія з кольоровою доплерографією.

В усіх дітей з гіпоксично-ішемічним ушкодженням головного мозку реєстрували внутрішньошлуночкові крововиливи I–III ступенів, постгіпоксичний набряк головного мозку, переважно перивентрикулярної локалізації. В подальшому розвивалися явища вентрикулоділяції різних ступенів та перивентрикулярна лейкомаляція (10,8% випадків).

Терапія цитіколіном забезпечувала прискорення редукції перивентрикулярного набряку головного мозку та відновлення мозкового кровообігу (у 67,8% дітей основної групи).

Використання цитіколіну (сомазину) у недоношених дітей сприяє більш швидкій редукції набряку в перивентрикулярній області, а також нормалізації функціонування нервової системи. Обговорюються принципи диференційованого застосування цитіколіну (сомазину) та діакарбу в гострому та ранньому відновному періодах у недоношених дітей з гіпоксично-ішемічним ушкодженням головного мозку.

ПРОБЛЕМА ВИБОРУ СТАРТОВОЇ ЕТІОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ

У.І. МАРУСИК, В.Л. БОЛТЕНКОВ*, О.В. ХУТОРНА*,
Ю.М. БУРДЕЙНА*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.
*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Оскільки перебіг бактеріальних менінгітів у дітей повсякчас супроводжується небезпечними для життя станами, лікування даної патології на даний час залишається актуальною, проте невирішеною до кінця проблемою практичної педіатрії.

Останнім часом як стартову терапію гнійних менінгітів у дітей використовують цефалоспорины III покоління, хоча відомо, що дані антимікробні препарати є ефективними у лікуванні менінгітів, зумовлених *Haemophilus influenzae* типу b (Hib), проте малоефективні за наявності менінгококової чи пневмококової етіології захворювання. Для ерадикації вказаної інфекції “золотим” стандартом лікування залишається бензилпеніцилін, натомість, *Haemophilus influenzae* типу b є резистентною до цього препарату.

Мета роботи: оцінити клініко-епідеміологічні показники ефективності використання цефотаксиму та бензилпеніциліну як препаратів стартової емпіричної антибіотикотерапії гнійних менінгітів у дітей.

Під спостереженням знаходилось 32 дітей старше 1-місячного віку, які хворіли на гнійний менінгіт. Методом випадкової вибірки сформовано дві групи. До складу I групи увійшли 19 хворих, у яких як стартовий препарат застосовувався бензилпеніцилін. II групу сформували 13 пацієнтів, які отримували цефалоспорины III покоління. За статтю, віком, ступенем тяжкості захворювання групи були порівнюваними.

Клініко-епідеміологічний аналіз ефективності терапії гнійних менінгітів оцінювали за зменшенням терміну перебування хворого у стаціонарі та необхідністю заміни чи посилення стартової антибіотикотерапії в зв'язку з її неефективністю. Оцінку ризику реалізації події проводили з урахуванням співвідношення шансів (СШ), із визначенням їх довірчих інтервалів (95% ДІ).

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою методів варіаційної статистики, використовуючи статистичну програму StatSoft Statistica v5.0.

У дітей, які в якості стартової антибіотикотерапії отримували цефотаксим, зменшувалась необхідність у тривалому стаціонарному лікуванні (менше 15 днів), при цьому СШ у пацієнтів II клінічної групи відносно хворих I становило 2,4 (95% ДІ 1,3–4,4). Скорочення термінів госпіталізації дітей, у яких цефалоспорины III покоління використовували як препарати стартової антибіотикотерапії, ймовірно, пояснювалося достатнім проникненням даного антибактеріального препарату через гематоенцефалічний бар'єр.

У процесі лікування гнійних менінгітів при застосуванні бензилпеніциліну рідше виникала необхідність у заміні чи посиленні стартової антибіотикотерапії. При цьому, співвідношення шансів необхідності заміни чи посилення стартової емпіричної антибіотикотерапії бактеріальних менінгітів у хворих II групи відносно I становило 4,4 при 95% довірчому інтервалі у межах 0,9–20,6.

Таким чином, застосування цефалоспоринов III покоління на початку лікування дозволило скоротити терміни перебування хворого в стаціонарі, а застосування бензилпеніциліну знижувало ризик виникнення потреби у заміні чи посиленні антибіотикотерапії.

СТАН ОБМІНУ МАГНІЮ У ДІТЕЙ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Ю.В. МАРУШКО, Т.В. ГИЩАК, А.С. ЗЛОБИНЕЦЬ,
О.В. ЛИСОВЕЦЬ, Н.В. ЯКОВЛЄВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Наукові дослідження та клінічні спостереження останніх десятиліть вказують на взаємозв'язок між дефіцитом магнію в організмі людини і формуванням первинної артеріальної гіпертензії (ПАГ). У дітей підліткового віку цей факт має особливе значення. Адже відомо, що саме цей період характеризується значними змінами вегетативної регуляції з переважанням тону симпатичної нервової системи внаслідок напруження регуляторних нейроендокринних механізмів, пов'язаного із статевим дозріванням. В цьому ж періоді підвищується потреба організму дитини у багатьох речовинах, пов'язана з інтенсивним ростом. Збільшується потреба і в магнії. Це робить період статевого дозрівання критичним щодо магнієдефіцитних станів.

Нами обстежено 46 дітей (20 дівчаток і 26 хлопчиків) віком від 10 до 17 років з проявами астенічного синдрому, ознаками вегетативної дисфункції, змінами артеріального тиску. При ретельному обстеженні у 22 дітей виявлено ПАГ, у решти – нормальний артеріальний тиск.

Всім дітям проведено добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ), визначення рівня магнію в сироватці крові і в добовій сечі, опитування за тестом САН (В.А. Доскин та співавт., 1973).

Переважає кількість обстежених дітей мала скарги астенічного характеру, серед яких найчастіше зустрічалися головний біль (86,36%), підвищена втомлюваність (68,18%), погіршення сну (59,09%). Ці скарги частіше спостерігалися у дітей з ПАГ.

Нами встановлено певну різницю показників САН на різних етапах становлення АГ. Перший етап – початок захворювання, АГ «білого халата». На цьому етапі самопочуття і настрої дітей не змінені, проте спостерігається значне зменшення активності. Другий етап – лабільна АГ – характеризується значним підвищенням активності. Паралельно змінюється настій і загальне самопочуття – організм активно шукає шляхи переходу на інший рівень функціонування серцево-судинної системи. Третій етап – стабільна АГ, характеризується зменшенням активності – стабілізацією адаптації. Проте рівень самопочуття і настрою у цих дітей погіршується, формується астенічний синдром.

Враховуючи відому роль дефіциту магнію у формуванні астенічного синдрому, ми дослідили рівень магнію в крові і його екскрецію із сечею у дітей з ПАГ і нормальним АТ. Було виявлено, що рівень магнію у дітей з ПАГ нижчий

порівняно із дітьми з нормальним АТ і корелює із ступенем астенічного синдрому у них.

Було виявлено також достовірні кореляційні зв'язки між ступенем магнієвого дефіциту і такими показниками ДМАТ, як рівень діастолічного АТ, індекс гіпертензії і добовий індекс. Зокрема, у дітей з ПАГ і недостатнім нічним зниженням АТ було виявлено більш виражений дефіцит магнію в організмі порівняно з дітьми, у яких ПАГ перебігала на тлі нормального нічного зниження АТ. Враховуючи те, що недостатній ступінь нічного зниження АТ є несприятливим фактором перебігу і розвитку ускладнень ПАГ, можна зробити висновок, що дефіцит магнію може впливати на формування несприятливого перебігу ПАГ у дітей, а враховуючи вищенаведені дані, – також на стабілізацію АТ і розвиток астенічного синдрому у дітей з ПАГ.

МІСЦЕВА ТЕРАПІЯ ГОСТРИХ ФАРИНГІТІВ У ДІТЕЙ

Ю.В. МАРУШКО, Н.А. ЗЕЛЕНА, О.С. МОВЧАН, Т.В. МАРУШКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
Дитяча поліклініка № 1 Святошинського району м. Києва

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ), в тому числі гострий фарингіт, займають перше місце в структурі захворюваності дітей. Офіційні статистичні дані свідчать, що в Україні щороку хворіє на ГРЗ близько чотирьох мільйонів дітей до 14 років. Кожне десяте ГРЗ має ускладнення, часто формуються хронічні вогнища інфекції носо- та ротоглотки (хронічні тонзиліти, аденоїдити). Дітей з частими ГРЗ виділено до окремої групи – діти, які часто хворіють (ДЧХ). Часті ГРЗ в дитячому віці призводять до порушення формування та функціонування органів і систем (вегетативної нервової, травної, дихальної); відставання в фізичному та психомоторному розвитку; виникнення супутніх захворювань, таких як рахіт, дефіцитні анемії тощо. В терапії ГРЗ, при бактеріальних ускладненнях, використовується багато медикаментів, в тому числі антибіотики, що, в свою чергу, призводить до виникнення побічних реакцій, антибіотикорезистентності, імуносупресії. Враховуючи вищенаведене, питання терапії ГРЗ, в тому числі гострих фарингітів, є пріоритетним питанням педіатрії.

Мета роботи – оцінка ефективності застосування препарату Лізак при ГРЗ, гострому фарингіті у дітей.

Під нашим спостереженням знаходилося 73 дитини, які мали гостре респіраторне захворювання, гострий фарингіт, легкого або середнього ступеня тяжкості. Клінічне обстеження дітей включало: збір та деталізацію скарг, анамнез захворювання, об'єктивний огляд по органах і системах, орофарингоскопію в динаміці захво-

рювання. Лабораторне обстеження включало проведення загального аналізу крові, дослідження стану місцевого імунітету ротоглотки (секреторний та сироватковий імуноглобуліни, інтерфероновий статус).

Обстежених пацієнтів було розподілено на три групи: основну I – 26 дітей (4–8 років), основну II – 27 пацієнтів (8–12 років), контрольну I – 10 дітей (4–8 років) та контрольну II – 10 дітей (8–12 років). В терапії діти основної групи отримували препарат Лізак. Також за необхідністю призначалися жарознижуючі, назальні деконгестанти. Діти контрольної групи в ході лікування не отримували препаратів лізоциму, а отримували інші оральні антисептики. Лізак застосовувався у вигляді таблеток для розсмоктування 4 рази на день протягом 7 днів.

Для оцінки динаміки суб'єктивних та об'єктивних даних використовували візуально-аналогову 4-бальну шкалу. За 0 балів прийнято вважати відсутність даного симптому і відповідно за 3 бали – максималний його прояв.

За результатами спостережень встановлено, що у дітей 4–12 років використання Лізаку в терапії ГРЗ, гострого фарингіту знижує тривалість захворювання на 1,5 дня в молодшій віковій групі і на 0,6 дня в старшій.

Показники орофарингоскопії в динаміці захворювання свідчать про більш швидку статистичну регресію таких ознак, як гіперемія слизової оболонки ротоглотки і набряклість піднебінних дужок при терапії Лізаком, порівняно з контролем.

В цілому в основній групі достовірно скоріше відбувалося одужання, ускладнень в основних групах не спостерігалось. В ході місцевої терапії Лізаком побічної дії не виявлено. 4 дітям з контрольних груп була необхідність призначення антибактеріальних засобів. Одночасно з позитивною клінічною картиною спостерігалася позитивна динаміка імунологічних показників – сироваткових та секреторних імуноглобулінів, інтерферонового статусу, клітинного складу на поверхні мигдаликів.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОЇ КРОПИВ'ЯНКИ У ДІТЕЙ

Ю.В. МАРУШКО, О.Д. МОСКОВЕНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.

В останні роки відмічається значний ріст алергічних захворювань серед дітей у всіх вікових групах. Актуальною і складною проблемою є гостра кропив'янка у дітей. Серед дітей шкільного віку прояви хронічної кропив'янки за даними літератури відмічаються майже у 3% дітей. Складності в діагностиці, визначенні патогенетичних механізмів розвитку патологіч-

ного процесу зумовлюють пошуки індивідуальних підходів у лікуванні.

Під нашим спостереженням знаходилося 28 дітей віком від 10 до 14 років з проявами гострої кропив'янки, контрольну групу склали діти без ускладненого алергологічного анамнезу та гострих проявів алергії на момент дослідження. У всіх дітей детально вивчали анамнез захворювання для визначення етіологічного чинника гострої кропив'янки проводили загальноклінічні обстеження (загальний аналіз крові, біохімічне обстеження крові – печінкові проби, С-реактивний білок, білкові фракції), вивчали рівень IgE загального, типоспецифічного IgE до харчових продуктів, домашнього пилу, шерсті тварин, медикаментів. Вміст інтерлейкінів ІЛ-3, ІЛ-4, ІЛ-5 визначали твердофазним методом імуноферментного аналізу.

В результаті вивчення даних анамнезу було встановлено етіологічний чинник захворювання лише у 12 (42,9%) хворих. Так, у 5 (17,9%) дітей виникнення гострої кропив'янки пов'язували з алергією на харчові продукти, у 4 (14,2%) – з алергічною реакцією на медикаменти, у 3 (10,7%) – з шерстю тварин. У решти хворих визначити анамнестичну причину появи гострої кропив'янки не вдалося. При вивченні рівня загального IgE в сироватці крові встановлено його підвищення у 14 (50,0%) із 28 дітей, які знаходилися під нашим спостереженням, позитивні алергопроби відмічались лише у 9 (32,1%) хворих. Підвищення рівня білірубину, тимолової проби мало місце у 6 (21,4%) хворих, лише у 4 (14,2%) із них рівень загального IgE був також підвищений. У всіх дітей незалежно від рівня загального IgE в сироватці крові спостерігалися значні порушення у системі протизапальних інтерлейкінів. Так, у дітей з гострими проявами алергії концентрація в сироватці крові ІЛ-3, ІЛ-5 була значно збільшеною порівняно з показниками крові у дітей контрольної групи (ІЛ-3 – $18,3 \pm 8,7$ пг/мл, $p < 0,05$ та ІЛ-5 – $126,4 \pm 9,1$ пг/мл, $p < 0,01$). Збільшення рівня ІЛ-4 в сироватці крові мало місце у дітей з гострими проявами кропив'янки без підвищення рівня загального IgE.

Проведеними дослідженнями було встановлено, що у третини обстежених вірогідним етіологічним чинником гострої кропив'янки була харчова та медикаментозна алергія, у решти встановити причину алергії не вдалося. У половини дітей, які обстежувалися, рівень IgE не перевищував норму, у всіх обстежуваних визначалося підвищення рівня ІЛ-3 та ІЛ-4 в сироватці крові, що відображало активацію процесу між Т-хелперами та проліферацією тканинних еозинофілів, що необхідно враховувати в діагностиці патогенетичних механізмів гострої кропив'янки та визначенні протоколу лікування.

МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ

Ю.В. МАРУШКО, О.Л. ТАРИНСЬКА, Т.І. ОЛЕФІР, Н.С. БОЙКО,
А.О. АСОНОВ, А.С. САМАР, О.В. ЛИСОВЕЦЬ, Г.Г. ГРИНІШИНА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
Дитяча клінічна лікарня № 5, м. Київ

Особливості геохімії та інтенсивне ведення сільського господарства сприяють виснаженню ґрунтів, внаслідок чого отримані продукти харчування людини не містять достатньої кількості есенціальних хімічних елементів. Враховуючи погіршення екологічної ситуації, особливості харчування дітей на сучасному етапі, важливим є визначення для практики охорони здоров'я впливу порушень мікроелементного гомеостазу на стан здоров'я дітей, розробка рекомендацій щодо корекції вищезначених змін.

Елементний статус людини оцінено на підставі мультиелементного аналізу волосся рентгенофлуоресцентним методом. Проведено обстеження 366 дітей віком 11–16 років однієї з шкіл Святошинського району м. Києва. Проведено аналіз прикореневої зони волосся на вміст 12 хімічних елементів рентгенофлуоресцентним методом.

При детальному вивченні самопочуття дітей, які ходили до школи та вважали себе здоровими, встановлено, що тільки 5, 7% дітей не скаржились на його погіршення. Діти частіше скаржились на головний біль – 62,1% обстежених, дратівливість – 36,5%, плаксивість – 25,9%. Такі симптоми, як слабкість (15,9%), швидка втомлюваність (21,6%), зниження пам'яті (9,6%) зустрічалися дещо рідше. Елементні профілі школярів м. Києва характеризуються наявністю полімікроелементозів, коли на фоні значного дефіциту есенціальних елементів виявляється значний надлишок токсичних. Дефіцит мікроелементів призводить у дітей до виражених порушень соматичного і психоневрологічного здоров'я.

Результати дослідження рівня есенціальних мікроелементів у волоссі школярів показали, що переважна більшість школярів мають значний дефіцит життєво необхідних мікроелементів: дефіцит заліза – 85,46% дітей, міді – 80,5%, кальцію – 79,79%. Дефіцит марганцю мають 52,13% школярів, а хрому – 41,49% дітей, рідше зустрічається дефіцит цинку (у 24,11% обстежених) та селену – у 9,22%. В умовах дефіциту есенціальних елементів відмічено накопичення токсичних елементів. Встановлено, що перевищення біологічно допустимої межі токсичних металів у волоссі мали 46,8% обстежених. Підвищення одного з них виявлено у 35,1% школярів (кадмію – у 22%, нікелю – у 12,8%, стронцію – у 0,4%). Перевищення біологічно допустимого рівня двох токсичних металів одночасно мали 11,4% дітей (кадмію та нікелю – 10,6%, кадмію та строн-

цію – 0,8%), трьох токсичних металів мала 1 дитина (0,4%).

На підставі виявлених дизелементозів кожній дитині було рекомендовано індивідуальні харчові рекомендації, які включали набір продуктів харчування з підвищеним вмістом необхідних для дитини мікроелементів. При повторному обстеженні виявлено, що дефіцит заліза скориговано у 22% дітей, міді – у 6,8%, кальцію – у 40,8%, марганцю – у 25,4%, цинку – у 15,2% та селену – у 18,6% школярів.

Таким чином, дотримання харчових рекомендацій зменшує кількість дітей, у яких документується дефіцит есенціальних мікроелементів, але для повної корекції необхідно застосовувати вітамінно-мінеральні комплекси або фітопрепарати, до складу яких входять мікроелементи.

ІМУНОПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ТА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКА

Р.В. МАРУШКО, В.К. ТИЩЕНКО, Л.В. ГАЛАЗЮК

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
НАМН України»

Необхідність подальшого з'ясування особливостей патогенетичних механізмів розвитку функціональних та запальних захворювань кишечника у дітей раннього віку пов'язана із значним підйомом частоти цієї патології в останні роки та її поширенням в молодших вікових групах.

У цьому напрямку все більше уваги приділяється вивченню взаємодії слизової кишечника (муциновий бар'єр, епітеліоцити, імунокомпетентні клітини) та внутрішньокішкового середовища. Слизова оболонка кишечника, яка розглядається як частина загальної імунної системи, безперервно зазнає дії значної кількості екзогенних (харчових) та ендогенних (бактеріальних) антигенів. В цих умовах виникнення порушень імунних реакцій може сприяти продукції значної кількості прозапальних інтерлейкінів, розвитку запального процесу в кишечнику.

Метою роботи було вивчення особливостей імунної відповіді, цитопротекторних властивостей кишечника та мікробіоценозу у дітей раннього віку з функціональними закрепками та хронічним колітом.

Під спостереженням перебувало 15 здорових дітей віком від 1 до 3 років та 60 дітей аналогічної вікової групи, з яких 30 дітей з функціональними закрепками (ФЗ) та 30 дітей з хронічним колітом (ХК).

Вивчали сульфоглікопротеїни, сіалоглікопротеїни та їх компоненти в копрофільтратах, цитокіновий профіль сироватки крові, оцінювали стан мікробіоценозу кишечника.

За результатами біохімічного дослідження копрофільтратів встановлено, що рівень сульфоглікопротеїнів у хворих дітей з ФЗ був вищим, ніж у здорових ($2,102 \pm 0,190$ проти $1,639 \pm 0,234$ мкмоль/мг білка; $p < 0,05$), а при ХК спостерігалось зниження цих показників – $0,956 \pm 0,190$ мкмоль/мг білка ($p < 0,001$).

Концентрація компонентів сіалоглікопротеїнів (вільних, білковозв'язаних та глікозв'язаних сіалових кислот) при ФЗ достовірно не відрізнялась від нормальних показників, а при ХК – перевищувала норму в середньому на 33,0%.

Виявлено значне підвищення фукози, головного компонента фукоглікопротеїнів як при ХК, так і при ФЗ, більш ніж удвічі.

Дослідження мікробіоценозу кишечника виявило достовірне пригнічення біфідо- і лактобактерій, яке супроводжувалося значним підвищенням проліферативної активності потенційно-патогенних бактерій.

Дані вивчення цитокінів в сироватці крові показали підвищення рівня прозапальних цитокінів (ІІ-6, ІІ-8, TNF) як при ФЗ, так і ХК. Найвищі цифри спостерігалися в ІІ-6 та TNF при ХК, відповідно $0,54 \pm 0,03$ пг/мл (норма – $0,11 \pm 0,02$ пг/мл) та $28,23 \pm 1,3$ пг/мл (норма – $11,2 \pm 1,3$ пг/мл). При ФЗ відмічалось помірне підвищення цих цитокінів. Відносно протизапальних цитокінів відмічалась зворотна залежність, достовірно їх зниження у обстежених дітей.

Таким чином, результати виконаних досліджень дозволяють зробити висновок, що найбільш виражені зміни в слизовій кишечника спостерігаються при хронічному коліті, що свідчить про інтенсивні деструктивні процеси слизового бар'єру, пов'язані з порушеннями мікробіоценозу та гіперпродукції прозапальних цитокінів. Виявлені при функціональному закріпі порушення структури преепітеліального слизового бар'єру можуть лежати в основі патогенетичних механізмів розвитку цієї патології та передувати виникненню запальних процесів при пролонгованому перебігу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВАКЦИНАЦІЇ ТА РЕВАКЦИНАЦІЇ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ

В.П. МЕЛЬНИК, Л.В. ГУТИНСЬКА, Г.В. ГОНЧАРОВА,
Л.В. КРАСІКОВА

ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини», м. Київ.

Київська міська туберкульозна лікарня № 1 з диспансерним відділенням

Ефективність вакцинації та ревакцинації BCG від туберкульозу на сьогоднішній день залишається актуальним питанням. Оскільки щорічно в Україні на тлі епідемії туберкульозу зростає інфікованість мікобактеріями туберкульозу серед дітей та студентської молоді (з 35%

в 1996 році до 65% – в 2010 році), а також останнім часом серед населення зростає недовіра до вакцинацій.

Мета дослідження: визначити частоту та ефективність проведення за останні роки вакцинації та ревакцинації BCG дітей проти туберкульозу.

Нами було обстежено 4293 студенти протягом 15 років, переважно 4-го курсу. Досліджували наявність і величину післявакцинального знаку (рубчика) на лівому плечі. При його величині 4 мм і більше щеплення вважали позитивним. Щеплення від туберкульозу до недавнього часу проводилося трьохкратно (в пологовому будинку на 3–4-й день від народження, в 7 і 14 років). Таким чином, всі студенти, які трьохкратно вакцинувались, повинні мати по 3 рубчики.

Проведений аналіз післявакцинальних знаків за 35 років (1975–2010 рр.) показав, що щорічно відсоток 3-разового ефективного щеплення вакциною BCG є мізерним (від 1,6 до 6,5%). Первинна вакцинація є позитивною в середньому в 87,8%, перша ревакцинація в 7-річному віці позитивна в 22,7% випадків, а повторна ревакцинація (в 14 років) позитивна лише в 3,2% випадків.

Нами було також проаналізовано сучасну ситуацію зі щепленням від туберкульозу шляхом вивчення частоти вакцинації та ревакцинації дітей Дарницького, Дніпровського та Деснянського районів міста Києва за останні 6 років (2005–2010 рр.).

В 2005 році вакцинацією BCG було охоплено 98,2% немовлят, із них 88,1% – в пологовому будинку і 10,1% – в умовах поліклініки. За 6 років частота первинного щеплення зменшилась на 18% і становила 83,2%. Частота проведення ревакцинації за зазначений проміжок часу також зменшилась. До того ж, ці зміни є більш суттєвими порівняно з попередніми. Так, якщо частота першої ревакцинації становила в 2005 році 17,8%, то в 2010 році згаданий показник – лише 2,3%, тобто відбулося зменшення в 7,8 разу. Частота проведення повторної ревакцинації також зменшилась – з 10,7% в 2005 р. до 1,7% – в 2010 р., тобто в 6,5 разу.

Вакцинація BCG є невід'ємною складовою специфічної профілактики туберкульозу серед дитячого населення України і має використовуватися й надалі. Що стосується першої ревакцинації, то складається враження, що вона себе вичерпала, однак, на нашу думку, зазначене питання вимагає подальшого ретельного широкого аналізу з метою напрацювання стратегії її використання в майбутньому, можливо серед більш вузького контингенту осіб, що підлягають першій ревакцинації, але не відмовлятися від неї. Що стосується повторної ревакцинації BCG, то вважаємо, що вона себе вичерпала як масовий метод специфічної профілактики туберкульозу.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ, ЯКІ ЗВЕРТАЮТЬСЯ ДО КЛІНІКИ ДРУЖНЬОЇ ДО МОЛОДІ

О.М. МЕШКОВА

Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», м. Київ

Підлітки – найбільш соціально незахищений прошарок суспільства через швидкий фізичний, психічний та статевий розвиток та внаслідок негативних екологічних, соціально-економічних, культуральних та інших несприятливих чинників. Молодь все більш незахищена перед епідемією СНІДу, причому вживані нині заходи все ще недостатньо ефективні.

Мета роботи: дослідити медико-соціальні аспекти поведінки підлітків та молоді, які звертаються до Клініки, дружньої до молоді (КДМ).

МОМЦ та кафедрою підліткової медицини ХМАПО було проведено дослідження в 4-х регіонах України ризикової поведінки щодо ВІЛ-інфікування, складовою частиною якого було дослідження психологічного статусу підлітків, які звертались до КДМ. Сформовано 3 групи підлітків за відношенням до ризику до ВІЛ інфікування: соціально-адаптована, уразлива, група ризику.

Для вивчення впливових (сімейних, соціальних та медико-біологічних) факторів на психологічний стан підлітків було виділено дві групи: без психологічних відхилень та з наявністю відхилень в психологічному статусі.

У видах патології, з якою звертались підлітки, спостерігається чітка тенденція збільшення захворювань репродуктивної сфери від 40,0% в соціально-адаптованій до 64,0% в групі ризику; неврологічної/психічної патології – від 22,5% в соціально-адаптованій до 52,0% – в групі ризику. Виявлено тенденцію до більш частого розвитку психологічних відхилень серед осіб жіночої статі. Встановлено зв'язок порушень психологічного статусу та захворюваності підлітків. Серед підлітків групи ризику взагалі не було здорових осіб, 71% має більше 2-х патологій.

Неврологічна/психічна патологія домінує у підлітків з порушеннями психологічного статусу та в 2,7 разу частіше спостерігається у них порівняно з альтернативною групою. Початок статевого життя у віці до 14 років домінує у осіб чоловічої статі групи ризику. 100% досліджених потребували консультування психолога, психологічного супроводу потребували 53,8% підлітків. При дослідженні сімейних та шкільних факторів з'ясовано, що вони є важливими передумовами для формування ризикової поведінки щодо ВІЛ-інфікування. Серед шкідливих звичок на перший план виходить вживання алкоголю, на другий – тютюнопаління.

У формуванні ризикової поведінки підлітків щодо ВІЛ-інфікування задіяна мультифакторна

матриця, яка включає різні медико-біологічні та соціальні показники.

Ефективність використання різних методів профілактичної роботи в КДМ дає загальний позитивний результат – відбувається зміна ризикової поведінки щодо ВІЛ-інфікування на відповідальну по відношенню до власного здоров'я у 62,5% підлітків.

Створення та робота підліткових відділень, що працюють на принципах «дружнього підходу», є необхідним кроком для збереження здоров'я дітей підліткового віку в Україні.

СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ. НАГРУЗОЧНЫЕ ТЕСТЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Л.П. МИХАЙЛЕЦ, Л.К. ЛЕНЧЕВСКАЯ

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Синдром мальабсорбции объединяет все виды патологии вызванных расстройством расщепления или всасывания в тонком кишечнике одного или нескольких питательных веществ и возникновением нарушения обменных процессов: белкового, углеводного, жирового, витаминного и т.д. В этиологической структуре этого синдрома важное место занимает нарушение морфо-функционального состояния желудочно-кишечного тракта. Среди врожденных ферментопатий наиболее часто встречаются нарушения углеводного обмена: непереносимость дисахаридов (лактазы, сахарозы, мальтозы и др.), синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции, первичная мальабсорбция фруктозы и др. Дефекты процесса гидролиза, нарушение всасывания и утилизации углеводов приводят к дефициту моно- и дисахаридов. Это создает целый каскад нарушений: возникновение дефицита энергии для всех физиологических процессов и, как следствие, нерациональное использование белков и жиров (повышенная нагрузка на почки, избыточное образование кетонов и т.д.).

Диагностический алгоритм указанных состояний включал тщательный пищевой анамнез ребенка (важный для правильного диагностического пути), с учетом времени манифестации жалоб, клинико-генеалогический анализ, а также нагрузочные тесты с моно- и дисахаридами (глюкозой, фруктозой, дексильозой, лактозой, сахарозой) с одновременным расчетом и построением гликемических кривых. Параллельно исследовался уровень данных сахаров в крови и моче с помощью хроматографического метода (тонкослойная хроматография), а также проводилась проба Бенедикта.

При оценке нарушений обмена углеводов были выявлены два типа соотношений гликемических кривых. I тип – характерный для не-

достаточности дисахаридов, а именно – плоская кривая на нагрузку дисахаридами (лактоза, мальтоза, сахароза и фруктоза) и подъем уровня глюкозы (выше 35 мг/%) на соответствующие моносахариды (глюкоза, галактоза). II тип – плоская гликемическая кривая на введение как ди-, так и моносахаридов. Из 48 больных детей с подозрением на наличие синдрома мальабсорбции у 30 была выявлена наследственная непереносимость углеводов, а именно: первичная лактозная недостаточность – у 17, синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции – у 9, непереносимость фруктозы – у 2, фруктоземия – у 1, недостаточность изомальтозы – у 1. Используемый диагностический алгоритм позволил дифференцировать заболевание с первичной дисахаридозной недостаточностью и нарушением транспорта моносахаридов, а также способствовать выбору правильной тактики лечения, нормализации нутритивного статуса, обеспечивающего физиологические темпы физического и психомоторного развития в раннем детском возрасте.

ПСИХОСОМАТИЧНИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМИ ОЖИРІННЯ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ В ДІТЕЙ

Е.А. МИХАЙЛОВА, О.А. БУДРЕЙКО, Д.А. МІТЕЛЬОВ,
Л.Д. НІКІТІНА

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

Ожиріння в дітей та підлітків – актуальна проблема, що зумовлена як поширеністю даної патології (до 11,2%), так і можливими наслідками в майбутньому. Психологічні та психічні порушення в хворих з ожирінням не створюють враження особливо важливих і значущих, але їх наявність викликає необхідність розгляду питань, пов'язаних з безпосереднім їх впливом на перебіг ендокринного захворювання у дітей та підлітків.

Під спостереженням перебувало 304 хворих з ожирінням – 107 дівчат та 197 хлопчиків віком 7–18 років. Проведено комплексне вивчення основних показників психологічного статусу (рівень тривоги та депресії, наявність і тип мінімальної мозкової дисфункції, рівень когнітивної дефіцитарності, особливості емоційного стану). Для оцінки частоти інсулінорезистентності (ІР) використовували індекс ІР НОМА, який розраховували за формулою $ІР\ НОМА = (G_0 \times In_0) / 22,5$, де G_0 – рівень глюкози в крові натщесерце, In_0 – вміст інсуліну в крові натщесерце. Синдром ІР діагностували якщо рівень НОМА був вищим за 3,5 ум. од. Під час аналізу цього показника встановлено, що у 186 (61,2%) із 304 дітей виявлено ІР, з них: у 51 хворого з екзогенно-конституційним ожирін-

ням і у 135 дітей з нейроендокринним ожирінням з ознаками гіпоталамічного синдрому. Встановлено, що частота ІР залежить від статі, ступеня статевого дозрівання, типу ожиріння та його вираженості. ІР частіше зустрічалася в хлопчиків старшого пубертатного віку з гіпоталамічним синдромом і у дівчаток молодшого шкільного віку з екзогенно-конституційним ожирінням. При всіх формах ожиріння відзначалися ознаки ураження нервової системи та психічної сфери.

Мультидисциплінарний підхід у вивченні психопатологічних явищ у хворих дітей з ожирінням дозволив виділити характерні групи факторів, які зумовлювали виникнення граничних психічних розладів і сприяли їх розвитку. Перша група чинників пов'язана зі зниженням адаптаційних можливостей організму внаслідок порушення функціонування церебральних структур. Ці фактори сприяли виникненню психопатології при гіпоталамічному синдромі. Фактори другої групи, початково пов'язані з ендокринними розладами, набували патогенетичного значення, коли вони порушували міжособистісну взаємодію дитини в соціумі й виступали в якості психотравмуючих стресорів. Третя група представлена особистісно-реактивними змінами як реакцією пацієнтів на власне соматичне захворювання. Типологія реакцій у підлітків включала: ігнорування проблеми, формування індивідуально-типологічних особливостей гіперактивних «товстунів», психологічну агнозію або реакції гіперкомпенсації та особистісно-реактивні зміни у вигляді депресії з тяжкими переживаннями фізичного дефекту. Психологічні константи особистісних особливостей, які відносились також до психогенних факторів, детерміновані потягом до вживання великої кількості їжі, що, в подальшому, формувало залежну харчову поведінку. Серед психологічних корелятивів у дітей з ожирінням виділено: зниження самооцінки, невпевненість у соціумі, зниження працездатності, комунікативні девіації.

Встановлено, що психологічні показники депресії та тривоги були максимально виражені в дітей з ожирінням та інсулінорезистентністю (НОМА – $R > 4$). Все це вказує на доцільність включення до комплексу лікування дітей з ожирінням програм медико-психологічного супроводу, які містять психологічну діагностику та психотерапевтичну корекцію.

СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА У ДТЕЙ

Е.А. МИХАЙЛОВА, Т.Ю. ПРОСКУРИНА, Д.А. МІТЕЛЬОВ,
Т.М. МАТКОВСЬКА

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

Останніми роками відмічається зростання психопатологічних станів у дітей і підлітків, що супроводжуються суїцидальною поведінкою. Серед психічно хворих у віці до 20 років від суїциду гине 2,9%. У США кожен 42 секунди відбувається суїцидальна спроба, і кожні 17 хвилин – завершений суїцид. Причому, кожну годину 39 хвилин жертвою суїциду стає дитина віком до 15 років. Статистичні дані щодо ситуації в Україні також свідчать про подібні негативні тенденції серед дитячого та підліткового населення. У 15% дітей та підлітків віком від 8 до 18 років, які вчинили суїцидальну спробу, було виявлено депресивні реакції та стани.

Метою дослідження було виділення клінічних маркерів ризику розвитку суїцидальної поведінки у дітей та підлітків із невротичними розладами. Дизайн дослідження включав соціо-психологічне інтерв'ювання (напівструктуроване інтерв'ю), патодіагностичний опитник для визначення наявності й типу акцентуації характеру А.Е. Лічко, тест визначення рівня невротичного стану Б.Д. Менделевича і К.Н. Яхіна, тест визначення рівня депресії В.А. Журо́ва в авторській правці В.В. Бойко, Колумбійську шкалу оцінки тяжкості суїциду (GSSR-S) К. Posner et al., тест Люшера.

Було обстежено 502 пацієнта із граничними нервово-психічними розладами (ГНПР): депресивний невротичний розлад (ДНР), неврастенія, тривожно-фобічний розлад (ТФР), з них 62 (12,3%) підлітка із суїцидальною поведінкою, які знаходилися на момент кризи у відділенні психіатрії ДУ «ІОЗДП АМНУ». Результати аналізу шкали оцінки тяжкості суїциду в підлітків із ГНПР із суїцидальною поведінкою показали, що 46,8% пацієнтів мали думки про бажання смерті, 58,1% висловлювали загальні неспецифічні думки про бажання накласти на себе руки за відсутністю роздумів про способи самогубства, 20,9% вказували на наявність актуальних суїцидальних ідей, які включали в себе роздуми про спосіб самогубства (не про план) за відсутністю наміру діяти, 16,1% реєстрували у себе активні думки про самогубство, що виражалися в заявах пацієнтів про деякий намір діяти відповідно до цих думок, 12,9% відмічали у себе актуальні суїцидальні ідеї з конкретним планом і наміром (з деталями, як здійснити цей план). Дійсну спробу самогубства (реальне нанесення собі пошкоджень) зареєстровано у 16,1% підлітків, у 16,1% – несуїцидальної самошкодливої поведінки.

Дослідженнями встановлено, що в структурі суїцидальної поведінки у підлітків із не-

врастенією домінують суїцидальні думки. За даного типу суїцидальної поведінки виявлено тривожно-депресивний (42,9%) і девіантний (23,8%) синдромокомплекс. Зареєстровано лише одну суїцидальну спробу у хворого із неврастенією з депресивним синдромом. Суїцидальні висловлювання (19,0%) і демонстративна суїцидальна поведінка (9,5%) реєструвалися у підлітків із неврастенією із девіантним синдромом. У підлітків із ДНР суїцидальні висловлювання (25,7%) та демонстративна суїцидальна поведінка (17,1%) реєструвалися тільки в підлітків із девіантним синдромом. При ДНР суїцидальні думки відмічалися переважно при тривожному (61,5%) й девіантному (30,8%), рідше при астено-тривожному (7,7%) синдромах. Істинну суїцидальну поведінку відмічено в хворих із девіантним (57,1%) і тривожним (42,9%) синдромокомплексом. У підлітків із ТФР не було жодного випадку суїцидальної поведінки.

Кластеризація синдромокомплексів окремих форм ГНПР у підлітків дозволяє виділити інформативні клінічні маркери ризику формування суїцидальної активності й визначити вибір стратегії психопрофілактики суїцидальної поведінки.

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ СОЦІО-ДЕМОГРАФІЧНИХ І ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДЕПРЕСІЄЮ

Е.А. МИХАЙЛОВА, Т.Ю. ПРОСКУРИНА, Д.А. МІТЕЛЬОВ,
Т.М. МАТКОВСЬКА

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

Проблема афективних розладів у дітей і підлітків є однією з найбільш актуальних у сучасній психіатрії в зв'язку з почастишенням і «омолодженням» депресивних порушень. Депресивний розлад, що почався в дитинстві, є не тільки предиктором високого суїцидального ризику, але й збільшує можливість виникнення депресії. За даними вітчизняних і зарубіжних дослідників, поширеність депресій у підлітковому віці досягає 30,0%, а середній вік їх виникнення наближається до дев'яти років. Проте вказується, що афективні розлади у дитячому віці виникають значно частіше, ніж діагностуються. Складнощі діагностики депресивних порушень у віці 7–11 років пов'язані з тим, що психічний і фізичний розвиток особистості дитини зазнає виражених змін з проявами своєрідної дисгармонійності та нерівномірності, порушенням фізіологічної й психологічної рівноваги, досягнутої на попередньому етапі онтогенезу.

Метою дослідження було вивчення соціо-демографічних факторів ризику розвитку депресії в дітей молодшого шкільного віку.

Комплексне клініко-психопатологічне дослід-

дження проводили у відділенні дитячої психіатрії клініки ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України» в 2010 р. Обстежено 82 дитини віком 7–11 років з депресією. Середній вік дітей, хворих на депресію, склав $9,2 \text{ року} \pm 0,6 \text{ місяців}$. У дослідженні особливу увагу було приділено чинникам раннього розвитку дітей, умов виховання та ряду інших психологічних і соціальних факторів.

Так, аналіз дитячо-батьківських відносин у ранньому віці виявив домінування дезорганізованого та унікаючого типів прихильності. На наступних етапах онтогенезу переважав гіпопротективний тип виховання (86,5%). У дітей з депресією в реєстрі факторів предиспозиції виділено: обтяженість пренатального (71,2%), інтра- та постнатального (53,8%) періодів, емоційно-поведінкові порушення (62,4%) в ранньому дитинстві. Психопатологічні прояви на першому році життя виявлялися у вигляді афективних, поведінкових і дизрегуляторних порушень. Поєднані психотравмуючі фактори (від двох до п'яти чинників) зареєстровано в 84,6% випадків, ізольовані – рідше (15,4%). Серед них: хронічні конфлікти в сім'ї, депотизм і агресивність батька, шкільні дидактогенії, конфлікти з однолітками, соціальна ізоляція, розлучення батьків, зґвалтування дівчаток, жорстоке поводження з боку вчителів, депресія в матері, втрата матері, надмірно молодий вік матері, синдром «Мюнхгаузена» у матері. У структурі депресії у дітей молодшого шкільного віку превалюють поведінковий, соматизований і тривожний синдроми. Встановлено фактори предикції депресії у дітей 7–11 років. Серед них: стать (співвідношення хлопчиків і дівчаток склало 2,7:1,0), проживання в місті, неповна сім'я, виховання прабабками, трудова міграція батьків, професія батьків і їх зайнятість, рівень освіти батьків (вища освіта в матері й середня – у батька), низький матеріальний рівень забезпечення сім'ї, шкідливі звички (алкоголізм) одного з батьків.

Соціально-педіатричний підхід щодо диференціації соціо-демографічних і психологічних факторів предикції депресії дозволить здійснити ранню діагностику депресивних розладів у дітей та розробити ефективну програму соціального втручання.

БІОЕТИКА – АКТУАЛЬНИЙ НАПРЯМ У СУЧАСНОМУ НАВЧАННІ ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ

Н.В. МОВЛЯНОВА, І.Л. БАБІЙ

Одеський національний медичний університет

З початку 70-х років минулого сторіччя в багатьох країнах світу бурхливий розвиток отримала така молода галузь науки, як біоетика. Біоетика, що включає медичну етику і медичне

право, приймається сьогодні в світі як наріжний камінь, на якому повинні цементуватися всі інші професійні знання, що визначають поведінку фахівця-медика в майбутньому.

Сьогодні наша країна, у тому числі й охорона здоров'я, перейшла з однієї формації суспільного життя в іншу: з періоду розвиненого соціалізму в систему ринкових відносин.

Поява нових дисциплін і галузей науки – це актуально і сучасно, йде в ногу з часом. Хоча основні принципи поведінки медичних працівників в своєму класичному розумінні (принципи з клятви Гіппократа, «не шкодити хворому», «признач те, що призначив би собі» і т.п.) залишаються незмінними у всі часи, але від умов роботи і часу вони змінюються. Експерти ЮНЕСКО вважають, що багато міжнародно-визнаних правових і етичних норм поведінки в охороні здоров'я сьогодні, на жаль, не викладаються на належному рівні в учбових закладах країн пострадянського простору, що робить наших фахівців і наше суспільство більш уразливими надалі. Тому викладання біоетики та біобезпеки є вкрай сучасним і актуальним.

Оскільки біоетика як навчальна дисципліна базується на знаннях, отриманих студентами при вивченні медичної біології, нормальної та патологічної анатомії і фізіології, гістології, фармакології, педіатрії, терапії, хірургії, основ законодавства України, й інтегрується з цими дисциплінами, а також закладає основи формування студентами умінь і навичок, які визначаються кінцевими цілями дисципліни та можуть бути використані студентами при вивченні клінічних дисциплін та у подальшій професійній діяльності, тому метою курсу є підвищення якості підготовки сучасного лікаря в галузі біомедичної етики та біобезпеки, що дає змогу в його подальшій діяльності на більш високому професійному рівні проводити профілактику та лікування соматичної та психосоматичної патології, запобігати допущенню деонтологічних, професійних і загальнолюдських помилок.

Нормативний курс основ біоетики та біобезпеки вивчається на третьому році навчання студентів вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації.

Видами навчальної діяльності студентів, згідно з навчальним планом, є: а) лекції; б) практичні заняття; в) самостійна робота студентів. Видом самостійної роботи є підготовка до практичного заняття та вивчення тем, що винесені у програмі з дисципліни для самостійного опрацювання. Видами індивідуальної роботи можуть бути: написання рефератів, доповідей для виступу з повідомленнями на практичних заняттях, науково-дослідна робота.

Оцінка знань студентів є рейтинговою, виставляється за багатобальною шкалою з урахуванням поточної успішності та оцінки за індивідуальну роботу. Наприкінці курсу дисципліни студент отримує залік.

КОРЕКЦІЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ МАЛИ ДЕФІЦИТ ЗАЛІЗА У РАНЬОМУ ВІЦІ

С.О. МОКІЯ-СЕРБІНА, В.В. ЧЕЧЕЛЬ

Дніпропетровська державна медична академія, м. Кривий Ріг

У дитячій популяції України розповсюдженість дефіциту заліза (ДЗ) становить від 21,1–29,7% у школярів до 46,2–50,8% у дітей раннього віку. Встановлено, що дефіцит заліза, навіть в легкій формі, супроводжується порушенням функцій мозку від ледь помітних до дуже вагомих, призводить до зміни поведінки. Відмічено збіднення емоційної сфери, негативізм, депресивний стан, гіперактивність, зниження концентрації уваги, пам'яті, сприйняття. Проведені наукові дослідження показали, що такі зміни зберігалися навіть після повного насичення залізом.

Початок навчання в школі висуває нові, більш складні вимоги до особистості дитини, яка мала ДЗ в ранньому віці, що неминуче підвищує емоційне і нервово-психічне навантаження. Такі діти потребують додаткової підготовки до школи.

Нами проведено оцінку ефективності та безпеки гомеопатичного препарату Кіндінорм у лікуванні дітей дошкільного віку, які мали ДЗ в ранньому віці, на підставі комплексної оцінки показників когнітивних функцій за допомогою «Орієнтовної комплексної програми вивчення готовності дитини до шкільного навчання». Було обстежено 70 дітей віком 5–6 років, які виховуються в дошкільних дитячих закладах. У 38 дітей діагностовано ДЗ у грудному віці, контрольну групу склали 42 дитини без клініко-лабораторних ознак ДЗ. Діти основної групи (на відміну від контрольної) мали зміни різного ступеня в когнітивній сфері, а саме: сприйняття, пам'ять, увага, словесно-логічне мислення, зв'язне мовлення. Пацієнти дослідної групи отримували Кіндінорм по 10 крупок тричі на добу протягом двох місяців. Обстеження проводили перед початком лікування, через 30 та 60 днів після закінчення курсу. Лікування проводили на фоні підтримуючої терапії препаратом заліза (Актиферин).

Аналіз отриманих результатів показав, що найбільш виражений та довготривалий позитивний вплив Кіндінорм чинить на показники, які характеризують порушення уваги. На фоні лікування суттєво поліпшується слухове сприйняття дітей. Зафіксовано достовірне поліпшення слухової та зорової пам'яті. Порівняння показників рівня розвитку словесно-логічного мислення показало зниження кількості дітей з середнім та збільшення з добрим рівнем розвитку до 28-го дня лікування. Позитивні терапевтичні ефекти зберігалися й на другому місяці лікування. Не було отримано статистично значущих відмінностей при аналізі вихідних

та кінцевих результатів дослідження показників розвитку мови, довільно-образної пам'яті, зміни яких було виявлено у дошкільників, які мали ДЗ у ранньому віці.

Побічної дії при вживанні Кіндінорму під час дослідження не встановлено.

Таким чином, у дітей дошкільного віку, які мали ДЗ у ранньому віці, встановлено різного ступеня зміни в когнітивній сфері, які є основою психо-соціального розвитку дитини та адекватної адаптації до навколишніх умов.

Рання діагностика когнітивних порушень у дітей та невідкладне проведення комплексу корекційних заходів дозволить подолати труднощі у поведінці, спілкуванні та навчанні. Ефективність лікування когнітивних порушень значно підвищується при застосуванні препарату Кіндінорм, безпечність якого дозволяє педіатрам призначати його без узгодження з дитячими психоневрологами.

ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ГЛИБОКОНЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ

С.О. МОКІЯ-СЕРБІНА, Н.В. ВАСИЛЕНКО

Дніпропетровська державна медична академія, м. Кривий Ріг

Досягнення перинатальної медицини та неонатології сприяють зростанню кількості недоношених дітей, які виживають та вступають в доросле життя. Але саме серед немовлят з дуже низькою масою тіла при народженні (<1500 г) існує високий ризик смертності, захворюваності, інвалідизації, порушень психомоторного розвитку, низького рівня освіти та можливості працевлаштування.

Метою дослідження було встановлення особливостей стану здоров'я глибоконедошених дітей (з масою тіла при народженні <1500 г) на першому році життя. Авторами проаналізовано медичну документацію (історії хвороб, амбулаторні карти) 45 недоношених з дуже малою масою тіла при народженні, з них 10 дітей з надзвичайно малою масою при народженні.

У всіх дітей в періоді новонародженості реєстрували РДС-синдром різного ступеня тяжкості, в тому числі у 78% (35) дітей асоційований з пневмонією. У 27% (12) дітей було діагностовано генералізовану форму внутрішньоутробної інфекції. 84% новонароджених (38 дітей) потребували інтенсивної терапії та вентиляційної підтримки у відділенні реанімації. У 76% дітей (34 новонароджених) діагностовано персистуючі фетальні комунікації. У всіх новонароджених мали місце прояви неврологічної дисфункції різного ступеня тяжкості, у 42% (19) дітей – ВШК I–III ступенів (ймовірна гіподіагностика у зв'язку з відсутністю УЗД-апаратури у відділенні). У 3 дітей діагностовано бронхолегеневу дис-

плазію, 1 дитина померла у віці 5 місяців, у 2 дітей перебіг БЛД сприятливий, але вони мають інвалідність за неврологічним захворюванням.

Протягом першого року життя 24% (11) дітей мали часту захворюваність на ГРІ (більше 4 разів), у 4 дітей діагностовано рецидивуючий обструктивний бронхіт, 3 дітей перехворіли на пневмонію.

У віці 1 рік у 70% (7) дітей з надзвичайно низькою масою тіла при народженні (<1000 г) мали місце інвалідизуючі захворювання (природжена тетраветрикулярна гідроцефалія – 1 дитина, спастичний тетрапарез – 3, інші рухові порушення – 3, ретинопатія недоношеного IV ступ. – 2), і тільки 3 дітей даної категорії мали негрубі неврологічні наслідки (затримку психомоторного, мовного розвитку).

Серед дітей, які народилися з масою від 1000 до 1500 г, 22% (10 дітей) мають тяжкі органічні ураження ЦНС (атонічно-астатичний синдром, гідроцефалія в стадії субкомпенсації (1), мікроцефалія з внутрішньою гідроцефалією (1), спастичний тетрапарез (2), спастична диплегія (2), симптоматична епілепсія (1), часткова атрофія зорових нервів (3), ретинопатія недоношених V ступ. (2)), 26% (9) дітей мають затримку психомоторного розвитку. У 16 дітей на першому році життя спостерігали неврологічні синдроми, пов'язані з перинатальним ураженням нервової системи, та на даний час вони не мають грубої неврологічної патології. У двох дітей мали місце переломи трубчастих кісток (в однієї дитини – закритий перелом правої стегнової кістки, в іншої – закритий перелом лівої плечової кістки), що не виключає взаємозв'язку з остеопенією недоношених.

Таким чином, незважаючи на певні успіхи у виходжуванні дітей з дуже малою масою тіла при народженні (зниження летальності серед даної категорії новонароджених), стан їх здоров'я не викликає оптимізму – вже на першому році життя спостерігається дуже високий рівень інвалідності (за даними нашого дослідження майже 40%).

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ФЕРОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

С.О. МОКІЯ-СЕРБІНА, С.В. ЮРКОВА

Дніпропетровська державна медична академія, м. Кривий Ріг

Велика соціальна значущість залізодефіцитної анемії, необхідність індивідуалізації лікування, важливість подальшого пошуку оптимальних науково обґрунтованих лікувальних підходів до терапії свідчать про актуальність проблеми.

Нами було обстежено 73 дитини першого року життя, які народились доношеними та мали анемію I та II ступ. Усім хворим було призначено пероральну феротерапію. При цьому

35 дітей одержували краплі Актиферину, які містять двовалентне залізо, 48 хворих – сироп Ферум Лек, до якого входить тривалентне залізо в складі гідроксид полімальтозного комплексу. Початкова доза феропрепарату складала 5 мг/кг/добу. Проводили контроль гемоглобіну, сироваткового заліза та обчислення гематологічного індексу з метою визначення взаємозалежності цих показників. Після досягнення показників крові нормативних значень, дозу препарату зменшували на 1/2 від терапевтичної і продовжували лікування до 4–6 місяців.

У дітей, які мали анемію I ступ., цифри гемоглобіну, сироваткового заліза та гематологічного індексу на початку лікування склали відповідно $95,4 \pm 2,6$ г/л; $7,76 \pm 1,5$ ммоль/л; $112,3 \pm 4,3$ ум. од. відповідно. У дітей, хворих на анемію II ступ. показники були на рівні 82 ± 4 г/л; $6,45 \pm 0,3$ ммоль/л; $100,1 \pm 14,0$ ум. од. При латентному дефіциті заліза цифри гемоглобіну були в межах 125 ± 3 г/л, сироваткового заліза – $8,5 \pm 0,7$ ммоль/л, гематологічного показника – $114,9 \pm 0,9$ ум. од.

В динаміці на фоні лікування відмічалось зростання показників гемоглобіну, сироваткового заліза та гематологічного індексу, причому у дітей, які отримували препарати двовалентного заліза, показники гемоглобіну та еритроцитів зростали з більшою швидкістю, ніж у дітей, які отримували тривалентне залізо в складі гідроксид полімальтозного комплексу. Показники сироваткового заліза та гематологічний індекс мали менш інтенсивну динаміку в обох групах дітей. Через місяць лікування діти, які отримували двовалентне залізо, мали наступні показники крові: при анемії I ступ. до лікування – гемоглобін 109 ± 3 г/л, сироваткове залізо – $8,2 \pm 0,3$ ммоль/л, гематологічний індекс – $116,2 \pm 0,2$ ум. од.; при II ступ. анемії до лікування – 102 ± 4 г/л, $7,89 \pm 0,27$ ммоль/л, $I_r - 108,7 \pm 3,0$ ум. од.

Через 3 місяці на фоні підтримуючої терапії встановлено, що у дітей, які отримували препарати двовалентного заліза, нормалізувався показник гемоглобіну, але у 3 (18,7%) дітей залишався зниженим рівень сироваткового заліза ($8,7$ ммоль/л при нормі $9,0 - 21,5$ ммоль/л). У дітей, які отримували препарати тривалентного заліза, виявлено відновлення як кількості гемоглобіну, так і рівня сироваткового заліза.

Таким чином, порівняння ефективності лікування дво- та тривалентними препаратами заліза виявило, що препарати двовалентного заліза мають максимальну ефективність на етапі нормалізації показників периферичної крові, тоді як препарати тривалентного заліза найшвидше насичують тканинні депо заліза, але нормалізація гемопоєзу при їх застосуванні відбувається повільно.

ДО ПИТАННЯ ІМУНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ПІДЛІТКІВ ІЗ СІМЕЙ БАТЬКІВ, ОПРОМІНЕНИХ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

В.І. МОЛЄВА, Г.О. БОРИСКО, В.Л. КАШІНА-ЯРМАК,
І.Г. ДЕМЕНКОВА, Т.О. КОСТЕНКО

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

Імунна система є однією з найбільш радіаційно-чутливих в організмі людини. З іншого боку, схильність до розладів імунного гомеостазу генетично детермінована і може поєднуватися, зокрема, з морфо-функціональними особливостями сполучної тканини.

З метою вивчення віддалених наслідків впливу радіації на стан здоров'я та функціонування імунної системи дітей із сімей батьків, які зазнали опромінення на різних етапах дитинства в результаті Чорнобильської аварії, обстежено 80 підлітків 12–18 років та 70 практично здорових їх однолітків з сімей без радіаційного анамнезу. Проведено комплексне клініко-інструментальне (ультразвукове дослідження серця й органів черевної порожнини, оцінка фенотипових особливостей) та імунологічне обстеження (визначення вмісту субпопуляцій лімфоцитів у периферичній крові (CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD22⁺); концентрації сироваткових імуноглобулінів (IgG, А, М) і циркулюючих імунних комплексів, активності комплементу; фагоцитарної та метаболічної активності лейкоцитів крові).

У результаті дослідження в підлітків із сімей опромінених батьків встановлено високу патологічну ураженість (680 випадків на 100 обстежених) за основними класами хвороб, поліморбідний характер захворювань. Звертає на себе увагу поширеність природжених вад (у кожного десятого хворого) і аномалій розвитку внутрішніх органів (серця, кишечника, нирок) та кістково-м'язової системи, які поєднуються з наявністю множинних (сім і більше) фенотипових малих аномалій розвитку, спектр яких відповідає морфогенетичним ознакам дисплазії сполучної тканини.

Аналіз показників імунорезистентності визначив, що у 58,2% обстежених спостерігались різного роду порушення імунної системи I–II ступеня вираженості, причому їх частота була нижчою у дітей більш старших вікових груп (16–18 років). У 46,1% підлітків виявлено депресію Т-системи імунітету: незалежно від статі в кожного третього підлітка зареєстровано зменшення відносної кількості CD3⁺-лімфоцитів (54,0%, $p < 0,01$ порівняно з контролем), CD4⁺-лімфоцитів (31,3%, $p < 0,01$), а у 12,8% – CD8⁺-лімфоцитів (21,7%, $p < 0,01$). Зміни в фагоцитарній ланці імунітету зафіксовано у 61,5% пацієнтів, перш за все за рахунок зниження фагоцитарного чис-

ла у 44,9% нащадків (в 1,8 разу) за відсутності порушень кисеньзалежного метаболізму нейтрофілів. Відхилення у В-системі реєструвалися значно рідше та стосувалися зменшення концентрації IgG. Майже у половини підлітків відмічалось зростання титру антистрептолізину-О, що може вказувати на підвищення антигенного навантаження на організм.

При порівняльному аналізі стану імунної системи у нащадків опромінених батьків залежно від їх віку на час аварії встановлено, що найчастіше відхилення показників імунорезистентності відмічалися у підлітків, чий батьки зазнали радіаційного впливу до початку статевого дозрівання.

Результати проведеного дослідження обґрунтовують доцільність включення до схем диспансерного спостереження за нащадками опромінених батьків обов'язкового клініко-інструментального обстеження з метою ранньої діагностики системної дисплазії сполучної тканини, профілактики порушень функціонального стану внутрішніх органів та імунної системи.

ГЛОБАЛЬНА СТРАТЕГІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК І ДІТЕЙ

В.Ф. МОСКАЛЕНКО, Т.С. ГРУЗЄВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Здоров'я дітей є одним з визначальних чинників досягнення прогресу у багатьох сферах суспільного життя. Йому віддається пріоритетна увага у стратегічних документах міжнародного, регіонального та національного рівнів. В цілому у світі здоров'я дітей поліпшується, але на шляху досягнення глобальних цілей залишаються серйозні проблеми. В багатьох країнах недостатність інвестицій в охорону здоров'я, організаційні недоліки тощо є причиною невисоких результатів у досягненні мети скорочення дитячої смертності і поліпшення здоров'я дітей. В цілому у світі щорічно гине близько 8 млн. дітей від причин, яким можна запобігти. Близько 20 млн. дітей віком до 5 років страждають від недостатності харчування, що робить їх вразливими до розладів здоров'я. У більшості випадків причинами смерті новонароджених дітей є передчасні пологи, інфекції і асфіксія плода при народженні, у віці від одного місяця до п'яти років – пневмонія, діарея, малярія, кір і ВІЛ. Двом третинам випадків смерті дітей можна запобігти за допомогою забезпечення доступу до практичних, недорогих заходів та ефективної первинної допомоги для дітей.

В Європейському регіоні ВООЗ протягом 2000–2009 рр. смертність немовлят скорочено на 20,2%, в Європейському Союзі – на 27,6%, в СНД – на 19,5%, де її рівні становлять відповідно 7,8‰, 4,3‰ та 13,3‰. В Україні за

вказаний період малюкову смертність зменшено з 12,0 до 9,9‰. Водночас, високою залишається захворюваність, яка має тенденцію до зростання. Лише протягом 2003–2010 рр. захворюваність дитячого населення віком до 17 років збільшилася на 23,8%, у т.ч. на хвороби органів дихання – на 34,5%, хвороби системи кровообігу – на 25,1%, новоутворення – на 25,0%, природжені аномалії – на 21,6%, хвороби вуха та сосковидного відростка – на 19,5%, хвороби ока та придаткового апарата – на 15,6%, хвороби нервової системи – на 14,2%, частота травм та отруєнь – на 15,4%. Поширеність хвороб серед дітей зростає на 17,2%.

Пошук ефективних шляхів збереження і зміцнення здоров'я підростаючого покоління у світовому масштабі зумовив розробку і прийняття у 2010 р. Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок і дітей. Стратегію спрямовано на забезпечення реалізації права на здоров'я, на його основні детермінанти, доступне та якісне медичне обслуговування. Вона визначає сфери, в яких необхідно вжити термінових заходів зі збільшення фінансування, посилення політики і поліпшення роботи служб з надання послуг. До таких сфер відноситься надання підтримки національним планам у сфері охорони здоров'я, комплексне надання послуг охорони здоров'я для забезпечення доступу до профілактики, діагностики та лікування, зміцнення систем охорони здоров'я, інноваційні підходи до фінансування, поліпшення моніторингу і оцінки.

В Україні визначено пріоритетні напрями реформування системи охорони здоров'я, які ґрунтуються на основних засадах державної політики у цій сфері і враховують положення глобальних стратегій в охороні здоров'я. Вони включають структурні перетворення з оптимізацією мережі відповідно до потреб, фінансово-економічну перебудову медичної галузі та підвищення ефективності її функціонування. Головною метою є забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, доступне і якісне медичне обслуговування населення з пріоритетною увагою до здоров'я дітей.

АДАПТАЦІЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКІВ С УЧЕТОМ ФАКТОРА ОДАРЕННОСТІ

А.А. МОЧАЛОВА

Луганський державний медичний університет

Под нашим наблюдением находилось 96 учеников 1–3 классов, обладающих различными видами одаренности. Среди них 62 (64,6%) человека с художественно-эстетической направленностью, 24 (25,0%) – с практической и 10 (10,4%) – с познавательной направленностью. В течение учебного года, восьмикратно, в начале и конце каждой четверти проводилась съемка

параметров кардиоинтервалографии (КИГ) в стандартных условиях (условия покоя).

Установлено, что под влиянием учебной нагрузки средние значения индекса напряжения (ИН) в первом классе составили $156,2 \pm 4,04$; во втором классе – $136,5 \pm 4,26$. Выявлено повышение ИН по среднегодовым показателям у первоклассников на 31%, у второклассников – на 14%. Колебания ИН у первоклассников в сравнении с второклассниками более интенсивны, от начала к концу четверти, и испытывают некоторое повышение от начала к концу учебного года; отражая менее устойчивую работу регуляторных механизмов деятельности сердца. Во втором классе ИН снизился на 12,7%, что свидетельствует, по нашему мнению, о снижении напряжения функционирования сердечно-сосудистой системы, хотя параметр остается в зоне выраженного симпатического тонуса. Степень напряжения адаптационных механизмов снижается от первого к третьему классу.

Также прослеживается разница, на уровне тенденций, в вегетативной обеспеченности между мальчиками и девочками внутри групп. Характерно, что если в группе одаренных детей вегетативная напряженность более высокая у мальчиков, то в контрольной группе она выше у девочек.

При сравнительном анализе вегетативного тонуса в дифференциации профессиональной ориентации одаренности выявлены следующие закономерности.

Напряжение вегетативного тонуса детей художественно-эстетической профессиональной направленности находится в зоне устойчивого вегетативного равновесия «эйтонии» ($M \pm m = 114,7 \pm 11,09$), в отличие от детей с направленностью практической ($p < 0,001$) и познавательной деятельности (при $p < 0,05$), напряжение вегетативной системы у которых находится в зоне умеренного и выраженного симпатического тонуса.

Факторный анализ степени вегетативной реактивности в условиях клиноортостатической пробы одаренных детей показал, что гиперсимпатическая реактивность проявляется только у 31,3% детей художественно-эстетической направленности, в отличие от других, а эйтоническая и симпатическая реактивность – у 59,4%.

Корреляционные связи фактора одаренности с полом ($r = 0,21$; $p = 0,01$) показывают, что этот фактор, на данном этапе, более выражен у девочек, нежели у мальчиков; с профориентацией ($r = 0,20$; $p = 0,01$) подтверждает приоритет художественности; с классом ($r = -0,25$; $p = 0,01$) показывает, что в первом и во втором классах детей одаренных несколько больше, чем в третьем. Обнаружена значимая положительная обусловленность фактора профориентации с индексом напряжения ($r = 0,13$; $p = 0,01$).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Е.Н. МУКВИЧ, Л.И. ОМЕЛЬЧЕНКО, Т.Д. ЗАДОРЖНАЯ,
Т.А. ПОЛУК

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии
НАМН Украины»

Предметом исследований в отделении болезней соединительной ткани ГУ «Институт ПАГ НАМН Украины» было изучение органов ЖКТ при РА у 175 детей в возрасте от 3-х до 15-ти лет. Диагноз ЮРА верифицирован соответственно критериям Американской ревматологической ассоциации (АРА, 1984). Средняя длительность заболевания составляла 36,7мес; суставная форма диагностирована у 53,3%, суставно-висцеральная – у 46,7% детей; I ст. активности ревматического процесса – у 63,4%, II ст. – у 36,6% детей. Все дети обследовались в период обострения болезни и получали лечение с включением нестероидных противовоспалительных препаратов (диклофенак натрия, нимесулид, ибупрофен), ГКС, цитостатиков (плаквенил, метотрексат).

Целью работы явилось повышение эффективности профилактики и комплексного лечения ревматоидного артрита у детей путем коррекции микробиоценоза кишечника.

Установлено, что РА у 68,0% детей сопровождается поражением органов ЖКТ: у 38,8% – хроническим гастродуоденитом, у 44,0% – холецистохолангитом, у 46,2% – дисфункцией желчевыводящих путей, у 13,7% – СРК, у 32,0% – хроническим неспецифическим неязвенным колитом с субатрофическим или катаральным проктосигмоидитом. У всех детей подобные поражения ассоциировались с нарушением микробиоты кишечника II–III ст.

У детей с суставно-висцеральной формой РА проведены морфологические исследования биоптатов слизистой оболочки толстого кишечника на расстоянии 5 и 10 см от *anus*. Во всех биоптатах отмечалось наличие изменений поверхностного эпителия с микроэрозиями, нарушение базальной мембраны с фибротизацией слизистой оболочки. В собственной пластине слизистой изменения характеризовались выраженной, неравномерной инфильтрацией лимфоцитами, плазматическими клетками и нейтрофилами. Отмечены также очаговые расстройства кровообращения в слизистой оболочке. В динамике лечения базисной и противовоспалительной терапией в течение 3–4 мес заметной динамики гистологической картины не отмечалось. Только в части наблюдений было отмечено уменьшение лимфоцитарной инфильтрации, в основном за счет плазматоцитов как маркеров аутоиммунного процесса; уменьшалась распространенность воспалительной инфильтрации в собственной пластине слизистой;

активировались процессы склерозирования и расстройства кровообращения.

В эксперименте *in vitro* установлен активный дозозависимый ингибирующий эффект метотрексата, диклофенака, метилпреднизолона на пролиферативную активность музейного штамма *Lactobacillus acidophilus* ВКПМВ-2707. Это доказывало, что использование противовоспалительных и базисных препаратов, которые позволяют осуществлять контроль над основным заболеванием, угнетает пролиферативную активность физиологической микрофлоры. При этом нарушаются иммунорегуляторные функции слизистой оболочки кишечника и поддерживаются иммунопатологические механизмы аутоиммунного воспаления.

На фоне комплексной терапии ЮРА необходим контроль над состоянием органов ЖКТ и коррекция микробиоты кишечника, что позволит снизить антигенную нагрузку и активность аутоиммунного процесса.

IGE-ЗАЛЕЖНА ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШИХ КЛАСІВ ШКІЛ У ТУРЕЧЧИНІ

Р. МУСТАФАЕВ, Е. ДЖІВЕЛЕК, Ф. ОРХАН, Х. ЮКСЕЛЬ,
А. БОЗ, Б. ШЕКЕРЕЛЬ

Клінічна лікарня медичного факультету університету
Хаджеттепе, Анкара, Туреччина.

Клінічна лікарня медичного факультету Чорноморського
технічного університету, Трабзон, Туреччина.

Клінічна лікарня медичного факультету університету
ім. Джеляла Баяра, Маніса, Туреччина.

Клінічна лікарня медичного факультету
Середземноморського університету, Анталія, Туреччина

Небажана реакція на їжу називається харчовою гіперчутливістю і дуже часто зустрічається у дитячому віці. Харчова алергія може бути IgE-залежною та не-IgE-залежною. Усі інші реакції зараховуються до неалергічної гіперчутливості до продуктів харчування. Харчова алергія є поширеною у світі проблемою з тенденцією до зростання. У всьому світі існує дефіцит даних на епідеміології харчових алергій.

Мета роботи: оцінити поширеність IgE-залежної харчової алергії і найбільш значущих продуктів, відповідальних за харчову алергію у дітей шкільного віку. Учасників було вибрано з бази даних 5609 анкетувань, проведених у рамках International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) другої фази, яке було виконано у чотирьох містах головних міст Туреччини (Маніса, Анкара, Анталія, Трабзон) у 2005–2006 роках у дітей 9–11 років. До групи обстежених дітей увійшли 1162 дитини, в анкетах яких зазначалися прояви харчової алергії і/або були шкідливі позитивні реакції на відповідні алергени.

Згідно з вищевказаними критеріями було проведено обстеження 1162 дітей упродовж 2010 року (позитивні симптоми спостерігалися

у 909, позитивна шкірна проба – у 301, обидва позитивні симптоми – у 48 дітей). 152 дитини повідомили про харчову алергію і були відібрані для дослідження, проте приїхали на обстеження в центри 87 дітей. У 9 (10,3%) дітей спостерігалася позитивна реакція на 12 харчових алергени. Поширеність харчової алергії у нашому дослідженні з урахуванням числа тих, що з'явилися на обстеження, склала 0,16% (9/5609, 95% довірчий інтервал 0,05–0,27%). Найзагальнішими продуктами, що викликають харчову алергію у школярів Туреччини, були волоський горіх (n = 3), м'ясо (n = 2), курячі яйця (n = 1), арахіс (n = 1), шпинат (n = 1), ківі (n = 1), сир (n = 1), лісовий горіх (n = 1) та персик (n = 1).

Таким чином, поширеність підтвердженої IgE-залежної харчової алергії серед школярів склала щонайменше 0,16%. Спектр продуктів, відповідальних за харчову алергію, відрізнявся від західних країн, отже це, можливо, пов'язано з культурними чинниками країни.

ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ І ФАКТОРИ, ЯКІ НЕГАТИВНО ВПЛИВАЮТЬ НА ЙОГО ПОКАЗНИКИ

В.П. НЕДІЛЬКО, М.В. ЧУХРАЄВ

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

Науково-методичний центр «Медінтех»

Нестабільність політичної і економічної ситуації в країні негативно впливає на стан здоров'я населення, особливо це стосується дітей.

Статистичні показники свідчать, що протягом останніх років спостерігається зростання захворюваності дитячого населення, тільки за минулий рік вона зросла на 16% і в 2010 році її рівень становив 1454 на 1000 дітей, відмічається значна поширеність функціональних і хронічних відхилень в стані здоров'я дітей, яка досягає 1998 захворювань на 1000 дітей.

Серед них перші місця займають захворювання органів дихання, шкіри і підшкірної клітковини, інфекційні і паразитарні хвороби, захворювання органів травлення, травми і отруєння.

Велике занепокоєння викликає зростання кількості дітей-інвалідів – якщо в 2005 році рівень інвалідності дітей становив 178 на 10000 дітей, то в 2009 році цей показник виріс до 202 на 10000, тобто понад 20 дітей на 1000 є інвалідами. Серед них перші місця займають природжені вади розвитку, хвороби нервової системи, психічні розлади, ендокринні хвороби, хвороби вуха і очей та хвороби кістково-м'язової системи.

Аналіз здоров'я дітей, які готуються до вступу в школу, показує, що серед них тільки 22% були здоровими, а у понад 50% дітей виявлялись хронічні захворювання, серед яких значне

місце займали захворювання носоглотки, порушення опорно-рухового апарата та відхилення органів травлення.

Серйозні недоліки спостерігаються в організації медичного забезпечення школярів – протягом навчальних років зменшується відсоток дітей з гармонічним фізичним розвитком, зростає кількість дітей з хронічними захворюваннями (з 22,5 до 40,4%) та виявляються низькі показники функціональних і адаптаційних можливостей. Понад 25% школярів відносились до групи часто хворюючих, знижену працездатність мали від 22,8 до 56,1% учнів.

На мій погляд, така ситуація зі здоров'ям дітей великою мірою залежить від багатьох недовиконаних організаційних заходів.

Враховуючи те, що спостерігається значний відсоток ускладнених пологів, зростання перинатальної захворюваності новонароджених, необхідно розробити програму з проблем перинатальної медицини. Поряд з цим слід вирішити цілий ряд наступних заходів: терміново переглянути організацію профілактичної роботи медичних установ; посилити увагу до проведення реабілітації хворих дітей; створити школи передового досвіду; підвищити роль головних спеціалістів МОЗ і обласних управлінь з питань впровадження в практику медичних установ наукових пропозицій; активізувати роботу з населенням щодо збереження здоров'я дітей; особливу увагу приділити реорганізації дошкільно-шкільної медицини, розробити нові підходи до проведення диспансеризації дітей з залученням до цієї справи працівників освіти і батьків – таке об'єднання та оснащення навчальних закладів фізіотерапевтичною апаратурою центру «Медінтех» дало можливість проводити профілактично-оздоровчі заходи для дітей в умовах школи.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ АЛЕРГІЧНИХ ХВОРОБ У ПІДЛІТКІВ М. ЗАПОРІЖЖЯ

С.М. НЕДЕЛЬСЬКА, Ю.С. ТОЛМАЧОВА, О.А. ЖАВНЕРЕНКО

Запорізький державний медичний університет

Епідеміологічні дослідження у різних регіонах світу реєструють стрімке зростання алергічних захворювань. Рослинна алергія (поліноз) зустрічається в регіонах з опадною листвою, сухим та жарким кліматом.

Поширеність полінозу серед дітей коливається від 5 до 34%. Екологічні чинники, географічні умови м. Запоріжжя суттєво впливають на підвищений ріст рослинної алергії.

Поліноз, найчастіше, клінічно проявляється алергічним ринітом, кон'юнктивітом та бронхіальною астмою.

Метою нашого дослідження було раннє виявлення дітей із сенсibilізацією до пилку рос-

лин з одночасним виявленням пилкової навантаженості.

Для вивчення впливу різноманітних факторів на виникнення і перебіг БА проведено епідеміологічне дослідження 4556 дітей декретованого віку (13–14 років) з використанням спеціальної анкети-опитника. Респондентами було повернено 3349 анкет.

Аналіз клінічних спостережень дозволив зробити низку висновків щодо поширеності, етіології та особливостей перебігу БА в сучасних умовах м. Запоріжжя. Показано, що БА в структурі алергічних захворювань у дітей посідає друге місце, поступаючись пріоритетом лише перед алергічним ринітом. За результатами епідеміологічних досліджень, БА складає 31 на 1000 дітей, алергічний риніт – 51,9 на 1000, а atopічний дерматит – 19,1 на 1000 дитячого населення. У 2005 році 25,83% дітей мали сенсibiliзацію до пилкових алергенів, а за останні 5 років цей показник складає 40%, серед них 72% мають сенсibiliзацію до амброзії.

Подальші перспективи: на підставі виявлених змін розробити способи лікування та профілактики загострень полінозів.

НАЦІОНАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ – ВАЖЛИВИЙ КРОК ВІТЧИЗНЯНОЇ ПЕДІАТРІЇ

З.В. НЕСТЕРЕНКО

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

В кінці ХХ – початку ХХІ століття відмічено зміну клінічного перебігу захворювань з одночасним ураженням декількох органів і систем у дітей з ознаками дисплазії сполучної тканини (ДСТ), раннє формування ускладнень, загрозливих для життя станів, а також високу частоту в популяції зовнішніх ознак ДСТ у осіб молодого віку, що викликає необхідність вивчення цього феномена.

Мета роботи: аналіз даних літератури з вивчення особливостей прояву ДСТ в педіатричній практиці.

Використовували опубліковані у пресі дані за останнє десятиліття з вивчення проблеми ДСТ.

Приспосовання людства до умов існування, що змінилися на тлі науково-технічного прогресу, сталося з участю сполучної тканини, що складає більше половини маси тіла людини і є універсальним і гетерогенним активним фізіологічним середовищем. «Повсюдність» сполучної тканини визначила і поліморфність проявів, які супроводжують ці зміни, які мають спадкову основу. Генетично зумовлені дефекти різних компонентів сполучної тканини призводять до зниження її стабільності, стійкості, міцності, зниження функції і формування клінічних про-

явів. Численні дослідження дозволили визначити ДСТ як полігенний мультифакторіальний стан, що проявляється зовнішніми і внутрішніми фенотиповими ознаками і клінічно значущими диспластикозалежними порушеннями функцій органів і систем з прогресивним перебігом. Найчастіше при ДСТ уражаються: кістково-суглобова система, шкірно-м'язова, серцево-судинна, гастроінтестинальна, бронхолегенева, а також сечовидільна, репродуктивна система. У пацієнтів із втягненням одночасно 4–5 і більше систем захворювання протікають тяжче, з раннім формуванням ускладнень. Фенотипові ознаки ДСТ можуть бути відсутніми при народженні, або мати незначну вираженість, з подальшим збільшенням їх числа і наростанням міри вираженості прогресивно, з одночасним накопиченням генетичних дефектів в загальному генофонді. Має бути ретельне вивчення феномена ДСТ, ролі цього явища в патоморфозі хвороб дитячого віку.

Отже, в кінці ХХ – початку ХХІ століття відмічено високу частоту в популяції проявів ДСТ у дітей, зміну клінічних симптомів хвороб і почастішання виникнення загрозливих для життя станів. Найчастіше уражається кістково-суглобова система, шкірно-м'язова, серцево-судинна, гастроінтестинальна й бронхолегенева системи. У пацієнтів із втягненням одночасно 4–5 і більше систем органів захворювання протікають тяжче, з раннім формуванням ускладнень. Міра вираженості ознак ДСТ наростає з віком прогресивно з накопиченням генетичних дефектів в людській популяції. Необхідне подальше проведення досліджень з вивчення цього феномена із створенням Національних рекомендацій з діагностики та лікування ДСТ.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Т.В. НЕСТЕРОВА

Луганский государственный медицинский университет

Дефекты речи являются распространенным нарушением здоровья детей. Частота речевых нарушений среди дошкольников и школьников составляет от 20,7 до 52,0%.

Нарушения речи в той или иной степени влияют на различные стороны жизни ребенка, отражаются на его деятельности, поведении, на физиологических функциях детского организма. У детей с дефектами речи чаще диагностируются отклонения в физическом развитии, преимущественно за счет дефицита массы и длины тела, а также задержка моторного развития и созревания биоэлектрической активности головного мозга.

Целью нашего исследования было изучение резистентности к респираторным заболеваниям детей с речевой патологией. Нами было обследовано 92 ребенка с задержкой речевого развития (основная группа) и 66 детей с хорошо сформированной речью (контрольная группа).

Степень резистентности наблюдаемых детей определялась по кратности острых респираторных заболеваний, перенесенных ими в течение года наблюдения. Высокой считалась резистентность при наличии не более 1-го острого заболевания в году, протекающего без осложнений и не длительного (не более 14 дней), средней – 2–3 острых заболевания в течение года, сниженной – 4–7 острых заболеваний за год, резко сниженной – более 8 острых заболеваний в год.

При изучении резистентности было выявлено, что 13 (19,7%) детей контрольной группы обладали высокой резистентностью. В основной группе этот показатель оказался достоверно меньше и составил 7 (7,6%) детей ($J = 1,51$; $ПК = -1,52$). Средняя резистентность отмечалась у 29 (31,5%) детей основной группы и у 30 (45,5%) детей группы контроля ($J = 1,51$, $ПК = 1,82$). Сниженной резистентностью обладали 18 (27,3%) детей с соответствующим речевым развитием и 36 (39,1%) детей с дефектами речи. Резко сниженная резистентность была выявлена в основной группе у 20 (21,7%) человек, в то время как в группе контроля она составила 5 (7,6%).

Мы определили исходный уровень резистентности детей наблюдаемых групп – количество перенесенных ими заболеваний в течение первого года жизни. Оказалось, что уровень резистентности у детей основной и контрольной групп на первом году жизни был практически одинаковым ($J = 0,05$).

Высокая резистентность отмечалась у 8 (8,7%) детей основной группы и у 6 (9,1%) детей группы контроля, средняя – у 67 (72,8%) и 48 (72,7%) соответственно, сниженная – у 17 (18,4%) и 12 (18,2%) детей. То есть, с возрастом у детей с дефектами речи резистентность стала ниже, чем у детей без речевой патологии, что, по нашему мнению, связано с отрицательным воздействием комплекса постнатальных факторов и, как следствие, реализацией пренатальных и антенатальных факторов риска у детей с речевыми нарушениями.

Таким образом, нами было выявлено, что у детей с дефектами речи достоверно реже, чем у детей без речевой патологии, отмечается средний уровень резистентности организма (31,5 и 45,5% соответственно; $J = 1,51$, $ПК = -1,82$), реже – высокий уровень резистентности (7,6 и 19,7% соответственно; $J = 1,51$, $ПК = -1,52$), что свидетельствует о снижении резервных возможностей организма, подверженности частым заболеваниям, и, следовательно, требует повышенного внимания со стороны медицинских работников и педагогов.

ОСОБЛИВОСТІ ВИГОДОВУВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ ТА ВЗАЄМОДІЯ ПАРИ «МАТИ-ДИТИНА»

Ю.М. НЕЧИТАЙЛО, І.С. СЕМАНЬ-МІНЬКО

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Процес грудного вигодовування – це взаємодія пари «мати-дитина». Природне вигодовування є оптимальним харчуванням для новонародженого, біологічною та емоційною основою розвитку немовляти, а також одним із важливих факторів зміцнення здоров'я матері. Все ж, практика грудного вигодовування дітей і розуміння переваг, які пов'язані саме з таким типом харчування, не є достатньо розповсюдженими. При теоретично можливому рівні близько 80%, реально природне вигодовування практикується тільки у половини таких пар. За даними опитування, батьки, які мають принаймні одну дитину у віці до трьох років без природжених вад розвитку, вважають, що штучне вигодовування є не гіршим за грудне. Батьки, переконані в цьому, необґрунтовано рано переводять дітей на штучне вигодовування – за нашими даними в середньому природне вигодовування триває 4,5 місяця.

В нашій роботі ми проаналізували особливості організації грудного вигодовування пари «мати-дитина». Під спостереженням було 27 дітей, особливості харчування та сну яких ми простежували від першого до шостого місяця життя. Щодо процентного співвідношення тривалості вигодовування, то на момент виписки з полового будинку 96,2% дітей були на грудному вигодовуванні, в 3 місяці – 66,7%, в 6 місяців – 44,4%. У матерів немає чіткої впевненості у необхідності грудного вигодовування, його легко завершують у разі незначних труднощів. Існує цілий ряд факторів ризику переведення дитини на штучне вигодовування. Склад цих факторів змінюється з часом, частина їх пов'язана з грошовими виплатами на дітей, які полегшують перехід на штучне вигодовування сумішами. Встановлення цих факторів та оптимізація роботи з матерями є невирішеним питанням і вимагає дослідження. Середня тривалість сну впродовж доби у обстежених дітей віком 1 місяць склала 16,4 години на добу, в 2 місяці – 15,8 год, в 6 місяців – 15,2 год. Тривалість безперервного нічного сну в віці одного місяця склала 7,4 год, але у 7и дітей він тривав не більше 4 год, у 6 місяців середня тривалість нічного сну склала 10,6 години. Середня тривалість нічного та денного сну матері в 3 та 6 місяців була майже однаковою (8,5 та 8,7 год). Найвність скарг у матері на порушення якості сну та самопочуття не мало достовірної кореляції із частотою денних годувань, але негативно корелювало із тривалістю нічного сну дитини. Перехід на змішане чи штучне вигодовування частіше був у дітей з малою тривалістю безперервного нічного сну (OR

= 4,37), він також зворотно корелював із віком матері та кількістю дітей у сім'ї.

Виходячи з наведеного, ми намагалися сприяти якості грудного вигодовування на основі оптимізації спільного режиму матері та дитини за рахунок виявлення факторів ризику його погіршення та їх усунення. Незважаючи на загальновідомість питання, нами проаналізовано психосоціальні аспекти не окремих суб'єктів, а пари «мати-дитина», та вивчено фактори ризику відмови від грудного вигодовування, пов'язані із фізіологічним функціонуванням і матері, і дитини. Наша робота вказує на суттєву роль психологічних материнських факторів у тривалості грудного вигодовування дитини.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ПІДЛІТКОВОГО ТЮТЮНОПАЛІННЯ

В.А. ОГНЄВ, Л.І. ЧУМАК, Н.М. ФЕДАК

Харківський національний медичний університет

Паління цигарок та пасивне паління – одна з найголовніших причин захворювання та смертності у світі. Заклики до курців відмовитись від тютюнопаління мають низьку результативність і лише 2–3% регулярних курців можуть самостійно відмовитись від цієї звички. Зараз відомо, що більшість курців почали палити до 18 років, роблячи перші спроби у 12–14 років. Такий ранній початок тютюнопаління підвищує кількість цигарок, які людина випалює у дорослому віці. Залежність, неспроможність кинути палити призводить до того, що поступово збільшується кількість курців. У зв'язку з цим необхідними є програми профілактики початку паління, які повинні розпочинатися вже у дитинстві та підлітковому віці.

Мета дослідження: вивчення певних аспектів проблеми підліткового тютюнопаління.

Під нашим спостереженням були діти віком від 15 до 18 років. Інформацію отримували шляхом анонімного анкетування. У дослідженні брали участь 112 школярів старших класів Харківської гімназії № 131. При обробці матеріалу використовували математико-статистичні методи.

За результатами дослідження встановлено, що активними курцями є 38% школярів, некурцями – 62%. Кількість хлопців та дівчат, які палять на момент опитування, була приблизно однаковою – 51 та 49% відповідно. На питання до курців щодо початку паління 35% школярів вказали, що вони почали палити до 14 років. При цьому щоденна кількість сигарет становить у 65% опитаних 10 штук та менше, у 33% опитаних – 11–20 штук та 2% випалюють приблизно 30 штук цигарок. До некурців ставилось запитання, чи палили вони коли-небудь, і 57% підлітків дали позитивну відпо-

відь. Незалежно від наявності поганої звички і 72% курців і 75% некурців мають улюблені шкільні предмети, що говорить про їх зацікавленість навчанням, яку можна використовувати для позитивного світогляду підлітка. Виявлено цікаву особливість щодо рівня успішності у школі. Середній бал 5–7 мають 61±7,4% курців та 26±5,2% некурців, а середній бал 7–10 – 35±6,6 та 67±6,0% курців та некурців відповідно ($p \leq 0,05$). Взаємовідносини з однолітками жоден з опитаних не визначив як конфліктні. Доброзичливі та нейтральні були зазначені приблизно однаковою мірою і курцями і некурцями. А от напружені взаємовідносини більш притаманні для курців (13,9±5,2%), ніж для некурців (2,9±2,0%; $p \leq 0,05$). Крім того, дитина-курець впевнена, що паління не є причиною появи хронічних захворювань у майбутньому (так вважають 67% опитаних курців), тоді як некурці вважають, що паління може бути причиною появи хронічних захворювань (83% опитаних некурців таким чином відповіли на поставлене запитання). Ця різниця статистично достовірна.

Отримані дані можуть свідчити про кращу обізнаність щодо впливу паління на стан здоров'я в групі некурців та занепокоєння своїм здоров'ям і недостатню обізнаність та легковажне відношення до свого здоров'я підлітків – курців.

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ЕКОЗАЛЕЖНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ДІТЕЙ

Ю.В. ОДИНЕЦЬ, В.О. ГОЛОВАЧОВА

Харківський національний медичний університет

Екозалежна нефропатія – це вторинна нефропатія, яка розвивається під впливом несприятливих факторів зовнішнього середовища.

Мета роботи: удосконалити діагностику екозалежної нефропатії у дітей на етапах її маніфестації. Завдання дослідження: розробити алгоритм діагностики екозалежної нефропатії у дітей за допомогою вивчення клініко-анамнестичних та лабораторних ознак.

Нами обстежено 187 дітей, хворих на різні ураження нирок, з них 53 дитини, які постійно мешкають в районах з низьким рівнем забруднення довкілля, та 134 хворих, які мешкають в районах з високим рівнем забруднення довкілля. Обстеження макро- та мікроелементів у сироватці крові та волоссі проведено з використанням атомно-абсорбційного спектрофотометра «Сатурн». Рівень глікозаміногліканів сечі визначали за методом П.Н. Шараєва.

Для розробки діагностичних критеріїв, за допомогою яких можна проводити диференціальну діагностику нефропатії та екозалежної нефропатії, застосовували неоднорідну послідовну процедуру

Вальда-Генкіна. Відповідно до цієї процедури клініко-анамнестичні та лабораторні ознаки розподілено на діапазони, порівняно їх частоту в обох групах хворих, визначено діагностичні коефіцієнти та інформативність ознак. Діагностичну цінність становили показники, інформативність яких перевищувала 0,30 ($I \geq 0,30$), при цьому показник виявляв дуже високу диференціально-діагностичну значущість, якщо $I \geq 3,0$, високу – $1,0 \leq I \leq 3,0$, середню – $0,50 \leq I \leq 0,99$ та низьку – $0,30 \leq I \leq 0,49$.

В результаті дослідження діагностичну цінність становили наступні показники (у порядку їх інформативної значущості): множинні стигми дизембріогенезу, обтяжена спадковість за патологією нирок, природжена патологія сечовивідної системи, мідь крові, цинк крові, свинець волосся, нікель волосся, цинк волосся, глікозаміноглікани сечі, натрій крові, марганець волосся, залізо крові, кальцій крові.

Діагностику екозалежної нефропатії проводили шляхом простого математичного підсумування діагностичних коефіцієнтів за наявності або відсутності даних ознак, доки сума на досягає діагностичного порогу, який при надійності 95% становить $\pm 13,0$. Якщо сума діагностичних коефіцієнтів досягає значення $+13,0$ та більше, то діагностують нефропатію, а якщо $-13,0$ та менше, – екозалежну нефропатію.

Отримані дані свідчать про високу діагностичну надійність розробленого нами методу діагностики, що дозволяє рекомендувати його для практичного використання.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІЄЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ

Ю.В. ОДИНЕЦЬ, Ю.С. ТРИНДЮК, Т.В. ХАРЧЕНКО

Харківській національний медичний університет.
КЗОЗ «Харківська міська клінічна дитяча лікарня № 16»

Актуальність проблеми пієлонефриту (ПН) зумовлена його високою поширеністю серед дітей, великою варіабельністю клінічної картини захворювання, частішими латентними формами, схильністю до рецидивів, а також рідкісним настанням повного одужання. Певну роль у тяжкості перебігу та прогресуванні захворювань нирок відіграють структурно-функціональні порушення клітинних мембран. В структурі та функціонуванні мембран велике значення мають фосфоліпіди (ФЛ), які є обов'язковими компонентами плазматичних мембран клітин та клітинних органел.

Мета роботи – удосконалення діагностики прогресування та формування хронічних ПН у дітей на підставі поглибленого клініко-лабораторного вивчення спектру ФЛ сироватки крові.

Проведено комплексне обстеження 70 дітей віком від 1 до 18 років, хворих на ПН без пору-

шення функції нирок, які знаходились на лікуванні в нефрологічному відділенні МКДЛ № 16 м. Харкова. Верифікацію діагнозу проводили на підставі поглибленого клініко-лабораторного та інструментального обстеження згідно з відповідним протоколом (наказ МОЗ України № 627 від 03.11.2008 р.). Контрольну групу склали 20 здорових дітей аналогічного віку. Визначення в сироватці крові спектру ФЛ (фосфатидилхоліну (ФХ), фосфатидилсерину (ФС), фосфатидилетаноламіну (ФЕА), фосфатидиліназитолу (ФІ), лізофосфатидилхоліну (ЛФХ), сфінгом'єліну (СФМ)) проводили методом тонкошарової хроматографії.

При вивченні фосфоліпідного складу сироватки крові звертає на себе увагу односпрямованість змін показників у дітей, хворих на гострий чи хронічний ПН. Так, в активній фазі гострого ПН та в періоді загострення хронічного ПН, як необструктивного, так і обструктивного, в сироватці крові відмічено достовірне ($p \leq 0,05$) підвищення всіх фракцій ФЛ порівняно з контролем. Слід зауважити, що в неактивній фазі гострого ПН в сироватці крові рівні ФЛ (окрім рівня СФМ) дещо зменшувалися, але все ж таки перевищували показники здорових дітей, що свідчить про напруження процесів перекисного окислення ліпідів і в даній фазі. В період ремісії необструктивного і обструктивного хронічного ПН суттєвих змін рівнів ФЛ всіх фракцій щодо показників дітей з загостренням хронічного ПН та контрольної групи не виявлено. Проведений кореляційний аналіз дозволив виявити наявність позитивних зв'язків ($p \leq 0,05$) між показниками спектру ФЛ сироватки крові, що зумовлює їх здатність до взаємоперетворення та свідчить про адаптаційну відповідь організму.

Таким чином, зміни фосфоліпідного спектру сироватки крові у дітей, хворих на ПН, можуть свідчити про виражені структурно-функціональні, мембранопатологічні зміни тубулярного і гломерулярного апаратів паренхіми нирок, що в подальшому призводять до нефросклерозу.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

В.С. ОЛІЙНИК

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Патологія органів дихання займає одне з провідних місць в загальній структурі захворюваності дитячого населення. Актуальність даної проблеми, на жаль, не зменшується, незважаючи на численні наукові розробки в цьому напрямі.

Метою нашого дослідження було вивчення стану основних показників імунологічного ста-

тусу дітей першого року життя, хворих на негоспітальну пневмонію.

Для вирішення поставленої мети проведено визначення імунологічних показників у 57 дітей віком від 1 місяця до 1 року. Всіх хворих було розподілено на дві групи залежно від тяжкості перебігу негоспітальної пневмонії. До першої групи ввійшли 20 дітей із середньотяжким перебігом захворювання, до другої – 12 дітей з тяжким перебігом пневмонії. Контрольну групу складала 27 умовно здорових дітей відповідного віку.

Стан імунної системи у хворих з негоспітальною пневмонією оцінювали за показниками клітинного та гуморального імунітету.

При обробці отриманих результатів дослідження було виявлено наступне: розвиток значної Т-лімфопенії у сироватці крові в гострому періоді захворювання ($50,55 \pm 1,03$, в контрольній групі $63,9 \pm 3,31\%$; $p < 0,001$), зменшення відносної кількості лімфоцитів ($41,09 \pm 1,35$ порівняно з контрольною групою $52,5 \pm 5,66\%$; $p > 0,05$) та концентрації Т-хелперів ($33,35 \pm 0,95$ порівняно з $38,5 \pm 0,66\%$; $p < 0,001$), підвищення вмісту CD22+ ($26,25 \pm 0,9$ порівняно з $20,9 \pm 0,5\%$; $p < 0,001$), CD16+ ($17,82 \pm 0,51$ порівняно з $13,20 \pm 0,32\%$, $p < 0,001$) та Т-супресорів ($25,27 \pm 0,85$ порівняно з $20,50 \pm 0,32\%$; $p < 0,001$). Також у хворих з негоспітальною пневмонією спостерігалось зростання в сироватці крові вмісту IgM до $1,22-0,10$ г/л порівняно з контрольною групою ($0,55-0,16$ г/л; $p < 0,01$). У дітей з тяжким ступенем захворювання, порівняно з хворими з середньотяжким перебігом пневмонії, показники Т-лімфоцитів ($48,27 \pm 1,65$ та $52,1 \pm 1,65\%$ відповідно, $p < 0,05$) та Т-хелперів були значно зниженими ($29,77 \pm 1,20$ та $34,5 \pm 1,21\%$ відповідно, $p < 0,01$). Рівень Т-супресорів збільшувався при тяжкому перебігу негоспітальних пневмоній та складав $29,01 \pm 2,29\%$, а при середньотяжкому – $23,6 \pm 0,59\%$ ($p < 0,05$). Значення CD16+ та CD22+ складала $19,60 \pm 0,89$ та $17,60 \pm 0,55\%$ ($p < 0,05$), відповідно, й $23,29 \pm 0,39$ та $28,20 \pm 1,25\%$ ($p < 0,05$). Також було встановлено достовірне підвищення концентрації IgG та IgA у дітей з тяжким перебігом ($8,41 \pm 0,5$ г/л, $p < 0,05$ та $0,75 \pm 0,10$ г/л; $p < 0,05$ відповідно) порівняно з середнім ступенем тяжкості ($7,04 \pm 0,27$ та $0,48 \pm 0,005$ г/л, відповідно).

Отже, в гострому періоді негоспітальної пневмонії у дітей на першому році життя виявляється значна дисфункція імунної системи, яка проявляється зміною співвідношення показників клітинного та гуморального імунітету (зменшення відносної кількості лімфоцитів, Т-лімфопенія, зменшення концентрації Т-хелперів та підвищення вмісту В-лімфоцитів, CD16+ та Т-супресорів, рівня IgM); при аналізі змін імунограм у дітей першого року життя встановлено чітку залежність від ступеня тяжкості перебігу негоспітальної пневмонії. При цьому відмічались сутте-

ві зміни в клітинній ланці імунітету, особливо CD3+ CD4+ CD8+-лімфоцитів, гуморальній – IgG та IgA у дітей з тяжкою формою захворювання, порівняно з середньотяжкою.

ЦЕЛІАКІЯ: ЧИ ПОКАЗАНА ІНВАЛІДНІСТЬ?

Л.Л. ОЛЕКСЕНКО, Г.В. ДОСІКОВА, Е.М. МЕЛЬЦЕВА,
А.В. ЛУЗІН

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

Целиакія – хронічне довічне захворювання травного каналу, що вражає переважно тонку кишку, в генетично схильних осіб у відповідь на контакт з основним білком злаків – глютенном. Тривалий час вважалося, що целиакія є рідкісним захворюванням і зустрічається та діагностується в дитячому віці. Але досягнення останніх десятиліть дозволили по-іншому поглянути на дану патологію, встановити різні форми захворювання, а також довести, що целиакія може виявитися в будь-якому віці.

Нові діагностичні можливості, що з'явилися останніми роками, дозволили нам виявити серед дітей Автономної Республіки Крим 22 дитини з діагнозом целиакії.

Відповідно до наказу МОЗ України, Міністерства праці і соціальної політики України, Міністерства фінансів України від 08.11.2001 р. № 454/471/516 «Про затвердження Переліку медичних свідчень, які дають право на здобуття державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років», дітям з целиакією може бути призначена інвалідність строком на 2 роки за наявності у них синдрому мальабсорбції, відставання у фізичному розвитку та анемії I–II ступеня. Але через два роки, за умови знаходження дитини на строгой безглютеновій дієті, стан дитини нормалізується, зникають симптоми захворювання, що дозволили отримати інвалідність, і тому продовження інвалідності стає неможливим.

Будь-який лікар знає, що лікування целиакії зводиться до призначення безглютенової дієти довічно. Здавалося б, що простіше? Але, насправді, придбання практично будь-якого продукту в торгівельній мережі (йогурт, сир, кефір і ін.) несе в собі небезпеку вживання продуктів з прихованим вмістом глютену. Крім того, будь-яке дитя просить і хліб, і печиво, і цукерки. Продукти ж з гарантованою відсутністю глютену коштують дорого. Тому там, де батьки не можуть дозволити собі (через матеріальну скруту) придбати таких продуктів, у дітей знов виникає загострення захворювання.

Закономірно виникає питання: чи потребує державної соціальної допомоги дитина, яка має довічне захворювання травної системи і потребує дорогих продуктів харчування? Дане пи-

тання могло б стати предметом обговорення на VII Конгресі педіатрів України.

МАРКЕРИ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ УРАЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ У ДІТЕЙ

Л.І. ОМЕЛЬЧЕНКО, Н.І. ГОНЧАРЕНКО, В.Б. НИКОЛАЄНКО,
І.В. ДУДКА, О.А. ОШЛЯНСЬКА

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології
НАМН України»

Ураження серцево-судинної системи (ССС) у дітей з ревматичними хворобами (РХ) розвиваються, в першу чергу, внаслідок аутоімунної за своєю природою системної дезорганізації сполучної тканини і, за нашими спостереженнями, мають субклінічний перебіг у більшості хворих, лише у 23% пацієнтів діагностуються такі ускладнення, як вторинна кардіоміопатія, артеріальна гіпертензія, серцеві аритмії. В той же час, загально визнано, що профілактика серцево-судинних ускладнень РХ, в тому числі й атеросклеротичних уражень, повинна починатись ще в дитячому віці, що робить актуальним пошук інформативних маркерів підвищеного ризику кардіологічних ускладнень при РХ у дітей.

Проведено обстеження 60 дітей віком від 6 до 15 років, з них: 30 дітей, хворих на ревматоїдний артрит (РА), та 30 дітей групи контролю. У більшості хворих на РА (66,7%) виявлено порушення реактивності судин середнього калібру з превалюванням гіпоергічного типу реакції (36,7%). Оцінка результатів кореляційного аналізу дозволила визначити зв'язок між показниками кровообігу на рівні середніх судин та лабораторними показниками факторів запалення, а саме: С-реактивний білок (СРБ), циркулюючі імунні комплекси (ЦІК). Виявлено пряму кореляційну залежність між величиною ЦІК і вихідним діаметром артерії (Двих.). Пацієнти з позитивними показниками СРБ мали достовірно більший Двих. та менший Δd .

У 13% хворих дітей з високою активністю РА виявлено зниження вмісту сумарних нітратів та нітритів NOx в крові. Гіпопродукція NO та його метаболітів може зумовлювати підвищення судинного тону та прискорення проліферації гладком'язових клітин судин і тим самим сприяти прогресуванню судинних уражень.

Вивчення показників ліпідного обміну у дітей, хворих на РА, показало, що зміни метаболізму ліпідів сироватки крові при всіх формах ЮРА в активному періоді захворювання визначалися у більшості дітей (70%) і проявлялися підвищенням вмісту загальних ліпідів за рахунок загального холестерину при зменшенні концентрації сумарних фосфоліпідів (ФЛ) ($p < 0,05$). Виявлено достовірне підвищення у 1,7 разу вмісту фосфатиділетаноламіну

(ФЕА) в сироватці крові. У хворих з суглобово-вісцеральною формою помірного та високого ступеня активності був збільшеним сумарний вміст лізоформ ФЛ, які становили в середньому 30% від загальної кількості індивідуальних ФЛ. Визначено прямий кореляційний зв'язок між показником сумарного вмісту в сироватці крові лізоформ фосфоліпідів і ШОЕ.

У значній частини хворих на РА дітей виявлено прояви ендотеліальної дисфункції та порушення ліпідного обміну, вираженість яких корелює з формою та активністю захворювання. Визначення змін показників ліпідограми, вмісту сумарних нітратів та нітритів NOx, а також обстеження хворих на РА дітей за допомогою неінвазивного ехографічного дослідження судинної системи можуть сприяти ранньому виявленню та своєчасній корекції факторів підвищеного ризику серцево-судинних ускладнень ще в дитячому віці.

ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙМАННЯ СИТУАЦІЇ ХВОРОБИ БАТЬКАМИ ДІТЕЙ, ЯКІ ХВОРІЮТЬ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

А.П. ОСАДЧА, О.В. АНОПРІЄНКО

Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», м. Київ

У зв'язку із зростанням рівня захворюваності на цукровий діабет 1 типу (ЦД 1) з тенденцією до збільшення дебютів у ранньому віці (до 6 років), гостро постає проблема комплексної адаптації та соціалізації дітей та членів родин, кінцева мета якої – формування адекватного відношення до хвороби у всіх учасників процесу.

Мета роботи: дослідити особливості сприймання ситуації хвороби батьками дітей, які хворіють на ЦД 1.

Проведено анкетування 25 батьків дітей віком 1,5–14 років, хворих на ЦД 1: 1 група – стаж ЦД 1 до 1 року (12 респ.); 2 група – більше року (13 респ.). Вектори анкетування: психосоціальна ситуація в родині; наявність стрес-факторів у житті дитини в період дебюту хвороби; відношення до хвороби та її сприйняття; роль медичного персоналу в процесі адаптації; перспективи життя дитини з ЦД 1.

У 1-ій групі в 24,9% батьків було відмічено стрес-фактори, що передували дебюту захворювання, причому у 66% йдеться про так звані «медичні міфи»: фактори, вплив яких на виникнення ЦД 1 не доведено доказово (вакцинація, стрімкі пологи у матері). В 2-ій групі 53,9% батьків відмітили наявність стрес-факторів, що передували дебюту хвороби. Якісно стрес-фактори можуть бути проінтерпретовані як високо- та середньоінтенсивні (смерть близької людини, часті сварки в родині, хвороба або травма самої дитини). У розумінні принципів дієтотерапії в обох групах 40% батьків мають складнощі у розумінні. Про складнощі

в розумінні принципів інсулінотерапії говорять 16,6% із 1-ої групи та 30,7% із 2-ої групи. Причини результатів з обох питань, на наш погляд, подібні: у 1-ій групі скоріше йдеться про малий ступінь володіння інформацією та малий досвід життя з ЦД 1; в 2-ій групі – про те, що батьки мають певний багаж життєвих ситуацій, а також діти, які тривало хворіють, перебирають на себе управління власною хворобою. Про прийняття хвороби респондентами 2-ої групи можна говорити у 25%, 1-ої групи – лише 8% прийняли хворобу. Співучасть та підтримку медичного персоналу, власну готовність брати активну участь у лікуванні дитини більшість батьків оцінили як високу. Батьки 1-ої групи не бачать перепони майбутньому у зв'язку із діабетом – 58,1% випадків, в той час у 2-ій групі цей показник становить 7,7%.

Анкетування свідчить про те, що прийняття хвороби в обох групах знаходиться на низькому рівні; адаптація до хвороби не відбувається ефективно; часто факт хвороби супроводжується наявністю стійких «медичних міфів». З метою покращення вищезазначених показників необхідні: засоби популяризації знань громадськості про ЦД 1 як засіб первинної профілактики порушень адаптації у разі виникнення хвороби; впровадження систематичного психологічного супроводу на всіх етапах адаптації та сприйняття хвороби. На нашу думку, такі заходи можуть мати позитивний вплив в тому числі на клінічний перебіг ЦД 1 через зменшення ризику заперечення хвороби дитиною та батьками і, як наслідок, профілакувати низький рівень контролю глюкози крові.

ТРУДНОЦІ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ

Л.М. ОСИЧНЮК, В.А. РЕЩІКОВ, Ю.Г. ГОНЧАРЕНКО

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Труднощі клінічної діагностики інфекційного мононуклеозу (ІМН) пов'язані з поліморфізмом його проявів, наявністю субклінічних і стертих форм. А також з тим, що до цього часу лабораторна діагностика у медичних закладах первинної ланки охорони здоров'я базується на виявленні атипівних мононуклеарів і гетерофільних антитіл в сироватці крові, що дозволяє виявити захворювання не більше ніж у 70% випадків. За даними різних авторів частота діагностичних помилок на догоспітальному етапі складає 30–90%. Схожість клінічних ознак викликає необхідність диференціювати ІМН з ГРВІ, ангіною, гострим лейкозом, лімфогранулематозом, вірусним гепатитом та ін.

Мета дослідження: продемонструвати на клінічних прикладах складність діагностики інфекційного мононуклеозу.

Матеріали і методи: журнал обліку результатів клінічного аналізу крові лабораторії міської дитячої лікарні № 3 м. Луганськ за 2009–2010 роки, амбулаторні карти розвитку дитини.

Обстежено на наявність атипівних мононуклеарів 39 дітей віком 5–11 років, 19 хлопчиків і 20 дівчаток, які направлені на обстеження дільничними педіатрами. Діагноз ІМН підтверджено у 9 дітей, 5 хлопчиків (віком 5–8 років) і 4 дівчаток (віком 5–7 років). У всіх дітей захворювання починалось як гостра респіраторна інфекція, перебігало з тривалою лихоманкою, нетипово, не піддавалось загальноприйнятному лікуванню. У всіх дітей спостерігалось підвищення температури тіла до фебрильних цифр і неспецифічні симптоми інтоксикації, у 3 лимфаденопатія була з перших днів захворювання, у решти – з 10–12 дня, у 7 дітей відмічалась гепатомегалія з 13–15 дня, у 2 – з 20–21, іктеричність склер була у 5 дітей з 9–11 дня. Спленомегалії не було в жодної дитини. Діагноз ІМН був запідозрено у 8 дітей, коли збільшилась печінка, тоді ж вони були направлені на аналіз крові на атипівні мононуклеари, який підтвердив діагноз. Атипівні мононуклеари знаходили тривалий час: протягом 83–91 дня від початку захворювання у 5 дітей, 118–125 днів у 3 дітей, 146 днів у однієї дитини. Також у всіх дітей відмічався лейкоцитоз від $16,9 \times 10^9$ до $24,4 \times 10^9$, який був лише за наявності атипівних мононуклеарів, лімфоцитоз і моноцитоз. Специфічну діагностику було проведено лише у трьох дітей: сироватковий ІgG до VCA-антигенів був позитивним у двох дітей, методом ПЛР виявлено вірусну ДНК у всіх дітей.

Звертає на себе увагу пізня діагностика захворювання у дівчинки 5 років, у якій спостерігались біль в горлі при ковтанні з 9 дня захворювання, тонзиліт і збільшення передньопищійних лімфовузлів з 10 дня, гепатомегалія з 20. Незважаючи на виражену клінічну картину, обстеження на атипівні мононуклеари було проведено лише на 39 день захворювання. Атипівних мононуклеарів було 8%, спостерігались вони 146 днів.

Діти отримували противірусну, симптоматичну, загальнозміцнюючу терапію.

У решти 30 дітей атипівні мононуклеари виявлено не були. У цих дітей підозрювався діагноз ІМН з урахуванням клінічних ознак, а саме: збільшення лімфовузлів підщелепних до 3–4 см діаметром (у 18 дітей) та шийних до 4–5 см (у 21 дитини), біль в горлі при ковтанні (у 14 дітей). В подальшому 24 дітям встановлено заключний діагноз гострого респіраторного захворювання і 6 – ангіни.

Таким чином, інфекційний мононуклеоз є складним у діагностиці захворюванням, вимагає більшої уваги, необхідно широко використовувати вірусологічні і серологічні методи дослідження для проведення диференціальної діагностики.

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ З ЙОДОДЕФІЦИТОМ

Б.М. ПАВЛИКІВСЬКА, А.П. ЮРЦЕВА, В.Б. ТЕСЛЮК,
Н.С. КОСТИШИН

Івано-Франківський національний медичний університет

Стан вегетативної нервової системи (ВНС) є чутливим показником адаптаційних резервів організму. Аналіз варіабельності серцевого ритму (ВСР) на сьогодні вважається одним з найбільш інформативних діагностичних методів для оцінки стану ВНС. Порушення ВСР спостерігаються при патології щитовидної залози, особливо в умовах йододефіциту.

Метою нашої роботи було вивчення стану вегетативного гомеостазу у дітей з йододефіцитом. Обстежено 50 школярів віком від 12 до 16 років з йододефіцитом (основна група) та 27 дітей відповідного віку, у яких на момент обстеження не було виявлено ознак йододефіциту (контрольна група). Діагностика йододефіциту ґрунтувалась на підставі визначення розмірів щитовидної залози; ТТГ, T_3 , T_4 в сироватці крові; рівня, медіани йодурії в сечі.

Встановлено, що у всіх дітей основної групи відмічено збільшення розмірів щитовидної залози. У цих дітей показники ТТГ, T_3 , T_4 в сироватці крові відповідали віковій нормі, що свідчило про еутироїдний стан. При оцінці медіани йодурії встановлено, що легкий ступінь йододефіциту (медіана концентрації йоду в сечі в межах 50–99 мкг/л) був у 34 обстежених, у решти – дефіцит йоду середньої тяжкості (медіана концентрації йоду в сечі в межах 20–49 мкг/л). Аналіз ВСР показав, що його показники у дітей контрольної групи характеризуються відносно високою варіабельністю. У положенні лежачи діти вказаної групи мають збалансований вплив симпатичного та парасимпатичного відділів ВНС. Напруженість механізмів вегетативної регуляції у дітей даної групи низька. Після виконання активної ортостатичної проби діти без ознак йододефіциту демонструють помірне наростання симпатичних впливів та напруження механізмів вегетативного регулювання. Показники ВСР у дітей основної групи у положенні лежачи достовірно не відрізняються від аналогічних у контрольній групі. Щодо співвідношення впливів симпатичного та парасимпатичного відділів ВНС у регуляції серцевого ритму у положенні лежачи можна спостерігати тенденцію до посилення парасимпатичних впливів. При переході у ортоположення достовірно зменшуються показники моди (з $0,79 \pm 0,012$ до $0,54 \pm 0,011$ с), дельта (з $0,423 \pm 0,17$ до $0,245 \pm 0,018$ с). Зміна вищенаведених показників вказує на те, що відрізняється і ступінь реакції при зміні положення тіла. Менша ВСР у положенні стоячи у дітей основної групи дає підстави зробити висновок про менший діапазон адаптаційних можливос-

тей організму порівняно з дітьми контрольної групи. На порушення вегетативної регуляції у дітей з йододефіцитом також вказують зміни спектральних показників кардіоінтервалограми. Так, після переходу у положення стоячи показник низькочастотних коливань (LF) підвищується до $76,41 \pm 9,78\%$, що означає його зростання у 2 рази, показник високочастотних коливань (HF) зменшується у 2,4 разу, однак вказані зміни ВСР не свідчать про органічну патологію. У даному випадку наростання показника LF, надмірне зростання співвідношення LF/HF може вказувати на підвищення впливів симпатичної нервової системи і відсутність виснаження регуляторних впливів. Включення водовмісних препаратів (йодид-100 або йодома-рин) до комплексу базисної терапії дітям основної групи протягом 3-х місяців сприяло нормалізації більшості показників ВСР.

Таким чином, аналіз показників кардіоритмограми у дітей з йододефіцитом вказує на помірне переважання парасимпатичного тону у положенні лежачи та переважання тону симпатичного відділу автономної нервової системи після виконання ортостатичної проби. Застосування йодовмісного препарату (йодид-100 або йодома-рин-100) дозою 100 мкг/добу курсом протягом 3-х місяців супроводжується нормалізацією більшості показників ВСР.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІЮ СУДИН ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Г.А. ПАВЛИШИН, О.І. СЛОБОДЯН, А.П. ФІЛЮК, О.Б. ЧУБАТА,
І.Е. ЮРИК, О.І. ГРЕХ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського»

Артеріальна гіпертензія є найбільшою в історії людства неінфекційною пандемією, що визначає структуру серцево-судинної захворюваності і смертності. Дисфункція ендотелію судин призводить до морфологічних змін, які в свою чергу викликають прогресування патологічного процесу і тяжкі кардіоваскулярні ураження.

Функціональний стан судинного ендотелію оцінювали за концентрацією стабільних метаболітів оксиду азоту, нітрат- та нітрит-аніонів (NO_3 та NO_2). Під спостереженням знаходилось 58 дітей і підлітків з артеріальною гіпертензією та передгіпертензією віком від 13 до 17 років. Контрольна група включала 15 здорових дітей і підлітків.

У хворих з артеріальною гіпертензією та передгіпертензією відмічено збільшення кількості нітрату до $1,54 \pm 0,03$ мкмоль/л проти $0,99 \pm 0,16$ мкмоль/л в контрольній групі ($p < 0,01$). Рівень нітриту, як кінцевого продукту обміну оксиду азоту, у хворих з підвищеним артеріальним тис-

ком був значно нижчим, ніж дані контрольної групи: $0,545 \pm 0,03$ проти $0,970 \pm 0,06$ мкмоль/л ($p < 0,001$). Більш виражене значення цього показника спостерігалось у хворих зі стабільною формою артеріальної гіпертензії ($p < 0,05$). Достовірної динаміки концентрації нітрату і нітриту залежно від статі у хворих з артеріальною гіпертензією та передгіпертензією не виявлено ($p > 0,05$).

Значне зниження нітриту у хворих з артеріальною гіпертензією свідчить про зниження здатності пошкодженого епітелію судин синтезувати вазодилататорні субстанції. Кількість проміжного продукту обміну оксиду азоту у хворих збільшена, що підтверджує неспроможність ендотелію до активного біохімічного процесу.

Слід зазначити, що наявність та ступінь вираженості ендотеліальної дисфункції великою мірою зумовлює ризик клінічного прогресування, розвиток ускладнень та нозологічну трансформацію.

ПСИХОЛОГІЧНА СКЛАДОВА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Г.А. ПАВЛИШИН, Н.Ю. ЛУЧИШИН, Т.А. КОВАЛЬЧУК,
І.Є. САХАРОВА, І.Л. ГОРІШНА, В.Б. ФУРДЕЛА,
С.О. НИКИТЮК

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського»

Загальновідомо, що одним з важливих показників здоров'я дітей і підлітків є їхній нервово-психічний розвиток. Будучи біологічно і соціально зумовленим процесом, нервово-психічний розвиток визначає можливості формування у дитини життєво необхідних умінь та навиків, виховання і пристосування до різноманітних дій зовнішнього середовища. Поряд із фізичним, психічне здоров'я виступає передумовою формування характеру, удосконалення природних здібностей.

Метою дослідження було встановлення психологічного компонента здоров'я дітей дошкільного віку.

Психологічні особливості дітей визначили згідно з результатами опитника за методикою Д. Кейрсі з виділенням 4 психологічних типів: сенсорно-плануючого (SJ), сенсорно-імпульсивного (SP), інтуїтивно-логічного (NT), інтуїтивно-емоційного (NF). Рівень тривожності в дітей оцінювали за рівнем індексу тривожності згідно з результатами проективного тесту Р. Темпл, М. Доркі, В. Амен. Емоційно-особистісну характеристику дітей вивчали на основі восьмиколірного тесту М. Люшера.

Згідно з науковою літературою, результати типологічної діагностики за методом Кейрсі мають важливе значення для оцінки потенціалу організованості дітей та вдосконалення форм їх мотивації в процесі навчання. У нашому дослідженні діти із рисами сенсорно-плануючого типу становили $54,4 \pm 4,1\%$; сенсорно-спонтанного – $18,8 \pm 3,2\%$; інтуїтивно-раціонального – $15,4 \pm 3,0\%$; інтуїтивно-емоційного – $11,4 \pm 2,6\%$.

Емоційна стабільність у дітей із сенсорно-плануючим типом темпераменту спричинює підвищення ймовірності невротичних розладів. Це проявляється у формі загостреної, але прихованої чутливості до різких змін, недостатньої гнучкості поведінки, труднощів при адекватній демонстрації почуттів. На процес соціальної адаптації дітей чинять вплив емоції, які вони проявляють і переживають. Переважання позитивних емоцій дозволяє дитині успішно пройти свій соціальний розвиток. Доведено, що кольорові асоціації відображають характеристики невербальних компонентів відношення людини до предметів і явищ. Використовуючи певний колір, дитина виражає своє відношення (емоцію), не виходячи за межі свого актуального досвіду. За результатами обстеження 125 дітей сприятливий емоційний стан визначено у $55,2 \pm 4,5\%$, задовільний – у $37,6 \pm 4,3\%$, незадовільний – у $7,2 \pm 2,3\%$ дітей. За результатами тестування на предмет тривожності, серед обстежених дітей виявлено три її рівні: у $57,6\%$ обстежених дітей визначено високий, у $40,0\%$ – середній і лише у $2,4\%$ – низький рівень. Підвищена тривожність свідчить про недостатню емоційну пристосованість дитини до тих чи інших соціальних ситуацій, а також надає інформацію про характер стосунків дитини з однолітками та дорослими в сім'ї і школі, впливає на самооцінку, занеження якої, в свою чергу, призводить до дезорганізації навчальної діяльності та дизадаптації в умовах дошкільного навчального закладу.

Отже, більше половини організованих дітей мають риси темпераменту і особливості психологічного стану такі, які не дозволяють достатньою мірою пристосуватись до умов мікросоціального оточення.

ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АДЕКВАТНОГО ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ДЦП

Ю.В. ПАКУЛОВА-ТРОЦЬКА, С.Л. НЯНЬКОВСЬКИЙ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) в структурі захворювань нервової системи у дітей посідає одне з провідних місць. В Україні з 127000 дітей-інвалідів 27000 з ДЦП.

Метою даного дослідження є оцінка харчування та фізичного розвитку дітей з ДЦП для розробки рекомендацій щодо усунення можливих недоліків.

Проведено анкетування батьків 90 дітей з ДЦП віком від 1 до 3 років. З'ясовано характер харчування дитини, визначено параметри

фізичного розвитку та проведено їх оцінку; виконано лабораторні обстеження цих дітей: загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові (рівень загального білка і білкових фракцій), визначено вміст мікроелементів в сироватці крові методом абсорбційної спектрофотометрії.

Встановлено, що у дітей з ДЦП показники фізичного розвитку свідчать про недостатню масу тіла (60%) або надмірно недостатню масу (26,7%), причому у дітей з тяжчим ступенем ураження нервової системи визначаються нижчі показники фізичного розвитку. Середній об'єм їжі, який вживали діти з ДЦП протягом дня, був меншим від належного на $15 \pm 5\%$, дефіцит тваринних білків становив $34,5 \pm 10,5\%$, вуглеводів – $16,5 \pm 2,5\%$, жирів – $18 \pm 2\%$, калорійності їжі – $22,5 \pm 3,5\%$. Співвідношення білків, жирів та вуглеводів в середньому складало $0,65:1:3,7$ при нормі $1:1:4$. Рівень гемоглобіну в дітей становив $111,7 \pm 6,6$ г/л, з них анемію легкого ступеня мала 41 дитина, або $45,5\%$. Рівень загального білка коливався в межах $66,1 \pm 3,75$ г/л і відповідав нижнім межам норми. Вміст мікроелементів в сироватці крові 32 дітей з ДЦП був зниженим, а саме: рівень сироваткового заліза становив $0,409 \pm 0,0172$ мг/л, міді – $0,95 \pm 0,175$ мг/л, цинку – $3,51 \pm 0,34$ мг/л, хрому – $0,0135 \pm 0,004$ мг/л, марганцю – $0,0125 \pm 0,0017$ мг/л, вміст токсичних елементів (свинцю, кадмію) не перевищував допустимих показників.

Після проведеної корекції вітамінно-елементним комплексом Мульти-табс Малюк протягом 2 місяців встановлено, що показники елементного статусу поліпшились. Так, рівень заліза становив $0,467 \pm 0,0186$ мг/л, міді – $1,195 \pm 0,25$ мг/л, цинку – $4,65 \pm 0,41$ мг/л, хрому – $0,014 \pm 0,006$ мг/л, марганцю – $0,0138 \pm 0,0056$ мг/л. При повторному опитуванні батьків після проведеної корекції 77% відмічали поліпшення апетиту дитини, що проявлялось збільшенням об'єму страв, а також розширенням їх асортименту. Середній об'єм їжі, який вживали діти з ДЦП протягом дня, збільшився до належного за віком у 67% дітей, не змінився у 33%, дефіцит тваринних білків зменшився за рахунок введення м'ясного пюре, яєць і риби, і споживання становило 80% від належного за віком. Калорійність спожитої їжі збільшилась до 82–85% від належної. Співвідношення білків, жирів та вуглеводів вирівнялось в середньому до $0,8:1:3,7$.

Показники фізичного розвитку дітей з ДЦП є нижчими від показників фізичного розвитку практично здорових дітей, а їх харчування є неповноцінним і не забезпечує основних потреб організму. Діти з ДЦП отримують недостатню кількість тваринних білків, які є основним пластичним матеріалом, овочів і фруктів як джерела необхідних вітамінів, мікроелементів і клітковини. Корекція дієти, а також введення вітамінно-мінеральних комплексів дозволяє поліпшити нутритивний стан дитини і сприяє оптимізації процесів реабілітації.

ЦИНК І ЙОГО ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ РОСТУ ТА СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

В.Г. ПАХОМОВА

ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», м. Київ

Цинк є необхідним мікроелементом для підтримки життєво важливих процесів в організмі. Дефіцит цинку призводить до імунних порушень, проблем зі шкірою, затримки росту, статевого та розумового розвитку. Цинк також має антиоксидантні та протизапальні властивості. Вивчення його розподілу в ендокринних органах виявило вищу концентрацію в хроматофінних клітинах гіпофізу, α - і β -клітинах підшлункової залози, колоїді фолікулів щитовидної залози. До цинк-залежних гормонів відносять: інсулін, кортикотропін, соматотропін, гонадотропіни.

Мікроелемент цинк входить до складу більше ніж 200 ферментів, бере участь у метаболізмі білка, обміні тестостерону, сперматогенезі, біосинтезі гемоглобіну, регулює ріст і ділення клітин, він необхідний для функціонування центральної нервової системи, підвищує стійкість організму до інфекцій і новоутворень. Дефіцит цинку є ембріопатичним *in vivo* (ембріони мають малу довжину та значну затримку розвитку органів).

Зменшення вмісту цинку в біосфері має зобов'язувати дію, що підтверджується підвищеним вмістом цього мікроелементу в компонентах крові й тироїдній тканині у хворих на ендемічний зоб. Відомо, що ефективність лікування ендемічного зоба препаратами йоду знижується при дефіциті цинку. Крім того, цинк впливає на секрецію тироїдстимулюючого гормону, завдяки його вмісту в ферменті супероксиддисмутази, дефіцит якої призводить до гіперплазії щитовидної залози.

У дітей дефіцит цинку призводить до зниження синтезу інсуліноподібного фактора росту-1 (ІФР-1) та білка, що його зв'язує (ІФР-ЗБ-З), внаслідок чого відбувається внутрішньоутробна затримка росту. Знижений рівень цинку в крові вагітних жінок у III триместрі вагітності може викликати внутрішньоутробну затримку розвитку плода.

Крім того, у 42% недоношених дітей спостерігається виражений дефіцит цинку і ферменту Cu-Zn супероксиддисмутази в сироватці крові. Дефіцит цинку може викликати зниження синтезу гормону росту та/або ІФР-1. Дослідження вмісту ІФР-1 в крові дорослих пацієнтів із значною затримкою розвитку показало достовірне зниження рівнів ІФР-1 на тлі низького вмісту цинку і амінокислот у плазмі крові, незважаючи на їхнє достатнє надходження з їжею.

У зв'язку з тим, що цинк входить до кількох сотень нуклеопротеїдів, його дефіцит призводить до достовірного зниження продукції ІФР-1. Це пояснює, чому рівень цинку у дітей з недостатністю гормону росту (ГР) впливає на

швидкість відповіді на лікування препаратами рекомбінантного ГР. У дітей з доведеною соматотропною недостатністю дефіцит цинку може впливати на ефективність лікування рекомбінантним ГР (рГР).

Попередні дослідження щодо визначення вмісту цинку у хворих на соматотропну недостатність та конституціональну низькорослість, виконані нами, виявили значне зниження цього мікроелементу як у волоссі (28,52–71,81 мкг/г, при нормі 120–200 мкг/г), так і в крові (0,52–0,68 мкг/г, при нормі 0,7–1,2 мкг/мл) низькорослих дітей. Зниження цинку супроводжувалось достовірним зниженням рівнів ІФР-1 та ІФР-ЗБ-3 ($p < 0,01$) на тлі різкого зниження викиду ГР в динаміці функціональних тестів ($p < 0,01$). Найбільш суттєве зниження цинку в волоссі та крові було зафіксовано у дітей молодшого віку (3–6 років), які вперше звернулися до лікаря і не отримували ніякої терапії. У хворих на синдром Шерешевського-Тернера визначилась тенденція до зниження цинку у волоссі (104,41–110,82 мкг/г); вміст цинку в крові знаходився на нижній межі норми (0,5–0,7 мкг/г).

Дані літератури та наші власні спостереження свідчать про те, що мікроелемент цинк задіяний в системі регуляції росту та статевому розвитку дитини, а відставання в рості та статевому розвитку супроводжується дефіцитом цинку в більшості хворих. Виявлені порушення є обґрунтованими для призначення відповідної терапії цинковмісними препаратами дітям з низькорослістю різного ґенезу.

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДУЛЮВАННЯ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

О.Є. ПАШКОВА¹, Г.О. ЛЕЖЕНКО¹, Т.І. ОКУЛ², В.Г. МАЛЮГА², Н.С. ТОКАРЕВА²

¹Запорізький державний медичний університет.

²Запорізька обласна дитяча клінічна лікарня

Геометрія лівого шлуночка відіграє центральну роль в нормальній його функції і в процесі ремодулювання серця при різних захворюваннях серцево-судинної системи. За сучасними уявленнями ремодулювання серця розглядається як загальний патогенетичний процес у хворих з хронічною серцевою недостатністю різної етіології. Результатом процесів, що відбуваються на всіх рівнях структурної організації серця, є зміна його розмірів, форми і функціональних можливостей. У дослідженнях останніх років пропонується розглядати систолічну дисфункцію, що виражається зниженням скоротливості міокарда, як наслідок структурної зміни шлуночків, насамперед їх дилатації. При цьому дилатація порожнини є ранньою відповіддю лівого шлуночка на пошкодження і сприяє збе-

реженню нормального ударного об'єму за рахунок збільшення кінцевого діастолічного об'єму розширеного шлуночка.

Нами було вивчено особливості морфофункціонального стану міокарда лівого шлуночка за даними ехокардіодопплерографії у 80 дітей, хворих на бронхіальну астму, віком від 3 до 15 років (середній вік $10,5 \pm 0,5$ року). Контрольну групу склали 42 дитини без серцево-судинних та бронхолегеневих захворювань, репрезентативних за віком та статтю.

Аналіз результатів проведеного дослідження показав, що у дітей, хворих на бронхіальну астму, порівняно з контролем мало місце достовірне збільшення кінцеводіастолічного (КДО) та кінцевосистолічного об'ємів (КСО) лівого шлуночка, товщини міжшлуночкової перегородки та задньої стінки лівого шлуночка. При цьому зростала і маса міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) ($p < 0,05$). Проте співвідношення КДО/ММЛШ у хворих на бронхіальну астму було нижчим за аналогічний показник контрольної групи і складало $0,97 \pm 0,02$ проти $1,11 \pm 0,03$ мл/г, відповідно ($p < 0,05$). Тобто, у пацієнтів з бронхіальною астмою збільшення маси міокарда лівого шлуночка превалювало над зростанням його об'єму. Слід також зазначити, що в групі дітей, хворих на бронхіальну астму, внутрішньосерцева гемодинаміка 57,1% пацієнтів характеризувалися наявністю регургітації на трикуспідальному клапані при середній швидкості регургітації $2,16 \pm 0,04$ проти $1,92 \pm 0,03$ м/с в контрольній групі ($p < 0,05$). Це свідчило про помірне підвищення тиску в системі легеневої артерії, яке, в середньому по групі, склало $28,3 \pm 0,7$ мм рт. ст. (при нормі $16,2 \pm 0,5$ мм рт. ст., $p < 0,05$).

При визначенні типів геометрії міокарда лівого шлуночка в групах спостереження було встановлено, що у хворих на бронхіальну астму ознаки ремодулювання лівого шлуночка мали 52% дітей. При цьому концентричне ремодулювання виявлялося у 9,3% пацієнтів, у 18,7% визначалася концентрична гіпертрофія та у 24% хворих – ексцентрична гіпертрофія міокарда лівого шлуночка. В той же час у всіх дітей контрольної групи визначалася нормальна геометрія міокарда лівого шлуночка.

Таким чином, у дітей, хворих на бронхіальну астму, відбуваються зміни морфофункціональних параметрів серця з формуванням систолічної дисфункції міокарда лівого шлуночка, що призводить до зміни нормальної геометрії міокарда лівого шлуночку та його гіпертрофії. Порушення морфофункціонального стану міокарда лівого шлуночка та наявність його ремодулювання необхідно враховувати при плануванні терапевтичної допомоги дітям, хворим на бронхіальну астму, з метою запобігання розвитку серцево-судинних ускладнень.

КАРДІОТРОПНА КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

М.М. ПЕШИЙ, С.М. ТАНЯНСЬКА, О.Є. ХОРОШ, В.П. БОЙКО,
С.М. КОВАЛЄВСЬКА

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава

На сучасному етапі в структурі серцево-судинної патології у дітей перше місце за поширеністю посідають незапальні ураження міокарда різної етіології – вторинні (метаболічні) кардіоміопатії.

Як відомо, при зазначеній патології відмічаються дистрофічні зміни в серцевому м'язі і зниження скоротливої та інших функцій міокарда, генез яких зумовлений порушенням обміну речовин, процесів утворення енергії та/або її перетворення у механічну роботу. Виходячи з патогенезу метаболічних порушень міокарда, терапія вторинних кардіоміопатій у дітей повинна бути комплексною і вимагати лікування основного захворювання, санацію вогнищ хронічної інфекції та призначення засобів кардіопротекторної дії.

У ході дослідження було відмічено позитивний досвід використання препарату Вазонат виробництва фармацевтичної фірми АО «Олайн-Фарм» (Латвія) при лікуванні метаболічних кардіоміопатій.

В умовах ішемії Вазонат відновлює рівновагу між доставкою і потребою кисню в клітині, відновлює порушений транспорт АТФ, активує альтернативний механізм енергозабезпечення – гліколіз, який не вимагає додаткового споживання кисню, що сприяє відновленню енергетичного балансу клітин. Це, в свою чергу, активує процеси метаболізму жирних кислот – насамперед, біосинтез карнітину. Таким чином, препарат здійснює антиішемічну цитопротекторну і метаболічну дію.

Нами обстежено 35 дітей віком 10–15 років (20 дівчаток та 15 хлопчиків), які перебували на лікуванні в кардіоревматологічному відділенні Полтавської обласної дитячої лікарні.

Вазонат призначали дітям по 1 капсулі (250 мг) двічі на добу після вживання їжі курсом до 4-х тижнів. Групу контролю склали 20 дітей з аналогічною патологією, яким до комплексу терапії зазначений препарат не включався.

Як свідчать отримані результати дослідження, при застосуванні Вазонату відмічалася не лише позитивна динаміка клінічних ознак захворювання (відсутність підвищеної втомлюваності, загальної слабості, кардіалгій), але й нормалізація показників електрокардіографії (фази реполяризації, функції автоматизму та збудливості) та ехокардіографії (фракції вигнання та функції скорочення) у 63,8% пацієнтів.

Таким чином, Вазонат є ефективним кардіопротекторним препаратом з широким спектром дії, який доцільно включати до комплексної терапії метаболічних кардіоміопатій у дітей.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ СУГЛОБІВ У ДІТЕЙ

М.М. ПЕШИЙ, С.М. ТАНЯНСЬКА, В.П. БОЙКО, О.Є. ХОРОШ,
С.М. КОВАЛЄВСЬКА

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава

На сучасному етапі найбільш поширеною та соціально значущою патологією дитячого віку є захворювання суглобів. Серед них за тяжкістю перебігу та несприятливими наслідками, що призводять до ранньої інвалідизації хворих, виділяють ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА).

Досягнення останніх років сприяли розробці нових підходів до лікування ЮРА, використанню методів і препаратів з протизапальною та болезаспокійливою дією та призначення яких дозволяє поліпшити прогноз захворювання.

Традиційна терапія даного захворювання включає першочергове призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Тому актуальним на сьогоднішній день є використання фітопрепаратів з низьким профілем токсичності і частотою розвитку побічних реакцій. Одним з таких препаратів є Асалікс виробництва компанії «Біоноріка» (Німеччина), до складу якого входить стандартизований екстракт кори верби.

Метою даного дослідження було вивчення порівняльної ефективності та безпечності препарату Асалікс в комплексній терапії суглобової форми ЮРА у дітей. Нами обстежено 25 дітей, хворих на ЮРА, віком 10–14 років (13 дівчаток і 14 хлопчиків), яким до комплексу лікування призначали Асалікс дозою 1–2 драже двічі на добу перед їдою протягом 2 місяців. Групу контролю склали 10 дітей аналогічного віку, котрі не отримували Асаліксу і знаходились на загальноприйнятих лікувально-реабілітаційних комплексах.

Суглобова форма захворювання у вигляді моноартриту, переважно колінних суглобів, відмічалась у 10 (40%) дітей, олігоартрит – у 11 (44%), поліартрит – лише у 4 (16%) хворих.

Більшу частину склали хворі з I ступенем активності – 12 (47%) дітей, у 9 (36%) відмічався II ступінь активності і лише у 4 (16%) – III ступінь активності запального процесу.

Всім хворим обох груп проводили комплексне клініко-лабораторне обстеження, яке включало визначення функціонального стану опорно-рухового апарата, аналіз показників гемограми, гострофазних показників з визначенням ревматоїдного фактора, рентгенологічне обстеження уражених суглобів, оцінку показників функціонування серцево-судинної системи, печінки, нирок, консультації вузьких спеціалістів.

Отримані результати обстеження свідчать про позитивний вплив Асаліксу на динаміку за-

пального та больового синдрому. Так, у більшій частині хворих основної групи вже на другому тижні від початку лікування відмічався анальгезуючий, а через 2–3 тижні – стійкий проти-запальний ефект, що проявлялось зменшенням клінічних симптомів артриту і нормалізацією лабораторних показників у 18 (72%) дітей. Відмічено зменшення або зникнення больового синдрому і зменшення тривалості ранкової скутості у 14 (56%) хворих.

Призначення препарату Асалікс дає можливість зменшити кратність прийому та дозу НПЗП, дозволяє уникнути побічних ефектів, які вони викликають, та досягнути стійкої ремісії запального процесу.

АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ, ПОЄДНАНОЇ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ

О.М. ПЛАТОНОВА, І.Л. БАБІЙ, І.М. ФЕДЧУК,
Т.О. ГАРИНИЧЕВА

Одеський державний медичний університет.
ДМЛ № 1 ім. акад. Б.Я. Резніка, м. Одеса

Актуальною проблемою сучасної гастроентерології є гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) внаслідок її високої поширеності. Так, серед дитячого населення за даними В.Ф. Приворотського (2007) вона досягає 49%. Найвність, крім типових стравохідних проявів, позастравохідних значно утруднює діагностику. На сьогодні доведено основні ланки патогенезу ГЕРХ: послаблення перистальтики стравоходу, зменшення нейтралізуючої дії слини і, як наслідок, зниження стравохідного кліренсу; пригнічення скоротливої спроможності стінки стравоходу; неспроможність нижчого стравохідного сфінктера (НСС); пошкоджуюча дія рефлюктанту; надмірна чутливість слизової оболонки стравоходу до шлункового вмісту; зниження евакуаторної функції шлунка. Однак необхідно підкреслити, що, крім провідних ланок патогенезу ГЕРХ, зазначається, що уповільнення випорожнення кишечника, некомпенсоване збільшення інтраабдомінального тиску є причетними до розвитку цього захворювання. Втім, вивченню стану кишечника при ГЕРХ у дітей, розробці критеріїв ранньої діагностики синтропії не приділяється належної уваги. З'явилися повідомлення, що досить часто в гастроентерологічній практиці зустрічається поєднання ГЕРХ і синдрому подразненого кишечника (СПК). За деякими даними існує прямий зв'язок між цими двома захворюваннями, причому більш виражений у пацієнтів чоловічої статі. Незважаючи на проведені дослідження в галузі етіопатогенезу ГЕРХ та СПК, безпосередня причина розвитку цих патологічних

станів остаточно не встановлена, і особливості поєднаних уражень стравоходу і кишечника у дітей вимагають подальшого більш глибокого дослідження.

Метою нашого дослідження було проаналізувати наявність та сучасні клінічні особливості перебігу поєднаної патології ШКТ (ГЕРХ та СПК) у дітей. Під нашим спостереженням за період з 2008 по 2010 рр. знаходилось 172 дитини з ГЕРХ віком від 7 до 18 років. Серед хворих несуттєво ($p > 0,05$) переважали дівчата ($55,8 \pm 3,8\%$). При госпіталізації всі діти були у стані середньої тяжкості. При детальному обстеженні ми виявили, що майже кожна третя дитина мала позастравохідні прояви ГЕРХ (без урахування стоматологічних), з них бронхолегеневі – $20,3 \pm 3,1\%$ дітей, оториноларингологічні – $9,3 \pm 2,2\%$, кардіальні – $6,4 \pm 1,9\%$. Стоматологічна патологія мала місце у $38,4 \pm 3,7\%$ дітей з ГЕРХ, проте чітко простежити її прямий зв'язок з впливом ГЕРХ складно.

Враховуючи дані літератури останніх років щодо зростання поєднаної патології ШКТ – ГЕРХ та СПК, ми проаналізували випадки синтропії (ГЕРХ та СПК). Серед обстежених нами дітей такий варіант перебігу ГЕРХ спостерігався у $28,5 \pm 3,4\%$ хворих. Провідними теоріями поєднаного перебігу цих захворювань є генетична, інфекційна, психосоціальна та аліментарна, тому при обстеженні дітей цієї групи доцільно додатково включати вивчення стану вегетативної нервової системи, психологічні тести задля визначення якості життя, визначення рівня нейропептидів неадренергічної нехोलергічної системи, вивчення характеру моторики та тонусу товстої кишки.

Зростання частоти поєднаної патології спонукає до поглибленого обстеження стану кишечника при ГЕРХ у дітей, розробки критеріїв ранньої діагностики, диференційованої терапії та профілактики синтропії ШКТ (ГЕРХ та СПК).

ХАРЧУВАННЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ ПІСЛЯ ВИПИСКІ ІЗ СТАЦІОНАРУ

Т.М. ПЛЕХАНОВА

Дніпропетровська державна медична академія

Харчовий дефіцит протягом перших місяців життя має тривалий ефект на дитячий розвиток. Відносно неонатального періоду, ми спираємося на концепцію Баркера, згідно з якою недостатнє живлення плода викликає перманентні структурні і функціональні зміни, що підтверджується високою частотою ендокринних і серцево-судинних порушень у немовлят з затримкою внутрішньоутробного розвитку. Проте ситуація не настільки ясна щодо постнатального недостатнього живлення у недоношених дітей, навіть, якщо їх дозрівання досягає

норми в постконцептуальному віці. Важливість цього питання зумовлена тим, що критичний період розвитку мозку триває до 18 місяців життя. Доведено негативний вплив недостатнього живлення на розвиток інтелектуальних та когнітивних здібностей у підлітків, які народилися з малою масою та мали тривале відставання в довжині, масі тіла, а особливо зростання об'єму голови.

Нами проведено моніторинг фізичного розвитку недоношених дітей з перинатальною патологією, який дозволив встановити, що близько 50% немовлят перед виписуванням із стаціонару не набирають масу тіла, відповідну постконцептуальному віку. Було визначено фактори ризику постнатальної затримки фізичного розвитку: низький нутритивний статус при народженні, тривале відновлення первинної втрати маси тіла, пізній дебют повного ентерального харчування, надбавки в масі тіла менше 20 г/добу. Відмічено, що для збереження темпів безперервного зростання, недоношені діти з постнатальною затримкою розвитку при виписці із стаціонару потребують висококалорійного харчування з підвищеним вмістом білка.

Визнання переваг грудного вигодовування сприяє зростанню числа недоношених немовлят, які отримують виключно або частково грудне вигодовування. Оскільки материнське молоко має низький вміст білка і мінеральних солей, використання фортифікаторів протягом неонатального періоду вважається доцільним для профілактики постнатальної затримки розвитку і мінералізації кісток у недоношених.

В той же час, продовжується вдосконалення рецептури спеціальних сумішей для недоношених дітей, які можуть використовуватися в період «наздоганяючого» росту і забезпечити не тільки високі нутритивні потреби, але й зберегти метаболічний профіль дитини. Новий преНАН – продукт, де оптимізований білковий склад. Суміш має не тільки достатній рівень білка (2,03–2,3 г/дл), але й помірний гідроліз білка, що сприяє більш легкому засвоєнню на тлі ферментної недостатності. Ліпідний склад представлений середньооланцюговими тригліцеридами (30%), які є не тільки легкодоступним джерелом енергії, але й поліпшують всмоктування кальцію і фосфору, сприяють більш повному засвоєнню жиророзчинних вітамінів. Призначення спеціальних сумішей для недоношених дітей, які містять ДЛПНЖК, дозволяє прискорити формування їх зорової функції та поліпшити показники психомоторного розвитку.

Стратегії харчування, які використовуються в неонатальному періоді і спрямовані на запобігання затримці постнатального розвитку, повинні застосовуватися і після виписки із стаціонару для адекватного нутритивного забезпечення недоношених дітей.

СИСТОЛІЧНА ТА ДІАСТОЛІЧНА ФУНКЦІЇ МІОКАРДА У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА ДАНИМИ ТКАНИННОЇ ДОПЛЕРОГРАФІЇ

В.П. ПОПОВ, Л.В. САФАНЮК*, Н.М. СМІРНОВА*,
Л.В. ЯНКОВСЬКА*

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

*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Визначення систолічної та діастолічної дисфункцій серця залишається проблемою в дитячій кардіології. Впровадження методу тканинної доплерографії дозволяє оцінити функцію поздовжніх волокон міокарда шляхом вимірювання швидкості руху фіброзних кілець (ФК) атріовентрикулярних клапанів у різні фази серцевого циклу. В літературі наведено численні дані щодо нормативних швидкісних показників руху ФК та їх зміни при патології у дітей різних вікових груп, але нормативні показники та їх коливання при адаптаційних змінах протягом раннього та пізнього неонатального періодів відсутні.

Мета дослідження: визначення швидкісних показників систолічної та діастолічної функцій міокарда у новонароджених.

Обстежено 50 новонароджених без соматичної патології, з них 18 дітей віком від 1–7 днів та 32 дитини віком 8–28 днів. Аналізувались наступні показники: Sm (см/с) – пікова систолічна швидкість руху фіброзного кільця (ФК), Em (см/с) – пікова швидкість руху ФК у фазу ранньої діастолі, Am (см/с) – пікова швидкість руху ФК в фазу систолі передсердя та їх співвідношення (Em/Am).

При аналізі трансмітрального й транстрикуспідального потоків було виявлено, що E'/A' мітрального клапана значно вище, ніж трикуспідального ($1,2 \pm 0,08$ проти $0,74 \pm 0,12$, $p < 0,05$), що вірогідно пов'язано зі значним зростанням переднавантаження та збільшенням об'єму ЛПШ при переході до постнатального типу кровообігу. Результати тканинної доплерографії наведено у таблиці:

	1–7 доба		
	МК	МШП	ТК
Sm (см/с)	5,45±0,65	5,14±0,57	6,55±0,37
Em (см/с)	5,58±0,96	5,25±1,04	7,33±1,12
Am (см/с)	6,75±1,13	6,44±1,17	9,53±1,24
Em/Am	0,84±1,02	0,81±1,12	0,76±1,13
	8–28 доба		
	МК	МШП	ТК
Sm (см/с)	6,36±1,02	5,76±0,98	8,76±0,86
Sm (см/с)	6,36±1,02	5,76±0,98	8,76±0,86
Em (см/с)	7,38±0,92	5,67±1,08	7,81±1,85
Am (см/с)	6,57±1,23	6,36±1,29	10,07±1,54
Em/Am	1,19±0,3	0,89±0,08	0,77±0,06

Sm латеральної частини ФК МК значно нижча, ніж трикуспідального ($p < 0,001$), що пов'язано зі зменшенням післянавантаження

на ПШ через зниження тиску у легеневій артерії. Структура діастолічного наповнення ПШ характерна для діастолічної дисфункції міокарда за типом порушення релаксації, але у новонароджених дане явище пов'язане з фізіологічною віковою гіпертрофією ПШ та, відповідно, відносно більшою товщиною міокарда по відношенню до об'єму порівняно з ЛШ. Встановлено негативний кореляційний зв'язок між тиском у легеневій артерії та Em ФК ТК ($r = -0,56$, $p < 0,05$), що свідчить про збільшення трансстрикспідалного градієнта тиску при зменшенні легеневої гіпертензії, тобто зменшення післянавантаження на ПШ. У дітей в пізньому неонатальному періоді під час діастолічного швидкості руху латеральної частини ФК МК переважає у фазі пасивного діастолічного наповнення, що свідчить про поліпшення діастолічної функції міокарда ЛШ порівняно з ПШ ($p < 0,001$) та МШП ($p < 0,05$).

Проведення тканинної доплерографії з визначенням швидкостей руху ФК атріовентрикулярних клапанів дозволяє оцінити глобальну систолічну та діастолічну функції шлуночків за умов адаптаційних змін центральної гемодинаміки у новонароджених. Необхідні подальші дослідження для оцінки клінічного значення вищевказаних показників при різноманітній кардіальній та екстракардіальній патології у новонароджених.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ НЕДОНОШЕНИМИ

С.В. ПОПОВ, С.І. БОКОВА

Сумський державний університет, медичний інститут

Серцево-судинні захворювання є однією з основних причин захворюваності й летальності в різних вікових групах як дорослих, так і дітей. Омолодження патології привертає значну увагу фахівців до вивчення її можливих причин для подальшого вироблення рішень з своєчасної діагностики та лікування. Перинатальний період може бути одним із джерел виникнення факторів, що сприяють розвитку різного роду захворювань, у тому числі серцево-судинних. Особливе значення має народження дітей раніше строку, що призводить до неадекватного навантаження на морфофункціонально незрілі органи і системи. Відомі дані про зв'язок розвитку артеріальної гіпертензії дорослих з невиношуванням. У той же час основна увага в наукових дослідженнях приділяється недоношеним глибокого ступеня. Однак більша частина народжених раніше строку – це діти граничних строків гестації – 34–36 тижнів, так звані пізньонедоношені.

Метою дослідження було вивчення впливу народження в строках гестації 34–36 тижнів на стан серцево-судинної системи дітей шкільного віку.

Було обстежено 25 пацієнтів віком 10–12 років, які народилися пізньонедоношеними. У контрольній групі були 50 здорових дітей, народжених у строк. На момент проведення обстеження даних про яку-небудь хронічну або гостру патологію серцево-судинної системи не було. Методами дослідження служила доплерографія, проведена до і після виконання навантажувального тесту із включенням розробленої методики оцінки отриманих параметрів. Вивчалися показники внутрішньосерцевої і центральної гемодинаміки. Частота виявлення показників, що відрізняються від норми, була вищою в школярів, які народилися пізньонедоношеними. До їхнього числа відносилися величини кінцево-сistolічного і кінцево-діастолічного об'ємів лівого шлуночка, діаметра лівого передсердя. Після виконання навантажувального тесту відмічалось значне збільшення показників артеріального тиску, частоти серцевих скорочень у дітей основної групи. Ряд параметрів внутрішньосерцевої гемодинаміки мав у них тенденцію до більш низьких значень порівняно з пацієнтами, котрі народилися в строк. Таким показником був індекс оцінки систолічної і діастолічної функцій міокарда, що розраховується на підставі кривих швидкостей на рівні клапанів. Відновлення параметрів до норми було більш швидким у дітей контрольної групи. Було розроблено алгоритм діагностики порушень функціонального рівня серцево-судинної системи за найбільш інформативними показниками доплерехокардіограми.

Таким чином, у дітей, які народилися пізньонедоношеними, відмічались зміни ряду гемодинамічних параметрів під час і після проведення навантажувального тесту. Це свідчило про більш низький функціональний рівень серцево-судинної системи і може бути одним з факторів, що впливають на розвиток патологічних станів у пізньому віці.

ВПЛИВ ГІПОКСИЧНОГО ФАКТОРА НА ІМУННУ СИСТЕМУ У ДІТЕЙ ПОСТНЕОНАТАЛЬНОГО ВІКУ

С.В. ПОПОВ, С.М. КАСЯН

Сумський державний університет, медичний інститут

Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія – це одне з найпоширеніших захворювань періоду новонародженості. Відомо, що ця недуга в Україні зустрічається у 1–6 випадках на 1000 живонароджених дітей. За даними ряду авторів гіпоксично-ішемічну енцефалопатію відмічали майже у третини новонароджених дітей, які знаходились у відділеннях інтенсивної терапії. Лише у частини випадків наставало повне одужання, а у інших спостерігали різні варіанти порушення функції центральної нервової систе-

ми, а також інших. До патологічного процесу можуть втягуватися серцево-судинна, дихальна й сечовивідна системи. Більш висока частота захворювань у новонароджених з гіпоксично-ішемічною енцефалопатією після неонатального періоду може вказувати на ураження імунітету.

Метою даної роботи було вивчення впливу гіпоксичного фактора на імунну систему у дітей постнеонатального віку.

Проводили оцінку імунологічного статусу з визначенням рівня гуморального, клітинного імунітету, а також балансу цитокінів протягом одного та двох місяців після перенесеної респіраторної вірусної інфекції. Дослідження проводили у 40 дітей основної групи віком від 1 до 3 років, які перенесли гіпоксично-ішемічну енцефалопатію в анамнезі. До контрольної групи увійшли 25 однолітків, котрі не мали даних про перенесення ними гіпоксично-ішемічної енцефалопатії.

Було виявлено, що у дітей з гіпоксично-ішемічною енцефалопатією в анамнезі відмічались більша частота підвищення рівня прозапальних цитокінів, зміни клітинного і гуморального імунітету у вигляді підвищення інтерлейкіну-8, зниження імунорегуляторного індексу, фагоцитарного індексу, більш низьких значень імуноглобулінів А і М. Зміни імунологічного статусу зберігалися у більшій кількості дітей основної групи порівняно з контрольною групою до кінця другого місяця після перенесеної респіраторної вірусної інфекції.

Таким чином, гіпоксичний фактор може мати вплив на імунну систему у дітей неонатального віку. У дітей, які перенесли гіпоксично-ішемічну енцефалопатію, рівень імунної відповіді знаходиться на нижчому рівні порівняно з однолітками. Це вимагає проведення корекції імунологічних порушень у дітей вказаної групи.

МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА РОЗЛАДИ ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Т.В. ПОЧИНОК, Н.Г. КУХАРСЬКА, М.М. ВАСЮКОВА,
Н.І. ГОРОБЕЦЬ, В.В. МЕЛЬНИЧУК

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

В останні роки з'явилися роботи, які вказують на те, що у механізмах формування інфекційного синдрому у дітей провідну роль відіграють не тільки порушення імунітету, а й особливості біохімічних процесів та обміну речовин.

Мета дослідження: вивчити механізми формування порушень імунітету з урахуванням стану кальцій-фосфорного обміну у дітей з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ). Об'єкт дослідження: 61 дитина віком від 7 до 12 років: 31 – з ознаками НДСТ,

30 – без ознак НДСТ (контрольна група). Біохімічні методи: визначали концентрацію неорганічного фосфору (Рн) в еритроцитах та сироватці крові за методом Duce B.S. et al. (1973); кальцію (Ca^{2+}) – за допомогою біотест наборів фірми «Lakhema» (Чехія); активність ферменту лужної фосфатази в сироватці крові – за методом K.S. Motsok (1950) з використанням біотест наборів фірми «Лакхема» (Брно, Чехія); метаболізм сполучної тканини у дітей вивчали за динамічною екскреції з добовою сечею глікозоаміногліканів та продуктів розпаду колагену – оксипроліну. Імунологічні дослідження: визначення рівня лімфоцитів та їх субпопуляцій методом двокольорової цитофлуориметрії з використанням моноклональних антитіл; активності, інтенсивності фагоцитозу; НСТ-тесту.

Вивчення кальцій-фосфорного обміну у дітей з НДСТ показало, що у сироватці венозної крові вміст загального Ca^{2+} ($2,1 \pm 0,02$ ммоль/л) та Рн ($1,44 \pm 0,01$ ммоль/л) був істотно знижений порівняно з групою дітей без НДСТ ($\text{Ca}^{2+} - 2,59 \pm 0,02$ ммоль/л; Рн – $1,62 \pm 0,01$ ммоль/л; $p < 0,05$). Аналогічну динаміку показників загального Ca^{2+} та Рн було виявлено в еритроцитах венозної крові дітей з НДСТ. Крім того, у дітей з НДСТ відмічалось підвищення активності лужної фосфатази порівняно з цими показниками у дітей без НДСТ ($p < 0,05$). Кореляційний аналіз дозволив встановити наявність достовірного прямого зв'язку між рівнем загального Ca^{2+} у сироватці крові дітей з НДСТ, з одного боку, та рівнем лейкоцитів ($r = 0,91$), лімфоцитів ($r = 0,93$), фагоцитарної активності нейтрофілів ($r = 0,95$) та інтенсивності фагоцитозу ($r = 0,92$) у венозній крові – з іншого, що дозволяє, певною мірою, говорити про причинний взаємозв'язок між фагоцитарною активністю фагоцитів – нейтрофілів, її інтенсивністю, показниками рівня лейкоцитів та лімфоцитів у венозній крові та рівнем загального Ca^{2+} у дітей з НДСТ. Можна припустити, що знижений рівень Ca^{2+} в організмі дитини сприяє зниженню активності фагоцитозу, знижує продукцію та диференціацію лейкоцитів та лімфоцитів і, можливо, сприяє формуванню у дітей вторинних імунодефіцитних станів (ВІДС). Крім того, проведений кореляційний аналіз дозволив також встановити наявність достовірного зворотного зв'язку між показниками активності лужної фосфатази у сироватці крові дітей з НДСТ, з одного боку, та рівнем CD3+-клітин ($r = -0,71$), CD4+CD3+-клітин ($r = -0,71$), CD8+CD3+-клітин ($r = -0,72$), CD16+CD56+CD3+-клітин ($r = -0,82$) у периферичній венозній крові – з іншого.

Отримані дані про причинний взаємозв'язок між фагоцитарною активністю та інтенсивністю фагоцитів – нейтрофілів, показниками клітинної ланки імунітету та рівнем загального фосфору і активності лужної фосфатази у дітей з НДСТ дозволяють припустити, що порушен-

ня кальцій-фосфорного обміну сприяє формуванню у дітей ВІДС і свідчать про доцільність з профілактичною та лікувальною метою цієї категорії дітей застосовувати препарати вітаміну D та кальцію.

ОБМІН МАГНІЮ У ДІТЕЙ З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Т.В. ПОЧИНОК, Л.О. ФІК, М.М. ВАСЮКОВА,
А.М. АНТОШКІНА, Л.О. ЛЕВАДНА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Магній бере участь у внутрішньоклітинному та позаклітинному дозріванні колагену та інших структурних елементів сполучної тканини. Тому дефіцит іонів магнію сприяє розвитку дисплазії сполучної тканини як диференційованої, так і недиференційованої. В останні роки спостерігається зростання числа дітей з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ). Проте остаточно причини цього явища не з'ясовані. Порушення мінерального обміну, зокрема рівня магнію у дітей з НДСТ, недостатньо висвітлено у наукових виданнях, не проведено аналіз ролі концентрації магнію та метаболізму сполучної тканини в організмі дитини.

Тому метою роботи було дослідити рівень магнію у дітей з НДСТ та провести кореляційний аналіз між концентрацією магнію та продуктами метаболізму сполучної тканини. Для виконання мети дослідження обстежено 55 дітей віком від 3 до 6 років: 30 дітей із ознаками НДСТ, 25 дітей без ознак НДСТ. Рівень магнію визначали фотометричним методом на фотометрі Dr. Lande з використанням стандартного набору діагностиків. Метаболізм сполучної тканини досліджували за рівнем екскреції глікозаміногліканів та оксипроліну у добовій сечі дітей. Проведено кореляційний аналіз між показниками рівнів магнію в сироватці венозної крові та екскрецією оксипроліну з добовою сечею із розрахуванням коефіцієнта кореляції (r). Для верифікації діагнозу НДСТ використовували клінічні критерії за Нью-Йоркською асоціацією кардіологів.

У дітей із ознаками НДСТ найчастіше спостерігається MASS-фенотип – у 14 (46,7%) дітей, Елерсо-подібний тип дисплазії – у 10 (33,3%) дітей, Морфано-подібний тип – у 6 (20,0%). При дослідженні рівня магнію у сироватці крові дітей з НДСТ виявилось, що ці показники були достовірно зниженими ($0,731 \pm 0,2$ ммоль/л) порівняно з показниками дітей без ознак НДСТ ($0,861 \pm 0,02$ ммоль/л; $p < 0,05$). У дітей з НДСТ спостерігалось підвищене виділення оксипроліну ($109,79 \pm 1,2$ мкмоль/д) порівняно з групою дітей без диспластичних ознак ($64,3 \pm 1,1$ мкмоль/д; $p < 0,05$). Аналогічні результати

отримано при дослідженні екскреції глікозаміногліканів ($88,02 \pm 1,2$ мкмоль/д – у дітей з ознаками НДСТ та $51,4 \pm 1,2$ мкмоль/д – у дітей без ознак НДСТ; $p < 0,05$). Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити наявність достовірного прямого зв'язку між рівнем екскреції оксипроліну у добовій порції сечі дітей з НДСТ, з одного боку, та концентрації магнію у сироватці крові – з іншого ($r = +0,72$).

Завдяки отриманим даним про причинний взаємозв'язок між концентрацією магнію та рівнем екскреції оксипроліну з сечею у дітей з НДСТ можна припустити, що зниження рівня магнію крові сприяє підвищенню розпаду колагену дітей з НДСТ та свідчить про доцільність з лікувальною та профілактичною метою цієї категорії дітей застосовувати препарати, що містять магній.

АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ЗАТЯЖНИХ ЖОВТЯНИЦЬ НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ВІДДІЛЕННЯ МОЛОДШОГО ДИТИНСТВА ДКЛ №4 М. КИЄВА

Т.В. ПОЧИНОК, М.М. ВАСЮКОВА, С.О. РЕНЧКОВСЬКА,
О.В. ГАВРИЛОВА, І.А. ДЕРЖУК, М.Н. КАПЛУН, І.Б. ЗНОВА,
Н.М. ТЮТЮКОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
ДКЛ № 4 Солом'янського району м. Києва

Затяжні жовтяниці новонароджених набули актуальності за останні роки, в зв'язку з їх почастішанням, а погляди на лікування цих станів недостатньо розроблені та дискусійні. За нашими даними кількість хворих на затяжну жовтяницю перших місяців життя, які лікувались у відділенні, збільшилась у 6 разів (2002 р. – 6 дітей, 2010 р. – 36 дітей); причому кількість їх різко зросла у 2005 р. Аналіз клініко-анамнестичних та лабораторних даних 37 дітей, які лікувались у відділенні у 2009–2010 роках виявив певні особливості. Встановлено кон'югаційний генез затяжної жовтяниці у всіх обстежених дітей. Вік дітей становив 3 тижні – 1,5 місяця (62%), 8,3% дітей були віком 2 місяців. Несприятливий перебіг вагітності спостерігався у 41,7%: переважно загроза переривання – у 53,3% та анемія матері I ступ. – у 20%; у матерів реєструвались також аутоімунний тироїдит, піелонефрит, артеріальна гіпертензія. У 30,5% матерів пологи були патологічними (переважно кесаревим розтинном – 45%, а також стрімкими, або зі слабкістю пологової діяльності). У всіх дітей жовтяниця з'явилась на 3–5 добу після народження. З госпіталізованих дітей 91,6% отримували природне вигодовування, а 8,3% – змішане. У дітей, які були вакциновані за календарем (БЦЖ + проти гепатиту В), середній рівень білірубину становив 104,5 мкмоль/л; у тих, що вакцино-

вані БЦЖ, – 115,9 мкмоль/л; у дітей, які не отримали вакцинації з різних причин, рівень білірубину складав 159,2 мкмоль/л ($p < 0,05$). Найвищий рівень білірубину у невакцинованих дітей був пов'язаний з перинатальною патологією. Найбільший рівень загального білірубину сироватки крові спостерігався у дітей, які мали групу крові А(II) – 143,3 мкмоль/л, менші рівні – 0(I) групи (123,3 мкмоль/л) та В(III) групи крові (115 мкмоль/л; $p < 0,05$). ЕКГ було проведено 33 (89%) дітям; у 5 з них виявлено підвищення активності правого, або лівого шлуночків. Подальше обстеження дозволило верифікувати у 3 дітей природжений порок серця, у 1 – відкрите овальне вікно. У 19 дітей відмічалися функціональні зміни з боку ШКТ (дисбіоз, закрепи, зригування), що, можливо, сприяло погіршенню печінково-кишкової циркуляції жовчних кислот та пролонгації жовтяниці. За даними УЗД органів черевної порожнини у 13,5% дітей виявлено структурні зміни жовчного міхура. В загальному аналізі крові – зміни, властиві дефіцитним анеміям (27% дітей). У більшості дітей (91,8%) було зроблено нейросонографію. Проте лише у 35,3% виявлено зміни, що характеризували гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС, лікворо-динамічні розлади та дрібні крововиливи у тканини мозку. 28 дітей були оглянуті неврологом, який діагностував неврологічну патологію у 22 пацієнтів: синдроми підвищеної нервово-рефлекторної збудливості (6 дітей), вегето-вісцеральних або рухових порушень (10 дітей) та комбіновані стани у 6 дітей. З госпіталізованих дітей 20 були оглянуті окулістом. Патології зору, що пов'язана з підвищеним рівнем білірубину, не виявлено.

Таким чином, затяжні жовтяниці спостерігались у дітей з поєднаною перинатальною патологією, більшість яких мали ознаки гіпоксії плода та функціональні зміни з боку ШКТ. До госпіталізації 8 дітей отримували лікування амбулаторно без значного ефекту. У відділенні діти отримували комплексне лікування, яке включало фототерапію, гепатопротектори (Хеппель, Галстена), жовчогінні (Хофетол в розчині, 5% розчин сульфату магnezії), ентеросорбенти (Смекта, Ентеросгель). Діти, які мали високі рівні білірубину, або недостатній ефект від лікування, можливо, пов'язаний з порушенням зв'язування білірубину внаслідок високого рівня естрогенів матері, були переведені на змішане вигодовування (37,8%) на строки від 3 до 10 днів, що було найбільш впливовим щодо нормалізації рівнів білірубину.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МОНТЕЛУКАСТУ В БАЗИСНІЙ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

М.П. ПРОХОРОВА, В.Є. ХОМЕНКО, Н.М. ЦАРЬОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Підходи до базисної терапії бронхіальної астми у дітей відповідно до GINA засновані на рівнях контролю над перебігом захворювання. Для контролю астми в педіатрії застосовують декілька препаратів; їх вибір повинен ґрунтуватись на декількох факторах, включаючи ефективність препарату, його профіль безпеки, простоту використання та прихильність до лікування. Найактуальнішими засобами базисної терапії бронхіальної астми (БА) в педіатрії залишаються ІГКС або фіксована комбінація ІГКС з пролонгованими В-2 агоністами.

Під нашим спостереженням знаходилося 30 дітей віком від 2 до 10 років, із них – 10 хворих з легким інтермітуючим перебігом БА, 10 – з легким персистуючим перебігом, 8 – з середньотяжким персистуючим перебігом, 2 дітей – з тяжким персистуючим перебігом БА.

Хворим з БА легкого інтермітуючого та персистуючого перебігу призначали базисну терапію флютиказоном пропіонатом протягом 2–4 місяців, а дітям з БА середньо тяжкого й тяжкого персистуючого перебігу – серетид дискус або серетид евохалер курсом від 4 місяців до 1 року.

Дітям з БА легкого інтермітуючого перебігу до базисної терапії включали монтелукаст натрію. Хворим віком від 2 до 4 років 4 мг по 1 таблетці 1 раз на добу, 5–12 років – 5 мг по 1 таблетці 1 раз на добу курсом 1–2 місяці. У обстежених даної групи при призначенні комбінованої базисної терапії вдалось досягти контролю у 98% випадків.

Хворим на БА з легким персистуючим перебігом сингуляр призначали курсом до 3 місяців. Досягнуто контролю у 97,8% дітей, а 94,5% хворим зменшити дозу флютиказону пропіонату і поступово відмінити.

У пацієнтів з БА середньотяжкого персистуючого перебігу при комбінованій базисній терапії спостерігався контроль у 97,5% випадків, у 92% дітей було зменшено дозу флютиказону пропіонату. В даній групі у хворих в осінньо-зимовому періоді на фоні ГРВІ не спостерігалось загострення БА у 99,7% дітей.

У дітей з БА тяжкого персистуючого перебігу при комбінованій базисній терапії було досягнуто контролю у 96,7% випадків та у 98,5% хворих на фоні ГРВІ не спостерігалось загострення БА. Таким чином, призначення комбінованої базисної терапії з включенням сингуляру дає можливість досягти контролю і відмінити ІГКС у хворих з БА легкого інтермітуючого, персистуючого перебігу. У дітей з БА середньотяжкого й тяжкого персистуючого перебігу – одержати контроль і зменшити дозу ІГКС.

ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В УМОВАХ АНТРОПОГЕННОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Ю.Г. РЕЗНИЧЕНКО¹, М.О. ЯРЦЕВА¹, О.С. ХАЦКО²,
О.І. КИРИЧЕНКО²

¹Запорізький державний медичний університет.

²Запорізька обласна дитяча клінічна лікарня

При виборі лікувально-реабілітаційних заходів серед дітей першого року життя необхідно враховувати високу поширеність захворювань у мешканців великих промислових центрів, наявність поліморбідних станів, загрозу токсичних та алергічних ускладнень при застосуванні численних фармакологічних препаратів, що, в свою чергу, вимагає ще більшого застосування медикаментозних заходів. Це вимагає напрацювання комплексних заходів для профілактики, лікування та реабілітації одночасно декількох захворювань у великого контингенту дітей раннього віку. Звичайно, вірогідність побічних ефектів при цьому повинна бути мінімізована.

З урахуванням питомої ваги захворювань у дітей першого року життя – мешканців великого промислового міста і виявлених у них патогенетичних змін гомеостазу, високої частоти дисбактеріозу кишечника, який, в свою чергу, ускладнює проведення вторинної профілактики, для проведення профілактичних заходів пропонується застосування пробіотиків.

Проведено дослідження, в якому взяли участь 89 дітей першого року життя, які мешкали у промисловому центрі, групу контролю склали 75 малюків із невеликого міста без об'єктів промисловості. Діти були репрезентативними за віком та статтю. Метою дослідження було визначення ефективності профілактичного прийому пробіотиків у дітей раннього віку – мешканців промислового регіону. У всіх мешканців міста зі значним антропогенним навантаженням виявлено дисбіотичні порушення у складі кишечника та ротоглотки, достовірно зниження вмісту Т-лімфоцитів (CD3, CD4) та В-лімфоцитів, а також зниження IgA, sIgA та IgG, що свідчить про наявність напруження імунітету, зниження резистентності дитячого організму та високу сприйнятливості до будь-яких негативних чинників навколишнього середовища. Діти з групи контролю протягом місяця отримували пробіотичні препарати у профілактичних вікових дозах, вибір препарату залежав від батьків дитини. При проведенні контрольних бактеріологічних та імунологічних досліджень отримано достовірно зниження вмісту умовно-патогенної флори та дріжджових грибів у калі та вмісті ротоглотки й підвищення до нижньої межі норми імунологічних показників, а саме Т-лімфоцитів та IgA.

Таким чином, отримані дані свідчать про ефективність застосування корисних симбіонтів

з метою профілактики дисбіотичних зсувів та підтримки імунітету дітей раннього віку в умовах значного промислового впливу. Доцільно використовувати профілактичні курси пробіотиків під час сезонного напруження імунітету дітей та з метою профілактики негативної екопатогенної дії навколишнього середовища, коли елімінація шкідливих чинників неможлива.

РОЛЬ ЕНДОТОКСИНЕМІЇ КИШКОВОГО ПОХОДЖЕННЯ В ПАТОГЕНЕЗІ БАКТЕРІАЛЬНИХ АНГІН, СКАРЛАТИНИ І ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ

Н.В. РИМАРЕНКО, С.В. УSOBA, С.Т. ЧВЕТКО, Е.А. ГРИНЬ

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

Інфекційний токсикоз при захворюваннях, викликаних грам-позитивною флорою, зумовлений як збудниками, так і їх токсинами. Однак в порожнині кишечника знаходиться велика кількість грам-негативних мікроорганізмів, зовнішня мембрана яких містить ендотоксин (ЕТ). Разом з тим, в умовах перебігу інфекційного захворювання створюються умови (загибель мікрофлори в результаті застосування антибіотиків, підвищення проникності слизової оболонки кишечника тощо) для підвищеного проникнення ЕТ із кишечника в системний кровоплин.

Ми визначали рівень ЕТ в сироватці крові у 112 дітей, хворих на бактеріальні ангіни, скарлатину і гнійні менінгіти, викликані грам-позитивною флорою. Рівень ЕТ перевищував фізіологічний ($p < 0,001$) у всіх хворих на момент вступу до стаціонару і зростав у більшості хворих (61%) до 3-го дня терапії ($p < 0,001$). При цьому концентрація ЕТ знаходилась в прямій залежності від тяжкості захворювання.

Відомо, що ендотоксин реалізує свої ефекти за допомогою клітинної активації, в результаті чого запускаються реакції запального каскаду. Нами виявлено, що при підвищенні рівня ЕТ в сироватці крові збільшувалась експресія CD14-рецепторів на моноцитах (на 21–53%, $p < 0,05$) і гранулоцитах (на 17–27%, $p < 0,05$). Однак на піку ендотоксинемії здатність моноцитів реагувати на ЕТ знижувалась на 11–19% ($p < 0,05$).

Досліджувалась також експресія активних ЕТ-зв'язуючих рецепторів (включають Fc, «скевінджер»-рецептори тощо) на гранулоцитах, які можуть зв'язувати ЕТ без ініціації викиду цитокінів. Установлено збільшення експресії рецепторів в 1,2–1,7 разу в гострому періоді ангіни і скарлатини, при цьому у хворих із тяжкими формами захворювання рівень експресії був достовірно нижчим ($p < 0,001$), ніж у хворих із середньою тяжкістю хвороби. У хворих на гнійні менінгіти збільшення експресії

рецепторів було мінімальним, яке не досягало достовірності.

Таким чином, системна ендотоксинемія, яка розвивається на тлі інфекційного процесу, етіологічно зумовленого грамположитивною флорою, є складовою частиною патогенезу захворювання і може впливати на його тяжкість.

ПЕРСПЕКТИВИ ДОКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ В РЕВМАТОЛОГІЇ

Т.А. РИЧКОВА

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

У даний час отримала розвиток концепція індивідуального здоров'я, що базується на прогнозуванні захворюваності з використанням новітніх протоколів доклінічної серодіагностики, що включають в себе схеми оцінки індивідуальних профілів аутоантитіл (ААТ).

Чим пояснюється той факт, що спостережувані аномалії в продукції специфічних ААТ належать до найранніх ознак захворювання й складають основу для розробки сучасних протоколів доклінічної серодіагностики? Слід зазначити, що кількість спеціалізованих клітин будь-якого органа або тканини багаторазово перевищує той мінімум, який необхідний для забезпечення їх спеціалізованих функцій. Тому процес формування відповідної патології характеризується двостадійністю: по-перше, компенсованою стадією доклінічної патології та, по-друге, стадією клінічної маніфестації.

Виснаження компенсаторних механізмів і відповідно зростання сироваткових ААТ лише через місяці або роки може досягти тієї критичної позначки, коли у пацієнта вперше починають виявлятися характерні клінічні ознаки хвороби, що відображають спочатку функціональний дефіцит органа-мішені, а потім і розгорнуту клінічну симптоматику.

Серед аутоантитіл проти цитрулінованих білків, що використовуються для серодіагностики в ревматології, при захворюваннях суглобів пильну увагу привертають антитіла до циклічного цитрулінованого пептиду (анти-ЦЦП), які на 87,8–96,4% є специфічними маркерами при ревматоїдному артриті (РА). Припускається, що анти-ЦЦП не тільки є діагностичним маркером РА, але й беруть безпосередню участь у патогенезі захворювання. Вірогідно є доцільним визначення даного виду антитіл при різній суглобовій патології, у зв'язку з багатоваріантністю її перебігу та непередбачуваними наслідками.

Метою нашої роботи було визначення рівня анти-ЦЦП у 84 дітей віком від 3 до 16 років, які страждали на РеА і знаходились на стаціонарному лікуванні в лікувальних закладах міста Луганська.

Визначення рівня анти-ЦЦП проводили за допомогою фотометра імуноферментного планшетного «Ефос 9305» (Росія), із використанням діагностичного набору «Anti CCP ELISA (IgG)» фірми «Euroimmune» (референтні негативні значення менше 5 Од/мл).

Отримані результати свідчили, що у дітей із РеА рівень антитіл до ЦЦП коливався від 0,59 до 66,8 Од/мл і в середньому становив $4,39 \pm 1,48$ Од/мл. У 17 (20,2%) дітей із РеА рівень антитіл до ЦЦП перевищував 5 Од/мл (середній показник становив $12,31 \pm 4,17$ Од/мл). Серед цих пацієнтів слабопозитивні результати (від 5 до 10 Од/мл) виявлено у 11 (13,1%) дітей – середній рівень анти-ЦЦП $6,48 \pm 0,33$ Од/мл; позитивні значення отримано у 6 (7,1%) дітей – $23,01 \pm 8,94$ Од/мл. Крім того, 5 (5,9%) дітей мали рівень антитіл до ЦЦП, що наближався до межі позитивності з коливаннями від 4,51 до 4,78 Од/мл.

Таким чином, отримані дані свідчили, що у 20,2% дітей, тобто у кожної п'ятої дитини із РеА, рівень антитіл до ЦЦП перевищував референтні негативні значення. По-перше, це свідчить про гетерогенність аутоімунітету у дітей з РеА, по-друге, ці діти складають групу ризику щодо розвитку РА, що зумовлює необхідність розробки та застосування індивідуальних схем спостереження та профілактичного лікування на доклінічній стадії розвитку даного захворювання.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Л.В. РОМАНЧУК, Н.Е. РЕВЕНКО

НИИ Охраны здоровья матери и ребенка.
Государственный медицинский университет
«Н. Тестемицану», г. Кишинев, Молдова

Нарушения ритма сердца являются частой причиной смерти пациентов с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) и основой их возникновения служит нарушение вегетативной регуляции сердечной деятельности.

Цель исследования: изучение особенностей клиники и нарушения ритма сердца у детей с ДСТ и пролапсом митрального клапана (ПМК).

В группу исследования были включены 190 детей: 160 (84,2%) пациентов с ПМК и ДСТ, средний возраст $13,32 \pm 0,23$ года и 30 (15,79%) здоровых детей, средний возраст $12,2 \pm 0,72$ года ($p > 0,05$). Были проанализированы клинические признаки и результаты инструментального исследования (ЭКГ, эхокардиография с цветным Допплером, Холтер ЭКГ мониторинг 24 часа с определением вариабельности ритма сердца).

Анализ клинических симптомов выявил преобладание болей в области сердца (90,0%), сердцебиений (83,75%), нарушений ритма сердца (67,2%). Преобладающими признаками дисплазии соединительной ткани у пациентов с ПМК в 66,87 и 26,67% случаев у здоровых детей было астеническое телосложение ($p < 0,001$); нарушение осанки у детей с ПМК – в 50,0 и 13,33% случаев у здоровых детей ($p < 0,001$); гипермобильность суставов – у 31,87% пациентов с ПМК и 10,0% здоровых детей ($p < 0,01$); сколиоз – в 27,5% случаев при ПМК и 13,33% у здоровых детей ($p > 0,05$). Результаты ЭКГ определили синдром ранней реполяризации в миокарде левого желудочка у пациентов с ПМК в 75,62% в сравнении с 23,33% случаев у здоровых детей ($p < 0,001$); нарушения ритма сердца: наджелудочковые экстрасистолы у пациентов с ПМК в 18,12% и у 10,0% здоровых детей ($p > 0,05$). Результаты эхокардиографического исследования показали: ПМК I степени (95,62%), ПМК II степени (4,38%). Холтер ЭКГ мониторингирование 24 часа выявило наличие наджелудочковых экстрасистол у 86,25% детей с ПМК и 13,33% здоровых детей ($p < 0,001$), желудочковых экстрасистол – у 18,75% пациентов с ПМК и 3,33% здоровых детей ($p < 0,05$). Анализ вариабельности сердечного ритма на Холтер ЭКГ мониторингирование 24 часа с изучением параметров частотной области демонстрирует превалирование в 98% случаев параметров (VLF) очень низкочастотных и (LF) низкочастотных, что объясняет активность симпатического отдела вегетативной системы.

Наличие признаков дисплазии соединительной ткани у пациентов с ПМК выявило преобладание астенического телосложения у 66,87% детей. Синдром ДСТ и пролапс митрального клапана в проведенном исследовании сопровождалась различными нарушениями ритма: наджелудочковыми экстрасистолами – у 86,25% и желудочковыми экстрасистолами – у 18,75% детей. Преобладание очень низкочастотных и низкочастотных параметров объясняет вегетативную дисфункцию сердца снижением контроля парасимпатической нервной системы и доминированием симпатической нервной системы.

БУЛЬБОАНГИОСКОПИЯ СУДИН КОН'ЮНКТИВИ ОКА У ДІТЕЙ З РЕАКТИВНИМИ АРТРОПАТИЯМИ

В.М. САВВО, Г.В. КРИВОШЕЙ, О.М. АПАНАСЕНКО

Харківська медична академія післядипломної освіти

Мікроциркуляція (МЦ) є важливим ланцюгом системи кровообігу, швидко реагує на дію різних патологічних факторів, тому порушення МЦ є ранніми, стійкими і часто єдиними

ознаками хвороби. Бульбоангіоскопія судин поверхневого шару кон'юнктиви очного яблука дає гарний огляд всіх ланок мікроциркуляторного русла; виразно виявляє ангіоархітектоніку. Судини кон'юнктиви очного яблука залежно від стану організму і різних впливів на нього певною мірою відображають стан мікроциркуляторного русла на системному рівні. Перевага кон'юнктиви очного яблука, як об'єкта для оцінки мікроциркуляції, полягає в доступності для досліджування, в гарному контрастуванні еритроцитарного потоку на білому фоні склери і в наявності омиваючої сльозної рідини, яка перешкоджає нагріванню і висиханню кон'юнктиви в результаті дії теплового освітлювального пристрою. Важливою перевагою методу біомікроскопії бульбарної кон'юнктиви ока є неінвазивність, швидкість отримання результатів, інформативність.

Мета дослідження: вивчити МЦ судин бульбарної кон'юнктиви ока у дітей при реактивних артропатіях (РеА) на основі мікроскопічного дослідження.

Обстежено 76 дітей, хворих на РеА, які знаходились на лікуванні в міському дитячому кардіоревматологічному відділенні м. Харкова у 2009–2011 рр., віком від 2 до 14 років. Мікроскопію бульбарної кон'юнктиви (МБК) виконували на щільній лампі моделі SM-12H фірми Tасасі Seiko. Кількісно-якісну оцінку змін МЦ-системи очного яблука проводили з урахуванням кон'юнктивальних індексів змін (КІЗ), як суму: індексу периваскулярних змін (ІПЗ), індексу судинних змін (ІСЗ) та індексу внутрішньосудинних змін (ІВЗ) у балах. Порушення швидкості кровообігу класифікували наступним чином: сповільнення, яке проявляється переривчастістю, негомогенністю руху еритроцитів вздовж капіляра та прискорення. Важливим проявом внутрішньосудинних порушень є феномен агрегації еритроцитів.

Вивчення клінічних особливостей показало, що переважав гострий початок захворювання у 60 (78,9%) хворих з появою вираженого болю, припухлості і обмеженням об'єму руху уражених суглобів, особливо у дітей молодшого віку. Підгострий розвиток артриту у 7 (9,2%) дітей характеризувався невираженою дефігурацією суглобів і помірним больовим синдромом. Затяжний перебіг спостерігався у 9 (11,8%) хворих, з перевагою гострого початку у дітей молодшої вікової групи.

При дослідженні судин бульбарної кон'юнктиви у дітей з гострим початком захворювання судинні зміни виявлено у 43 (71,6%) хворих. Судинні зміни проявлялись у вигляді нерівномірності калібру судин на 73 (60,8%) очах, нерівномірності калібру артеріол на 64 (53,3%) очах, звивистості судин на 86 (71,6%) очах, звивистості артеріол та капілярів на 91 (75,8%).

У 5 осіб на 9 (7,5%) очах спостерігалися відхилення у швидкості кровообігу: переважно це

було його сповільнення, а на 3 (2,5%) очах спостерігався феномен агрегації еритроцитів.

КІЗ при РеА у дітей з гострим перебігом складав від 12 до 15 балів (при нормі до 4 балів), що значно перевищувало показник у групі здорових дітей.

В групі хворих з підгострим розвитком РеА судинні зміни були такими, як при гострому початку хвороби. Однак ми не виявили у хворих відхилення у швидкості кровообігу та феномену агрегації еритроцитів. КІЗ при підгострому перебігу складав від 10 до 16 балів.

Найбільш виражені судинні зміни виявлено в групі дітей з затяжним перебігом РеА. Зміни проявлялися у вигляді нерівномірності калібру судин на 15 (83,3%) очах, звивистості судин на 17 (94,4%) очах, нерівномірності калібру артеріол на 13 (72,2%) очах, звивистості артеріол на 16 (88,9%) очах, звивистості капілярів на 17 (94,4%) очах. На 14 (77,7%) очах спостерігалось сповільнення швидкості кровообігу, а на 11 (61,1%) – феномен агрегації еритроцитів. Зміни, виявлені у хворих з затяжним перебігом РеА, якісно відрізнялися від змін при гострому перебігу і були більш вираженими.

При затяжному перебігу РеА КІЗ перевищував показники при гострому перебігу і складав від 14 до 18 балів.

Виявлені зміни судин бульбарної кон'юнктиви ока свідчать про порушення МЦ і пов'язані з нею реологічні зміни у дітей з реактивними артропатіями. Найбільш виражені порушення МЦ спостерігаються при затяжному перебігу реактивних артропатій. Виявлені судинні зміни проявлялись у вигляді нерівномірності калібру судин, нерівномірності калібру артеріол, звивистості артеріол і капілярів в очах. Ознаками порушення МЦ також був спазм артеріол, застій крові в венулах, зниження інтенсивності кровообігу в капілярах, феномен агрегації еритроцитів.

ОЦІНКА ДОБОВОГО РИТМУ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ДІТЕЙ ІЗ СПОЛУЧНОТКАНИННОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СЕРЦЯ

В.М. САВВО, О.М. АПАНАСЕНКО, Т.О. ФІЛОНОВА,
С.Ю. ЛУПАЛЬЦОВА, Н.І. МАМАЛУЙ, Л.П. КИСЕЛЬОВА,
Д.О. ЗОЛОТАЙКІН

Харківська медична академія післядипломної освіти

Будь-які фізіологічні процеси мають відповідну часову організацію. Параметри серцевого ритму також мають циркадну мінливість, що є безпосереднім проявом варіабельності серцевого ритму, і відбивають функціональні резерви серцево-судинної системи при адаптації до добового циклу вільної активності.

Метою роботи була оцінка добової динаміки частоти серцевих скорочень (ЧСС) у дітей з різ-

ними проявами сполучнотканинної дисплазії серця, у тому числі на підставі визначення циркадного індексу (ЦІ). Було обстежено 120 дітей віком від 3 до 12 років (чоловічої статі – 59, жіночої – 61) з синдромом дисплазії сполучної тканини серця (СДСТС). Контрольну групу склали 33 практично здорових однолітків, у яких під час обстеження не було діагностовано патологічних змін з боку серцево-судинної системи.

Програма обстеження, крім клініко-анамнестичних й лабораторних методів, включала стандартну електрокардіографію, доплерехокардіографію, добове моніторування ЕКГ, вивчення вегетативного гомеостазу. У всіх дітей оцінювали ЧСС в різні добові періоди моніторування з урахуванням віку. В цілому, у дітей груп спостереження серцевий ритм у всі вікові періоди незалежно від статі мав характерну добову динаміку зі зниженням ЧСС вночі. Середньодобова, середня нічна та середня денна ЧСС у дітей з СДСТС була дещо вищою, ніж у однолітків контрольної групи. Чіткої залежності між рівнем ЧСС та різними формами малих аномалій розвитку серця (МАРС) у дітей не виявлено. Оскільки рівень ЧСС має високу варіабельність залежно від статі, віку та інших факторів, то для оцінки циркадної динаміки ЧСС використовували визначення ЦІ (відношення середньої добової до середньої нічної ЧСС), який вважається стійкою компонентою формування добового ритму серця.

У пацієнтів із СДСТС величина ЦІ коливалася від 1,11 до 1,90, середнє значення склало $1,34 \pm 0,09$. На підставі цього індексу робили висновок про циркадний профіль (ЦП) ЧСС, який у 65,8% пацієнтів розцінено як нормальний, у 12,5% – посилений, у 10,8% – ригідний; у решти дітей відмічалася тільки тенденція до посилення або ригідності ЦП (2,5 та 8,3% відповідно). У контрольній групі тільки у двох випадках (6,1%) виявлено тенденцію до підсилення ЦП, у решти дітей спостерігався нормальний добовий ритм серця. Аналізуючи ЦІ в трьох підгрупах дітей з різними формами МАРС, було отримано статистично значущі відмінності при порівнянні показників з контрольною групою у хлопчиків 8–12 років з ПМК ($p < 0,05$), хлопчиків 8–12 років та всіх дітей 8–12 років з ізольованими АРХ ЛШ ($p < 0,05$).

Таким чином, у дітей із СДСТС спостерігається збереження характерного тренду ЧСС із закономірним уповільненням ритму серця в період нічного сну. Взагалі, середні значення ЧСС у дітей з СДСТС дещо вищі, ніж у однолітків контрольної групи, що можливо вказує на підвищену чутливість серцевого ритму до впливу симпатичного відділу ВНС. У більшості дітей із мікроаномаліями (65,9%) відмічається динаміка серцевого ритму із нормальним значенням ЦІ, що свідчить про правильну структуру добової організації ритму серця, про адекватність

вегетативної регуляції серця і/або компенсований стан кардіальної патології. Рідше має місце підвищена чутливість серця до впливу симпатичного відділу ВНС на фоні вихідного високого рівня ваготонії або зниження вагосимпатичної регуляції.

В цілому, у дітей із сполучнотканинною дисплазією частота різних варіантів циркадного профілю суттєво відрізнялася від таких у здорових однолітків.

ДИНАМІЧНІ СПІРОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ АЛЬТЕРНАТИВНИХ РЕЖИМІВ УТРИМАННЯ КОНТРОЛЮ ПЕРСИСТУЮЧОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

С.І. САЖИН, М.М. ГРИЦЮК*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Попри те, що в шістдесяті роки бронхіальна астма (БА) розглядалася як епізодичне захворювання зі зворотною обструкцією дихальних шляхів, наразі астма вважається хронічною патологією, зумовленою наявністю хронічного запалення бронхів у комбінації з їх реактивністю. Змінилися відповідно і підходи до лікування БА, адже сучасні рекомендації щодо базисної терапії передбачають досягнення контролю з його постійним моніторингом та підбором найменших доз протизапальних препаратів. Одним із режимів утримання контролю БА вважають одноразовий добовий прийом інгаляційних кортикостероїдів (ІГКС).

Мета роботи: за змінами спірометричних показників оцінити ефективність одноразового добового режиму ІГКС порівняно з дворазовим у моніторингу контрольованої БА в дітей шкільного віку.

На базі пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 83 школярів, хворі на персистуючу середньотяжку БА, які впродовж трьох місяців отримували базисну терапію ІГКС, завдяки чому досягнуто контролю над БА за клінічно-анамнестичними критеріями. За допомогою таблиці випадкових чисел дітей рандомізовано на дві групи порівняння. До І групи ввійшли 42 дитини, яким у подальшому зменшили добовий обсяг базисної терапії за рахунок переходу на однократний режим, до ІІ – 41 дитина, в яких деескалація добового обсягу ІГКС відбулася зі збереженням кратності добового прийому. Групи виявились порівнюваними за основними клінічними показниками. Для визначення динамічних спірометричних показників (вихідний рівень об'єму форсованого видиху на 1 сек (ОФВ₁), пікова об'ємна швидкість (ПОШ), індекс Генслера як помножене на 100% відношення ОФВ₁ до форсованого життєвого

об'єму легень) проводили спірографічне обстеження на початку та через 12 тижнів деескалації обсягу ІГКС за допомогою спірографа фірми MicroLab. Ефективність лікування оцінювали за зниженням абсолютного (ЗАР) та відносного ризиків (ЗВР), мінімальною кількістю хворих, яких необхідно пролікувати для досягнення одного позитивного результату (МКХ).

Встановлено, що за всіма динамічними показниками в дітей груп порівняння спостерігалася тенденція до збільшення середніх значень спірометричних характеристик. Водночас, одноразовий добовий режим використання ІГКС володів дещо кращою ефективністю відносно стандартної схеми базисного лікування БА за частотою виникнення рівня ОФВ₁ менше 80% від вікової норми: ЗАР – 7,4%, ЗВР – 60,9% (95% ДІ 50,7–70,6), МКХ – 1,6 (95% ДІ 0,1–6,6) та індексу Генслера нижче 80% ЗАР – 7,1%, ЗВР – 51,2% (95% ДІ 41,0–61,3), МКХ – 2,0 (95% ДІ 0,1–7,4). Дворазовий режим, натомість, володів дещо кращою ефективністю відносно разового прийому ІГКС, за частотою виникнення серед пацієнтів рівня ПОШ менше 80%: ЗАР – 8,5%, ЗВР – 17,1% (95% ДІ 10,3–25,9), МКХ – 5,9 (95% ДІ 2,1–12,6).

Одноразовий добовий прийом ІГКС як метод утримання контрольованої БА в дітей шкільного віку не поступається стандартному режиму базисного лікування за динамікою спірометричних показників (ОФВ₁, ПОШ, індекс Генслера).

ЗАСТОСУВАННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ “НАФТУСЯ” В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В ДИТЯЧОМУ САНАТОРІЇ “ДЖЕРЕЛО”

С.М. САРАНЧА, М.І. БОРИСЕНКО, О.В. ГРЕБІНЮК,
Л.Р. ПЕЛЕП'ЮК, В.С. ТУЧКОВА

Санаторій “Джерело”, м. Трускавець

Хронічні захворювання органів травлення відносяться до патології, яка часто зустрічається як у дітей, так і у дорослих. Зберігається тенденція до їх наростання. У більшості дорослих хворих витоки даної патології знаходяться в дитячому віці. Відомі методи лікування хронічних захворювань органів травлення не завжди достатньо ефективні, що зумовлює рецидивуючий перебіг захворювань, набуття більш тяжкого перебігу, розвиток патологічних змін в інших органах травної системи. У більшості хворих, які лікувалися в дитячому санаторії “Джерело”, мала місце поєднана патологія органів травлення. Найчастіше у хворих виявлялося поєднання патології біліарної системи і гастродуоденальної зони (у 93,25%). Досить часто дані захворювання поєднувалися і з па-

тологією підшлункової залози (у 42,82%). У зв'язку з цим проблема ефективного лікування поєднаної патології органів травлення залишається актуальною в дитячій гастроентерології. Важливою складовою комплексної реабілітації дітей з хронічною патологією органів травлення є санаторно-курортне лікування.

У даній роботі узагальнено багаторічний досвід санаторію “Джерело” щодо застосування мінеральної води “Нафтуса” в комплексній реабілітації дітей з поєднаною патологією органів травлення. При всупі до санаторію кожна дитина оглядається лікарем, який призначає лікування, а за необхідності і дообстеження (лабораторні та інструментальні методи). Лікування пацієнтів розпочинається зразу після вступу до санаторію з поступовим його розширенням. За показаннями діти оглядаються і лікуються стоматологом. Хворі в перші 3–4 дні знаходяться на щадно-тренуючому режимі з наступним переходом на тренуючий. При призначенні дієтотерапії та лікування до уваги береться варіант поєднання патології органів травлення. Так, лікувальне харчування призначається за захворюванням, яке вимагає більш щадної дієти.

При призначенні мінеральної води хворим визначальним є варіант поєднаної патології органів травлення та стан секреторної функції шлунка. Дітям із захворюваннями гепатобілярної системи призначається “Нафтуса”, а при захворюваннях і гастродуоденальної зони – додатково і мінеральна вода джерела № 1 або джерела № 2 залежно від стану кислотоутворюючої функції шлунка. При захворюваннях кишечника дітям зі схильністю до проносів призначається мінеральна вода джерела № 1, а зі схильністю до закрепів – мінеральна вода джерела № 2. При дискінезії жовчовивідних шляхів за гіпотонічним типом та за відсутності патології підшлункової залози “Нафтуса” також призначається і у вигляді тюбажів. Широко використовуються фізіотерапевтичні методи лікування (ванни за індивідуальним підбором: мінеральні, кисневі, хвойні, перлинні; озокеритні аплікації та методи апаратної фізіотерапії) відповідно до хронічних захворювань органів травлення в дітей. Також пацієнтам обов'язково проводиться санація хронічної вогнищевої інфекції верхніх дихальних шляхів.

Під впливом санаторно-курортного лікування настало покращення в 98,4% дітей. Погіршення стану не спостерігалось в жодного хворого. Результати катамнестичного спостереження свідчать, що комплексна реабілітація в дитячому санаторії “Джерело” зменшує частоту рецидивів хронічних захворювань органів травлення у дітей та подовжує їх ремісію.

ПОКАЗНИКИ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ У ДІТЕЙ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПІЕЛОНЕФРИТІ

А.В. САХАЛТУЄВА, О.І. СЛОБОДЯН

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

Хронічний пієлонефрит (ХП) залишається одним з інфекційно-запальних захворювань сечовивідної системи, які найчастіше зустрічаються у дітей в світі, у тому числі в Україні. Актуальність вивчення ХП зумовлена, зокрема, можливим розвитком у цих хворих артеріальної гіпертензії і пов'язаних з цим змін ЕКГ.

У роботі вивчено зміни ЕКГ при добовому моніторингу в порівнюваних за віком і статтю групах дітей з обструктивним (47) і необструктивним (29) типами ХП порівняно з 25 здоровими дітьми віком від 10 до 15 років.

Встановлено, що середньодобова частота серцевих скорочень (ЧСС), середньодобова кількість надшлуночкових (НЕ) і шлуночкових екстрасистол (ЖЕ) були найвищими в групі дітей з обструктивним типом ХП, істотно перевищуючи відповідні показники в групі здорових осіб ($p < 0,001$). Середньодобова кількість НЕ і ЖЕ в групі дітей з обструктивним ХП була значно більшою порівняно з групою дітей, хворих на необструктивний ХП ($p < 0,01$ і $p < 0,001$ відповідно).

Варіабельність серцевого ритму (ВСР) була підвищеною порівняно з групою контролю як в групі дітей з обструктивним, так і необструктивним ХП за результатами вивчення часових показників: стандартного відхилення середньої тривалості синусових інтервалів R-R (SDNN, $p < 0,01$), середнього стандартного відхилення R-R всіх 5-хвилинних фрагментів запису ЕКГ (SDANN, $p < 0,001$), індексу SDNN ($p < 0,001$) а також відхилення базового ритму в діапазоні низьких частот LF ($p < 0,01$). Виявлено значуще переважання в групі дітей з обструктивним ХП порівняно з необструктивним типом показника SDANN а також спектру низьких LF ($p < 0,001$) і дуже низьких частот VLF ($p < 0,01$).

На підставі отриманих даних можна передбачити, що у дітей з ХП вказаної вікової категорії збільшення ЧСС, частоти НЕ і ЖЕ порівняно з групою здорових, переважання частоти НЕ і ЖЕ в групі дітей з обструктивним ХП може бути пов'язане з впливом на серце симпатичної нервової системи, що підтверджується відмінностями між групами в тимчасових показниках ВРС і спектрах низької і дуже низької частоти.

ВПЛИВ ПНЕВМОНІЧНОГО ТОКСИКОЗУ НА ПРОЦЕСИ ПЕРОКСИДАЦІЇ ТА АНТИОКСИДАНТНИЙ ЗАХИСТ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, СПОСОБИ КОРЕКЦІЇ

Я.В. СЕМКОВИЧ, В.П. ВАЛЬЧИШИН*

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет».

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

Дані літератури свідчать, що у хворих на пневмонію значно активізуються процеси ПОЛ і при цьому утворюються вільні радикали та перекисні сполуки, які спричиняють безпосередній пошкоджуючий вплив на легеневу тканину. Надмірна активація ПОЛ та порушення в системі антиоксидантної активності є одним із механізмів формування антиоксидантної недостатності.

Обстежено 60 дітей віком від трьох місяців до трьох років, хворих на пневмонію, ускладнену токсичним синдромом, які лікувались у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) обласної дитячої клінічної лікарні м. Івано-Франківська. У всіх дітей проводили визначення процесів ПОЛ (ТБК-активних продуктів: ДК, МДА) і АОЗ (церулоплазмін, каталаза) при вступі до ВАІТ, переводі до соматичного відділення та після закінчення лікування. Дітей було розподілено на три групи: I група (дослідна) – 32 (53,0%) хворих на ускладнену пневмонію, які в комплексі з базовою терапією отримували небулайзерну терапію компресорним апаратом фірми «Омрон» з використанням інгаляційного глюкокортикостероїду (ІГК) короткої дії (флутиказону пропіонат) в небулах по 100 мкг тричі на добу і фенспіриду гідрохлориду дозою 4 мг/кг маси тіла на добу, всередину, в три прийоми; II група (порівняння) – 28 дітей (47,0%), хворих на ускладнену пневмонію, які отримували базову терапію. Контрольну групу склали 10 практично здорових дітей.

Результати дослідження показали, що при вступі у дітей, хворих на пневмонію, ускладнену токсичним синдромом, спостерігалась значна активація процесів ПОЛ, яку ми оцінювали за нагромадженням проміжних та кінцевих продуктів у сироватці крові. Рівень ДК при вступі в них складав $0,79 \pm 0,01$ ум. од. в 1 мл плазми. Рівень ТБК-активних продуктів у дітей із токсичним синдромом на момент вступу практично удвічі перевищував нормальні величини і становив $6,43 \pm 0,14$ нмоль/мл. Каталазна активність та рівень церулоплазміну при вступі мали виражену реакцію-відповідь на агресію: $9,53 \pm 0,14$ нмоль H_2O_2 /мл і $77,43 \pm 2,01$ ум. од. відповідно. При переведенні до соматичного відділення у дітей обох груп рівень церулоплазміну знизився до $67,44 \pm 1,39$ і $74,88 \pm 3,0$ ум. од. відповідно ($p < 0,001$). Каталазна активність у дітей I групи склала $8,86 \pm 0,18$ нмоль H_2O_2 /мл, тоді як у дітей II групи цей показник був

вищим: $9,20 \pm 0,21$ нмоль H_2O_2 /мл ($p < 0,001$). Після закінчення лікування в стаціонарі позитивної динаміки досягла каталазна активність у дітей обох груп, зокрема, нормальних величин досягла тільки в I групі, на відміну від дітей II групи, – $7,87 \pm 0,12$ та $9,02 \pm 0,14$ нмоль H_2O_2 /мл відповідно ($p < 0,001$). Проміжні та кінцеві продукти пероксидації мали тенденцію до зниження у дітей обох груп з перевагою у дітей I групи ($p < 0,05$). Рівень ТБК-активних продуктів у дітей I групи знизився від $6,43 \pm 0,14$ нмоль/мл при вступі до $3,91 \pm 0,05$ нмоль/мл ($p < 0,001$) при виписці зі стаціонару. У дітей II групи дані показники склали – $6,43 \pm 0,14$ і $4,10 \pm 0,06$ нмоль/мл відповідно ($p < 0,001$).

Раннє призначення протизапального препарату фенспіриду гідрохлориду, тропного до епітелію дихальних шляхів, в комплексі з небулайзерною терапією забезпечує раціональний контроль над симптомами запалення, сприяє поліпшенню реологічних властивостей харкотиння і дозволяє рекомендувати запропоноване поєднання з базовою терапією у лікуванні пневмонії у дітей раннього віку, ускладненої токсичним синдромом, впливаючи на основні ланки патогенезу.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ, ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ І ПСИХІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СУЧАСНИХ ШКОЛЯРІВ

І. В. СЕРГЕТА, О. П. МОСТОВА

Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова

Адекватною передумовою та необхідним засобом ефективного здійснення активної діяльності в умовах перебування у сучасній школі слід вважати високий рівень адаптації учнів до навчального процесу. Необхідно підкреслити, що процес адаптації реалізується завжди, коли у системі «організм-середовище» виникають будь-які зміни, які забезпечують формування нового гомеостатичного стану та дозволяють досягти максимальної ефективності фізіологічних функцій і поведінкових реакцій.

У цьому контексті прийнято виділяти соціально-психологічну, психофізіологічну та психічну адаптацію. Соціально-психологічна адаптація являє собою процес пристосування індивідууму до групи, становлення певних взаємовідносин з нею, вироблення індивідуального стилю поведінки. Психофізіологічна адаптація пов'язана із забезпеченням оптимальної організації психофізіологічних співвідношень у структурі функціонування фізіологічних систем, які мають важливе адаптаційне значення. Зрештою, психічну адаптацію учнів, в першу чергу, визначають особливості процесу станов-

лення оптимального співвідношення особистості та внутрішньошкільного середовища в ході діяльності, що здійснюється, дозволяє задовольняти актуальні потреби і реалізувати пов'язані з ними соціально- та навчально-значущі цілі і задачі на тлі збереження високого рівня психічного та соматичного здоров'я. Адекватний перебіг адаптаційних перетворень забезпечує формування високої навчально-значущої адаптації, під якою розуміють адекватне пристосування школярів до характеру, змісту, умов та організації навчального процесу. Отже, успішність навчання школярів залежить від багатьох чинників, серед яких однією із найважливіших є функція регуляції пізнавальної діяльності, на розвиток якої суттєвий відбиток накладає рівень розвитку психофізіологічних функцій та особливостей особистості.

В ході проведених досліджень встановлено, що сучасні учні шкільного віку не завжди успішно опановують знання аж ніяк не тому, що мають слабку підготовку в середній школі, а тому, що у них не сформовані такі риси особистості, як готовність до навчання, здатність навчатися самостійно, адекватно контролюючи і оцінюючи себе, практично лише в поодиноких випадках здійснюється урахування індивідуальних особливостей реалізації пізнавальної діяльності, не розроблені сучасні класифікаційні підходи до визначення закономірностей становлення провідних навчально-значущих психофізіологічних функцій і особливостей особистості, надзвичайно низьким є рівень психічного і фізичного здоров'я та рухової активності. Саме тому особливу увагу під час здійснення комплексної оцінки стану здоров'я дівчат і юнаків має бути приділено визначенню особливостей поширення в учнівському середовищі дозологічних нервово-психічних зрушень як станів передзахворювання, а також преморбідних особливостей особистості школярів. В їх структурі, передусім, необхідно відмітити наявність таких ранніх дисфункціональних станів психопатологічного характеру, як ситуаційні невротичні реакції, невропатичні риси характеру, наявність окремих епізодів несприятливих зрушень з боку афективності та психічної продуктивності. Як провідні ознаки ранніх дисфункціональних станів соматовегетативного характеру, що впливають на хід адаптаційних перетворень, слід виділити наявність астено-вегетативних проявів, кардіальних і судинних дисфункцій.

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ НА ПІДСТАВІ ВИКОРИСТАННЯ ПРОЦЕДУР ФАКТОРНОГО АНАЛІЗУ

Д.П. СЕРГЕТА

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

Розглядаючи проблеми комплексної оцінки стану здоров'я, дозологічної діагностики та запобігання виникненню імовірних відхилень у його стані, необхідно зазначити, що здоров'я людини, з одного боку, опосередковане численними факторами довкілля та соціальних умов життя, з іншого – динамічно розвивається, зберігаючи наслідки як впливу умов перебування, так і генетичної детермінації. Саме тому як провідні тенденції формування здоров'я новонароджених дітей на сучасному етапі слід визначити: зниження рівня і темпів народжуваності, зменшення кількості багатодітних сімей, збільшення частки недоношених дітей з малою та надзвичайно масою тіла, зростання питомої ваги перинатальної і природженої патології, почастищення випадків раптової смерті у структурі смертності немовлят. Таке становище зумовлює пріоритетність здійснення комплексної оцінки здоров'я і, передусім, морфофункціонального стану, новонароджених дітей, встановлення причинно-наслідкових зв'язків здоров'я і факторів, які його формують.

Метою дослідження було здійснення комплексної оцінки морфофункціонального стану організму новонароджених дітей у зв'язку з особливостями особистості їх матерів на підставі використання процедур факторного аналізу. В ході виконання наукової роботи вимірювали такі антропометричні показники новонароджених, як довжина і маса тіла, обвід грудної клітки і голови, визначали масо-зростовий показник та ряд індексних значень. Для вивчення особливостей особистості матерів новонароджених використовували особистісні опитники Айзенка, Спілберге-ра, Шмішека, Роттера, Люшера і Малкової, а також психометричну шкалу Цунга. Застосування медико-соціологічних методів передбачало здійснення поглибленої оцінки житлово-побутових і соціально-економічних умов життя, особливостей способу життя сімей новонароджених тощо. Застосування процедур факторного аналізу зумовлювало проведення 4 основних етапів статистичних перетворень: створення кореляційної матриці для змінних, що підлягають аналізу, відокремлення окремих факторів та розрахунок ступеня факторних навантажень, обертання факторів для створення спрощеної схеми їх трактування за методикою Varimax, ідентифікація та змістовна інтерпретація факторів, які визначені.

Головним призначенням методу факторного аналізу є виявлення латентних, прихованих за

своїм змістом, першопричин, які пояснюють наявність кореляції між досліджуваними ознаками і, що надзвичайно важливо, змістовно інтерпретуються. В ході проведеного дослідження встановлено фактори, які достатньо чітко і адекватно визначають закономірності перебігу процесів фізичного розвитку новонароджених дітей. До їх числа необхідно віднести вік матері та особливості її медико-соціального статусу і соматометричних показників, дані щодо збільшення маси тіла протягом періоду вагітності, порядковий номер вагітності, характеристики ситуативної і особистісної тривожності, наявність акцентуованих рис особистості, ступінь поширення особистісних проявів астеничного і депресивного ряду тощо.

ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ОБСТРУКТИВНИХ УРАЖЕНЬ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПРИ ВАДАХ РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

О.К. СЛЄПОВ, В.П. СОРОКА, Р.Г. МАТВІЙЧУК,
О.П. ПОНОМАРЕНКО, О.П. ДЖАМ, Л.Ю. ГНАТІВ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
НАМН України»

Обструкція дихальних шляхів (ДШ) у дітей раннього віку часто зумовлена природженими вадами розвитку (трахеомаліцією (ТМ), аномаліями магістральних судин, із формуванням судинного кільця, кістами і пухлинами межистіння) і супроводжується високою летальністю за умов їх природного перебігу.

З метою розробки діагностичних алгоритмів при обструкції дихальних шляхів різної етіології проведено аналіз історій хвороб у 30 дітей раннього віку з обструкцією ДШ природженого генезу, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні хірургічної корекції вад розвитку дітей ДУ «І ПАГ НАМН України» за останні 10 років. Причинами обструкції дихальних шляхів були: первинна трахеомаліція (n = 5), зовнішня компресія при вадах розвитку магістральних судин (n = 12) та новоутвореннях межистіння (n = 10). Керуючись клінічними симптомами та даними інструментальних методів дослідження, розроблено діагностичний алгоритм обстеження дітей з обструкцією ДШ різного генезу.

Діагностичний алгоритм при обструкції дихальних шляхів, яка зумовлена первинною трахеомаліцією, включає: оглядову рентгенографію органів грудної клітки у прямій та бічній проєкціях; езофагографію; трахеобронхоскопію; ангіографію; ультразвукове дослідження межистіння.

Діагностичний алгоритм при вадах розвитку магістральних судин наступний: оглядова рентгенографія органів грудної клітки; езофагогра-

фія; ангіографія; ультразвукове дослідження межистіння; трахеобронхоскопія.

Послідовність діагностичних процедур при обструктивних ураженнях ДШ пухлинного генезу наступна: оглядова рентгенографія органів грудної клітки у прямій та бічній проєкціях; езофагографія; ультразвукове дослідження межистіння; магнітно-резонансна або комп'ютерна томографія; ангіографія.

Аналіз рентгенологічного, ендоскопічного та ультразвукового досліджень у дітей раннього віку з природженими вадами розвитку, які супроводжуються обструкцією дихальних шляхів, викликаних трахеомаліцією, аномаліями магістральних судин, новоутвореннями межистіння, показав, що застосовані методи діагностики дають чітке уявлення про анатомо-функціональний стан дихальних шляхів, діафрагми, стравоходу, магістральних судин, органів межистіння та суміжних органів, дають змогу в короткий термін установити діагноз і розробити раціональну тактику лікування.

ПРИЧИНИ СМЕРТНОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПРИРОДЖЕНОЮ ДІАФРАГМАЛЬНОЮ ГРИЖЕЮ ПРИ ПРИРОДНОМУ ПЕРЕБІГУ ВАДИ

О.К. СЛЄПОВ, О.П. ПОНОМАРЕНКО, Л.Ф. СЛЄПОВА,
С.В. ЛУЦЕНКО, В.П. СОРОКА, О.П. ДЖАМ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН
України»

Природжена діафрагмальна грижа (ПДГ) є однією з найтяжчих за клінічним перебігом та глибиною морфологічних змін вадою розвитку і характеризується високою летальністю серед новонароджених дітей, зумовленою гіпоплазією легень, легеневою гіпертензією та дефіцитом сурфактанту. При ізольованій ПДГ у новонароджених смертність складає від 30 до 80%, а при асоційованих вадах розвитку більшість їх мають поганий прогноз, з виживанням менше 15%.

Проаналізовано 56 історій хвороб та 37 протоколів аутопсії 62 новонароджених з ПДГ. Серед дітей, які знаходились на обстеженні та лікуванні в акушерських та дитячих клініках ДУ «ІПАГ НАМН України», 57 – було живонароджених та 5 – мертвонароджених.

Причинами смерті у 4 мертвонароджених дітей були множинні природжені вади розвитку (МПВР), не сумісні із життям: природжені пороки серця, вади нирок, передньої черевної стінки, центральної нервової системи, опорно-рухового апарата та множинні стигми ембріогенезу. У однієї мертвонародженої дитини була двобічна аплазія легень, у іншої – аплазія однієї і глибока гіпоплазія другої легені за повної відсутності купола діафрагми (агенезії). У двох дітей була глибока гіпоплазія обох легень і у

однієї дитини – аплазія однієї і помірна гіпоплазія другої легені. У 2 з 4 мертворождалих у грижовому вмісті виявлено одну частку печінки, а в одному випадку – дві частки печінки, які викликали щільну тампонаду плевральної порожнини.

Серед мертворождалих дітей у 80% випадків причиною антенатальної (40%) або інтранатальної (40%) смерті були МПВР, не сумісні із життям. При ізольованій ПДГ у 20% випадків смерть настала інтранатально при агенезії однієї і глибокій гіпоплазії іншої легені та аплазії купола діафрагми.

Смерть 20 дітей з ПДГ настала без операції в термін від 20 хвилин до 20 діб, в середньому $77,5 \pm 18,2$ год після їх народження. Причому, 50,0% ($n = 10$) цих хворих померли в перші хвилини або години життя, решта дітей в термін від 1 до 20 діб.

Слід зазначити, що у 12 (60%) померлих без операції новонароджених ПДГ була ізольованою і у 8 (40%) – діафрагмальна грижа була в асоціації з множинними природженими вадами розвитку.

Причиною смерті у 91,7% живонароджених не оперованих дітей з ізольованою ПДГ була двобічна виражена гіпоплазія легень і висока легенева гіпертензія, з відновленням фетального типу циркуляції крові і її шунтуванням справа наліво, у 8,3% випадків гіпоплазія однієї легені з ателектазом іншої на тлі тяжкої аспірації навколоплодових вод.

При МПВР у 62,5% причиною смерті були множинні природжені вади розвитку, не сумісні із життям, у 25% – гостра серцева недостатність на тлі пороків серця і у 12,5% – баротравма гіпоплазованих легень.

РАННЯ ПОСТНАТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПРИРОДЖЕНОЇ ДІАФРАГМАЛЬНОЇ ГРИЖИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

О.К. СЛЕПОВ, О.П. ПОНОМАРЕНКО, В.П. СОРОКА,
О.П. ДЖАМ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Природжена діафрагмальна грижа (ПДГ) – вітальна вада розвитку, що, незважаючи на досягнення неонатальної хірургії та інтенсивної терапії, супроводжується високою летальністю в усьому світі до 50–70% і вище. Частота, виявлення цієї вади у новонароджених близько 1:2000–4000 випадків. При цьому, не враховується велика кількість мертворождалих та дітей, які померли до госпіталізації у центри дитячої хірургії. Тому постнатальна діагностика цієї вади залишається актуальною у новонароджених, яким пренатально діагноз встановлено не було.

В хірургічному відділенні ДУ «ІПАГ НАМН України» в ранньому постнатальному періоді обстежено 50 (87,7%) з 57 (100%) живонароджених дітей з ПДГ. В усіх 100% новонароджених з ПДГ, обстежених в постнатальному періоді, проведено рентгенологічне дослідження: оглядову рентгенографію органів грудної клітки та черевної порожнини у двох проекціях (прямій та бічній) у вертикальному положенні ($n = 29$, 58,0%) або рентгенографію ОГК і черевної порожнини з введенням у шлунок контрасту ($n = 21$, 42,0%).

Оглядова рентгенографія ОГК і черевної порожнини дає змогу виявити ПДГ: бік ураження, характер грижі, хибна чи справжня (в більшості випадків) – відсутність диференціації купола діафрагми при хибній грижі та наявність грижового мішка – при справжній; наявність порожнистих органів черевної порожнини в грудній клітці, зміщення органів межистіння і серця в протилежній грижі бік з компресією контрлатеральної легені.

УЗД проведено у 32 (64,0%) дітей серед 50 обстежених в постнатальному періоді. УЗД органів черевної порожнини і заочеревинного простору дає змогу визначити місце розташування паренхіматозних органів (печінки, селезінки, підшлункової залози, нирки) і, в тому числі, їх наявність у складі грижового вмісту в грудній клітці. Це дає змогу опосередковано визначити величину, локалізацію дефекту, прогнозувати наслідки лікування ПДГ. Так, наявність в грудній клітці частки печінки, шлунка, селезінки, тонкої і товстої кишок указує на великий дефект діафрагми і, навіть, на її аплазію або агенезію. Локалізація печінки в плевральній порожнині, як правило, корелює з тяжкою гіпоплазією легень і указує на поганий прогноз для виживання.

ЕХО-кардіографія при ПДГ визначає зміщення серця в бік, протилежний діафрагмальній грижі, наявність відкритих фетальних комунікацій (овального вікна та артеріальної протоки), величину легеневої гіпертензії, наявність гіпоплазії органа, магістральних судин та його природжених вад розвитку.

Також обов'язково проводили нейросонографію, консультації невролога, окуліста та інших суміжних спеціалістів за необхідності.

Таким чином, рання діагностика ПДГ та асоційованих вад розвитку у новонароджених в постнатальному періоді включає:

- 1) рентгенографію ОГК і черевної порожнини з контрастуванням шлунка;
- 2) ультразвукове дослідження: органів черевної порожнини та заочеревинного простору; ехо-кардіографію; нейросонографію;
- 3) консультацію невролога (інші спеціалісти за необхідності).

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНИХ ОЗНАК ГІПОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

І.С. СМІЯН, Г.А. ПАВЛИШИН, А.О. СКОВРОНСЬКА,
В.В. СТЕЦЕНКО

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського»

Для об'єктивізації оцінки стану новонародженого з гіпоксично-ішемічним ураженням нервової системи та визначення діагностичної цінності обстеження було застосовано метод, який базується на узагальненій формулі Байєса. Даний метод аналізу надає можливість одночасно врахувати різні за своєю природою ознаки та ймовірністю їх появи під час різних станів системи.

Для визначення клініко-параклінічних особливостей гіпоксично-ішемічних уражень нервової системи проведено обстеження та аналіз результатів досліджень 78 новонароджених із даною патологією, серед яких 45 хлопчиків та 33 дівчинки ($57,7 \pm 5,6$ і $42,3 \pm 5,6\%$ відповідно, $F = 3,26$, $p > 0,05$), середній вік становив $4,39 \pm 0,35$ дня.

За принципом загальної рандомізації до I діагностичної системи (групи) було включено 19 новонароджених із легким ураженням нервової системи за класифікацією Сарнат, до II – 42 пацієнти з середньотяжким ураженням нервової системи, до III групи – 17 немовлят із тяжким ураженням нервової системи. Для визначення істотних чинників, які впливають на розвиток, формування й ступінь тяжкості ураження нервової системи, проаналізовано 50 простих дворозрядних ознак (клінічні, лабораторні та інструментальні параметри). На підставі отриманих результатів, для кожної діагностичної системи сформовано відповідну діагностичну матрицю та проведено розрахунки ймовірності появи певної ознаки в цій групі.

Найбільшу діагностичну цінність при ураженні нервової системи легкого ступеня мають анамнестичні дані, біохімічні показники, які відображають патологічні зрушення на клітинному рівні – енергодефіцит клітин, показники електрофізіологічних методів обстеження (електроенцефалографії, запис викликаних потенціалів – зорових, слухових), що свідчить про дисфункцію регуляторних систем.

У II групі (гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС середньої тяжкості) поряд з високою діагностичною цінністю біохімічних показників енергодефіциту, результатів електрофізіологічних методів обстеження зростає діагностична значущість показників мозкової гемодинаміки, що цілком збігається з логікою прогресування патологічного процесу, коли порушення виходять за межі клітини і призводять до функціональних, а згодом і структурних змін органів і систем організму.

При тяжкому ураженні нервової системи (III група) істотно зростає діагностична цінність клінічних ознак, одночасно з показниками мозкової гемодинаміки та результатами електрофізіологічних методів.

Проведений аналіз демонструє, що на кожному етапі гіпоксично-ішемічного ураження нервової системи діагностичної цінності набувають ті ознаки, які відображають провідні патологічні процеси не тільки в розрізі еволюції розвитку захворювання, але й на різних рівнях формування – організменому, системному, органному, клітинному, субклітинному.

АНАЛІЗ КОНЦЕНТРАЦІЇ IGE СИРОВАТКИ КРОВІ ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

О.І. СМІЯН, В.О. КУРГАНСЬКА

Сумський державний університет, медичний інститут

Бронхіальна астма (БА) – глобальна проблема, актуальність якої в усьому світі зростає. В Україні її поширеність орієнтовно становить близько 5–6% населення. Це захворювання значною мірою знижує якість життя хворих, є частою причиною тимчасової непрацездатності та інвалідизації населення, сприяє розвитку ускладнень. Згідно з новою концепцією, патогенез БА базується на розвитку алергічного запалення, яке має свої властивості. Причиною найчастіше є неінфекційний фактор. Імунна відповідь відрізняється активацією Т-хелперів 2 типу, що вивільняє характерний спектр цитокінів.

Гуморальний імунітет характеризується синтезом специфічних IgE, які фіксуються на тучних клітинах у слизових оболонках або шкірі, сприяють дегрануляції тучних клітин і базофілів при повторному контакті з причинним алергеном. Певну зацікавленість викликає рівень IgE у дітей, хворих на бронхіальну астму, та його залежність від ступеня тяжкості захворювання.

Метою нашого дослідження було вивчення рівня IgE в сироватці крові у дітей з БА віком від 6 до 18 років на момент загострення захворювання. Обстежено 98 хворих дітей з даним діагнозом, які знаходились на лікуванні у Сумській ОДКЛ. Серед них 34 хворих мали I ступінь тяжкості захворювання (інтермітуючу БА), 32 – II ступінь (легку персистуючу астму) та 32 – III ступінь тяжкості хвороби (середню персистуючу БА). Групу порівняння складала 18 умовно здорових дітей відповідного віку.

Проведені нами дослідження показали, що рівень IgE був достовірно підвищеним у всіх обстежених дітей, але найвищі показники відмічались у дітей з середньою персистуючою астмою. Так, рівень IgE у дітей, хворих на інтермітуючу БА, складав 268 МО/мм, у пацієн-

тів з II ступенем тяжкості астми цей показник був у середньому на рівні 518 МО/мм, а при III ступені бронхіальної астми – 727 МО/мм, в той час як у дітей із групи порівняння IgE не виходив за межі 100 МО/мм та в середньому становив 51 МО/мм.

Таким чином, слід відмітити, що підвищення рівня IgE у дітей, хворих на бронхіальну астму, залежить від ступеня тяжкості перебігу даного захворювання, а саме: чим тяжча астма – тим більш виражене зростання рівня IgE у хворого. Це, можливо, пов'язано зі ступенем розвитку хронічного алергічного запалення в організмі хворої дитини та може бути використано при визначенні ступеня тяжкості перебігу астми.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТОНЗИЛОГЕННИХ КАРДІОПАТІЙ У ДІТЕЙ

О.І. СМІЯН, Ю.А. МОЗГОВА

Сумський державний університет, медичний інститут

У останні роки на тлі зростання серцево-судинної захворюваності у дітей зростає квота групи хворих з незапальними ураженнями міокарда, а також пацієнтів із групи ризику – дітей, які оглядалися дитячими кардіоревматологами з приводу будь-яких змін з боку серця, але топування діагнозу й адекватного лікування не отримували. Актуальною є проблема вторинних кардіопатій у дітей, хворих на хронічний тонзиліт.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу тонзилогенних кардіопатій. Було обстежено 66 дітей з вторинними (тонзилогенними) кардіопатіями віком 6–17 років, які знаходилися на лікуванні у педіатричному відділенні Сумської міської клінічної лікарні.

Причиною госпіталізації 87,88±4,05% дітей було виникнення або посилення скарг, пов'язаних з ураженням серцево-судинної системи. У всіх дітей, хворих на тонзилогенні кардіопатії, мали місце повторні ангіни, у 40,91±6,10% – часті ГРВІ (більше 3-х разів на рік). Найчастішими клінічними проявами захворювання є біль у ділянці серця (75,00±5,64%) різного характеру та інтенсивності, який виникав у зв'язку з емоційним чи фізичним перенапруженням. У 61,67±6,33% дітей, хворих на тонзилогенну кардіопатію, спостерігалися загальна слабкість та втомлюваність при фізичному навантаженні. На головний біль, головокружіння скаржилися 28,33±5,87% хворих дітей. Задишка при фізичному навантаженні мала місце у 8,33±5,87%, серцебиття – у 21,67±5,36%, перебої у роботі серця – у 15,00±4,65%. Схильність до брадикардії відмічалася у 33,33±6,14%, до тахікардії – у 18,33±6,14% випадків. Артеріальний тиск у більшості дітей з тонзилогенною кардіопатією

не змінений. При аускультатії у 74,24±5,42% хворих вислуховувався систолічний шум, переважно в точці Боткіна-Ерба, над верхівкою серця та по лівому краю грудини. Приглушення тонів серця мало місце у 24,24±5,32% хворих, послаблення I тону – у 27,27±5,52% хворих, посилення тонів – у 6,06±2,96%.

Необхідно підкреслити, що у дітей, хворих на тонзилогенні кардіопатії, відсутній чіткий паралелізм між клінічними проявами захворювання та серцево-судинними розладами. У 15,15% дітей суб'єктивні порушення превалювали над об'єктивними ознаками патології серця. 11,67% дітей зовсім не мали скарг, зберігаючи задовільну фізичну активність, зміни у серці були виявлені при більш ретельному обстеженні.

При електрокардіографії у дітей з вторинною (тонзилогенною) кардіопатією встановлено: синусову аритмію, синусову брадикардію, локальні порушення внутрішньошлуночкового проведення без його уповільнення, синдром ранньої реполяризації шлуночків, синусову тахікардію. За даними КІГ у хворих виявлено гіперсимпатикотонічну вегетативну реактивність, що свідчить про зрушення адаптаційно-компенсаторних механізмів регуляції роботи серця і вегетативні порушення у дітей з тонзилогенними кардіопатіями.

Таким чином, діти з незапальними тонзилогенними ураженнями серцево-судинної системи потребують тривалого спостереження, своєчасної діагностики та призначення адекватного лікування з метою запобігання ускладненням у подальшому.

АНАЛІЗ ВМІСТУ ЦИТОКІНІВ IL-1 ТА IL-4 ПРИ ГОСТРИХ ОБСТРУКТИВНИХ БРОНХІТАХ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

О.І. СМІЯН, В.В. СЛИВА

Сумський державний університет, медичний інститут

Хвороби органів дихання до цього часу займають провідне місце в загальній структурі захворюваності дитячого населення. Вони також посідають третє місце в структурі дитячої смертності після перинатальної патології і природжених вад розвитку. Тому респіраторна патологія завжди була і залишається в центрі уваги лікарів-педіатрів.

Імунна система є одним з основних компонентів, які беруть участь в патогенезі бронхолегеневих захворювань, тому що через неї опосередковується дія інфекційного агента. У зв'язку з цим, питання стану імунної системи і регуляції імунологічної реактивності організму дитини при гострих обструктивних бронхітах залишається актуальним.

Перебіг запальних реакцій в організмі значною мірою залежить від кількості цитокінів,

необхідних для адекватної імунної відповіді при респіраторній патології. Порушення продукції, секреції та рецепції цитокінів може призвести до глибоких дефектів антиінфекційного захисту і посилення прямої патогенної дії мікроорганізмів та їх токсинів.

З огляду на дану проблему нами було проведено оцінку інтерлейкінового статусу в гострому періоді захворювання у 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.

При госпіталізації хворих із гострим обструктивним бронхітом нами встановлено дисбаланс показників цитокінового профілю порівняно з аналогічними величинами у відносно здорових дітей. Зокрема, у всіх вікових групах спостерігалось різке підвищення рівнів ІЛ-1, порівняно із показниками у групі порівняння. Так, в основній групі обстежених пацієнтів концентрація ІЛ-1 в цьому періоді була в 4,2 разу вищою норми і складала $76,13 \pm 7,02$ пг/мл ($p < 0,01$). Рівень протизапального ІЛ-4 був зниженим в середньому в 1,8 разу і становив $26,8 \pm 2,9$ пг/мл ($p < 0,01$). Виходячи з цього, коефіцієнт ІЛ-1/ІЛ-4, що відображає співвідношення цитокінів з прозапальною та протизапальною активністю, суттєво збільшувався: в середньому в 7,1 разу щодо норми ($p < 0,01$). Це свідчить про превалювання у сироватці крові хворих основної групи прозапальних інтерлейкінів над проти-запальними.

Таким чином, проведені нами дослідження рівнів цитокіну Th1 типу – ІЛ-1 та його природного антагоніста Th2 типу – ІЛ-4, виявили, що при гострих обструктивних бронхітах у дітей раннього віку на початку захворювання має місце переважання прозапальних цитокінів над протизапальними. Підвищення концентрації прозапальних цитокінів у пацієнтів в гострому періоді можна розглядати як реакцію клітин моноцитарно-макрофагальної ланки на антигенне подразнення, патофізіологічна дія якої спрямована на формування захисного фібринового бар'єру.

ІМУНОГОРМОНАЛЬНІ ВЗАЄМОДІЇ ПРИ ЮВЕНІЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

О.М. СОБОЛЄВА, Н.М. СКОРОМНА, А.В. ЮР'ЄВА

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

Значна поширеність ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА), неухильно прогресуючий перебіг, стійкість хвороби, частий розвиток інвалідизації визначають актуальність даної па-

тології. Основними в патогенезі захворювання є імунні порушення. Разом з тим, прогресування хвороби зумовлено порушенням імунно-ендокринної регуляції.

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

На етапі санаторно-курортної реабілітації нами було обстежено 62 дитини, які страждають на ЮРА. Контрольну групу склали діти здорові діти (38 осіб). Вивчали параметри клітинної та гуморальної ланок імунітету, а також показники гормонального статусу, що відображають стан гіпофізарного та периферичного компонентів гормональної регуляції.

Методом твердофазного імуноферментного аналізу визначали кількісну концентрацію гормонів: кортизолу, АКТГ, ТТГ, T_3 , T_4 , прогестерону, тестостерону, естрадіолу, ФСТ, а також показників гуморальної ланки імунітету (IgA, IgM, IgG) у сироватці крові. Дослідження клітинної ланки імунітету (визначення відносної кількості субпопуляцій лімфоцитів (CD3, CD4, CD8, CD16, CD20)) проводили методом непрямой реакції поверхневої імунофлюоресценції (РІФ) з моноклональними антитілами.

Проведене нами дослідження виявило, що у пацієнтів з ЮРА мають місце достовірні відмінності практично всіх показників клітинного імунітету, що є наслідком порушення імунорегуляції. Це пов'язано не стільки зі зниженням потенціалу супресії (CD8), скільки з активацією функції Т-хелперів (CD4). Показником ключової ролі В-клітин у підтримці запального процесу було 2-кратне збільшення CD20 В-клітин у хворих з ЮРА. При цьому спостерігалися прояви дисімуноглобулінемії. Ступінь змін гуморальної ланки імунної системи корелював з клінічною активністю процесу і проявлявся гіперпродукцією IgG та зниженням концентрації IgA.

У гормональному статусі визначалися зміни, що відображають підвищену активацію гіпофізарного компонента регуляції функції гонад. У системі гіпофіз-надниркові залози, гіпофіз-щитовидна залоза відмічалася велика зацікавленість периферичного компонента, що свідчило про децентралізацію ендокринних механізмів регуляції гомеостазу.

Говорячи про систему імунітету, слід враховувати, що це не замкнена, а відкрита система, яка легко модулює свої функції, головним чином через взаємодію з нейроендокринним апаратом. При ЮРА зміни гормонального статусу (ТТГ, АКТГ, пролактин, естрадіол) характеризуються різноспрямованими векторами продукції імуноглобулінів усіх класів і проявами дисімуноглобулінемії, в той час як у здорових дітей виявляється єдиний достовірний кореляційний зв'язок рівня кортизолу і CD20 ($r = +0,51$; $p = 0,03$).

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я БАТЬКІВ, ОКРЕМИМИ СПАДКОВИМИ ФАКТОРАМИ ТА ПРИРОДЖЕНИМИ ПОРОКАМИ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ

Т. В. СОРОКМАН, Л. В. ШВИГАР, М. О. ГИНГУЛЯК

Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

Природжені пороки серця (ППС) зустрічаються як ізольовано, так і в асоціації з хромосомними аномаліями та часто є частиною синдрому полісистемних вад розвитку.

Нами ретроспективно використано дані офіційної медичної статистики за 5 років (щорічні статистичні збірники 2003–2008 рр.). Проаналізовано протоколи секційних розтинів та інших архівних матеріалів (всього 2350). Проведено проспективне клініко-епідеміологічне дослідження ППС у дітей методом випадок-контроль за період 2009–2010 рр. Обчислення асоціативних зв'язків між чинниками та ППС проводили за допомогою критеріїв абсолютного (AR) та відносного (RR) ризику. В якості міри зв'язку досліджуваних чинників та ефектів експозиції використовували відношення шансів (OR).

У групі родинних антенатальних факторів достовірне значення мають вік матері та батька, причому ППС більше залежить від віку матері на момент народження дитини ($r = +0,82$, $p < 0,05$), ніж від віку батька ($r = +0,80$, $p < 0,05$). Також у генезі ППС достовірне значення мають стресові ситуації в анамнезі у матері ($r = +0,67$, $p < 0,05$), паління матері під час вагітності ($r = +0,90$, $p < 0,05$), вживання матір'ю кави ($r = +0,55$, $p < 0,05$) та спиртних напоїв ($r = +0,62$, $p < 0,05$), хронічні захворювання та перенесені матір'ю впродовж вагітності інфекційні захворювання ($r = +0,68$ і $r = +0,68$ відповідно, $p < 0,05$), екстрагенітальна патологія у матері ($r = +0,55$, $p < 0,05$) та професійні шкідливості в анамнезі у матері ($r = +0,62$, $p < 0,05$). У групі факторів, що визначають стан здоров'я батьків та особливості акушерського анамнезу, достовірними є такі фактори, як кількість попередніх вагітностей та пологів ($r = +0,83$ та $r = +0,86$ відповідно, $p < 0,05$), наявність попередніх абортів ($r = +0,76$, $p < 0,05$), штучне переривання першої вагітності ($r = +0,81$, $p < 0,05$), великий проміжок між вагітностями ($r = +0,55$, $p < 0,05$), наявність попередніх викиднів та померлих дітей ($r = +0,72$ та $r = +0,62$ відповідно, $p < 0,05$), стресів під час вагітності ($r = +0,89$, $p < 0,05$), ХФПН ($r = +0,84$, $p < 0,05$), загрози переривання вагітності ($r = +0,48$, $p < 0,05$), прийом гормональних контрацептивів до зачаття ($r = +0,67$, $p < 0,05$) та діагностоване порушення репродуктивної функції у матері ($r = +0,65$, $p < 0,05$). ППС дитини більшою мірою асоціює із наявністю ППС в іншій дитини та одного ($r = +0,78$, $p < 0,05$) з батьків, на другому місці – наявність ППС у матері та стигми дизембриогенезу у дитини (відповідно, $r = +0,66$ і $r = +0,76$, $p < 0,05$) і на третьому місці – ППС у батька ($r = +0,43$, $p < 0,05$).

зу у дитини (відповідно, $r = +0,66$ і $r = +0,76$, $p < 0,05$) і на третьому місці – ППС у батька ($r = +0,43$, $p < 0,05$).

ОКСАПІН – НОВА МОЖЛИВІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ЕПІЛЕПСІЄЮ В УКРАЇНІ

Т. І. СТЕЦЕНКО¹, О. А. МАЙСТРУК, Т. П. ЯРМОЛЮК,
О. М. НАДОНЕНКО²

¹Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П. Л. Шупика.

²Український медичний центр реабілітації дітей
з органічними ураженнями ЦНС МОЗ України

Епілепсія є одним з найтяжчих захворювань центральної нервової системи у дітей, тому проблема її лікування продовжує залишатися актуальною. Відсоток резистентних до лікування форм епілепсії достить високий. Згідно зі світовими даними близько 30% дітей, хворих на епілепсію, мають дуже тяжкий перебіг хвороби, незважаючи на сучасне адекватне лікування. В Україні ця частка дітей ще вища, що пов'язано, крім інших причин, з тим, що в нашій державі не зареєстровані антиепілептичні препарати (АЕП), які використовуються в інших державах. Але ситуація з появою нових АЕП все ж таки змінюється на краще. З 2010 року в Україні зареєстровано відомий препарат у всьому світі – Оксапін (окскарбазепін), виробництва фірми «Кусум Хелтхкер ПБТ Лтд». З 1994 року він застосовується у всіх країнах Європою, в США – з 2000 року. Препарат структурно та за механізмом дії близький до одного з найвідоміших АЕП в світі – карбамазепіну, який і сьогодні широко використовується в лікуванні дітей з епілепсією. Окскарбазепін зберігає всі позитивні характеристики карбамазепіну, але через деякі зміни в хімічній формулі має ряд додаткових переваг для клінічного використання, в основному за рахунок поліпшення ефективності та зменшення негативних та суттєвих побічних явищ. Механізм дії окскарбазепіну пов'язаний з блокадою потенціалзалежних натрієвих та кальцієвих каналів, що сприяє стабілізації мембран нейронів, пригніченню нейрональних розрядів та має потужну протисудомну дію. Треба відмітити позитивні фармакокінетичні характеристики: мінімально впливає на цитохроми печінки, повністю всмоктується після перорального прийому, процес харчування не впливає на швидкість та об'єм всмоктування, при лікуванні дітей показана лінійна фармакокінетика препарату, що дозволяє без вимірювання рівня в плазмі крові підбирати ефективну терапевтичну дозу, не впливає на метаболізм антибактеріальних препаратів. Препарат успішно використовується в якості монотерапії та комбінованої терапії у дітей з фокальними та вторинно-генералізованими

епілептичними випадками у всьому світі та має найбільшу доказову базу щодо ефективного його застосування. Glauser із співавт. (2006) представили дослідження I(A) класу доказовості ефективності окскарбазепіну (у 267 дітей з фокальними та вторинно-генералізованими випадками віком від 3 до 17 років, зменшення частоти випадків на 50% та більше отримано у 41% дітей).

Оскарбазепін – перший з препаратів нової генерації, який отримав згоду FDA для монотерапії фокальних випадків, і перший за 25 років препарат, який визнано у 2003 році для застосування в монотерапії епілепсії у дітей з 4 років. Окскарбазепін рекомендовано як другий препарат при монотерапії за неефективності габапентину, ламотриджину, леветірацетаму, фенітоїну, топірамату, вальпроату. При проведенні політерапії раціонально комбінувати окскарбазепін з леветірацетамом, ламотриджином, топіроматом, вальпроатом. Надзвичайно важливою властивістю окскарбазепіну є його висока ефективність в лікуванні епілепсії у дітей з інтелектуальними порушеннями, в яких часто діагностуються побічні явища інших АЕП. Важливою особливістю є можливість протягом одного дня замінити карбамазепін на окскарбазепін при неефективності та через побічні явища. При заміні препаратів треба пам'ятати, що 200 мг карбамазепіну відповідає 300 мг окскарбазепіну. Всі дослідження вказують на значно меншу частоту та ступінь побічних явищ, які були б причиною відміни препарату. При лікуванні фокальних випадків в 60–85% окскарбазепін ефективний при монотерапії, що відповідає «золотому стандарту» лікування епілепсії.

Показання, які затверджені в Україні: лікування парціальних випадків з або без вторинної генералізації тоніко-клонічних судом в якості монотерапії або додаткової терапії у дорослих та дітей старше 6 років з епілепсією. Починати лікування дітей з епілепсією треба з дози 8–10 мг/кг на добу, яку треба розподілити на два прийоми. За необхідності дозу підвищують 1 раз на тиждень не більше ніж на 10 мг/кг на добу до досягнення необхідної мети. Максимальна доза складає 46 мг/кг на добу. Побічні дії у дітей – сонливість, атаксія, дратівливість, блювота, астения, ністагм, тремор, зниження апетиту, гіпонатріємія.

Таким чином, величезний міжнародний досвід ефективного застосування препарату дозволяє вважати Оксапін оптимальним препаратом стартової терапії фокальних форм епілепсії у дітей.

ДИНАМІКА РОБОТИ ПЕДІАТРИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ДЛЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ ЗА 2008–2010 РОКИ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСНІЙ ДИТЯЧІЙ ЛІКАРНІ

В.В. СТЕЦЕНКО, І.В. КУБЕЙ, Т.В. БЛІХАР, З.Б. ДІДУХ,
З.І. КЕРНИЧНА, Т.В. МОВЧАН

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачовського.

Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня

Проведено аналіз основних показників роботи відділення недоношених новонароджених. До відділення вступають передчасно народжені діти з пологових будинків м. Тернополя та районів області в плановому порядку та всі недоношені новонароджені, які вступають ургентно. У 2008 році народилося 12388 дітей, з них недоношених – 443 (до відділення госпіталізовано – 325), у 2009 р. – 12479, 445 з них недоношених (у відділенні – 338), 2010 р. – 11868 дітей, недоношених – 408 (у відділенні – 317).

Кількість госпіталізованих недоношених дітей до відділення

	2008	2009	2010
ВІТН ТОДКЛ	93	79	79
ВІТН Перинатального центру	137	112	103
Пологових будинків м. Тернополя	89	129	125
Райони області	99	97	89

Кількість недоношених за ваговими категоріями

Маса, г	2008	2009	2010
500–999	10	11	19
1000–1499	29	45	41
1500–1999	99	129	86
2000–2499	139	119	127
2500 і більше	48	34	44

З переходом України на міжнародну систему обліку (з січня 2007 р.) та впровадження порядку реєстрації новонароджених із масою 500 г і більше, завдяки застосуванню сучасних технологій інтенсивної терапії та раннього виходжування, кількість дітей з дуже малою масою тіла на II етапі виходжування зросла майже вдвічі (з 39 до 60). Захворюваність серед недоношених дітей за структурою стабільна впродовж останніх років: I місце – перинатальні ураження ЦНС гіпоксично-ішемічного генезу, ВШК; II місце – бронхолегенева патологія (природжені пневмонії), III місце – природжені гіпотрофії.

Проводиться велика робота щодо підтримки грудного вигодовування недоношених дітей, створено нормальні побутові умови для жінок-годувальниць, сприятливий моральний клімат, широка освітня робота. Проводиться ранній скринінг ретинопатії недоношених.

Розвиток недоношених дітей, а особливо дітей з дуже малою масою тіла при народженні, є одним із пріоритетних напрямів неонатології. Незважаючи на збільшення абсолютної

кількості дітей, які виживають, багато з них мають високий ризик хронічних захворювань та інвалідизації. Значна частина дітей після лікування II етапу виходжування недоношених потребує лікування у реабілітаційному центрі. Основними принципами ранньої реабілітації є раній початок – початок відновного лікування з неонатального періоду, індивідуальний підхід до дитини, комплексність та наступність при проведенні реабілітаційних програм.

Можна констатувати, що за 2008–2010 роки збереглася стабільність роботи відділення недоношених, яке виконує основну функцію – забезпечення кваліфікованої допомоги недоношеним новонародженим дітям області.

КЛІНІКО-ЕЛЕКТРОНЕЙРОМІОГРАФІЧНІ КОРЕЛЯЦІЇ ПРИ ГОСТРИХ ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Р.А. СТЕЦЮК, Н.С. ПЯНТКОВСЬКА

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

Під нашим спостереженням знаходилося 40 дітей з гострими одонтогенними запальними захворюваннями нижньої щелепи віком від 10 до 18 років. Контрольну групу склали 20 дітей без патологічних змін в щелепно-лицьовий ділянці, що дозволило нам уточнити нормативні показники з електронейроміографії (антидромна методика). Всім хворим проводили клініко-електронейроміографічне обстеження. При дослідженні скарг особливу увагу звертали на наявність та вираженість симптому Венсана. Рентгенографію щелепи проводили: при зверненні хворого та через 3–4 тижні від початку лікування.

За даними електронейроміографії з'ясовано, що для гострих одонтогенних запальних процесів м'яких тканин характерна зміна показників швидкості проведення імпульсу по нерву за типом запальної (інфекційної) невралгії, в той час як для гострого одонтогенного остеомиєліту нижньої щелепи характерні зміни за типом компресійно-ішемічного характеру нейропатії. Слід зазначити, що амплітудні показники швидкості проведення імпульсу по нижньоолвеолярному нерву з симетричної сторони у хворих дітей в жодному випадку не відповідали нормальним. Це пов'язано з явищем реперкусії, яке полягає в поширенні імпульсів з нервів, розташованих у зоні патологічного вогнища, на нерви здорових ділянок, в зв'язку з чим в останніх виникають ті чи інші функціональні порушення. Достовірність нормативних показників з'ясовували за рахунок порівняння з даними у здорових осіб контрольної групи.

Стимуляційна електронейроміографія (антидромна методика) дозволяє виявити розвиток

гострого одонтогенного остеомиєліту нижньої щелепи, задовго до появи його перших рентгенологічних ознак. Враховуючи високий ступінь інформативності стимуляційної електронейроміографії для виявлення дорентгенологічних ознак гострого одонтогенного остеомиєліту нижньої щелепи, вважаємо доцільним включення методу електронейроміографії, як скринінгового, до комплексу обстеження хворих з гострими одонтогенними запальними процесами нижньої щелепи.

ТОКСИЧНА КАРДІОМІОПАТІЯ НА ТЛІ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

М.Ю. СУЛЬЖЕНКО, Н.М. ГОЛОВЧЕНКО

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Сучасна поліхіміотерапія (ПХТ) онкогематологічних захворювань у дітей покращує безвипадкову та загальну виживаність, але має агресивну кардіотоксичну дію, що практично завжди призводить до розвитку токсичної кардіоміопатії. На функціональний стан серцево-судинної системи дітей з онкогематологічною патологією впливають різноманітні фактори: ступінь тяжкості захворювання, специфічна інтоксикація, лейкозна інфільтрація, крововиливи в серцевий м'яз, анемічна гіпоксія, побічна дія цитостатиків, таких як циклофосфамід, вінкристин, L-аспарагіназа, антибіотики антрациклінового ряду (рубоміцин, адриаміцин), великі дози глюкокортикостероїдів. Все це призводить до розвитку у дітей таких ускладнень, як токсична кардіоміопатія, іноді навіть до вогнищевих некрозів та інфаркту міокарда. Діастолічна дисфункція серця, що виникає на тлі ПХТ, пов'язана переважно із порушенням кальцієвого гомеостазу, який зумовлений впливом антрациклінів та глюкокортикостероїдів. Особливо несприятливими в перебігу є період розпалу хвороби та преднізолонова передфаза, період становлення ремісії (I фаза протоколу I) на висоті цитопенічного синдрому; період повної клініко-гематологічної ремісії (I фаза протоколу II).

Саме тому, метою нашого дослідження було дослідити функціональний стан серцево-судинної системи у дітей на тлі ПХТ онкогематологічних захворювань.

В онкогематологічному відділенні обласної дитячої клінічної лікарні нами спостерігалися 65 дітей віком від 2 до 17 років, з них 34 з гострим лімфобластним лейкозом, 17 з лімфогранулематозом, 8 з неходжкінською лімфомою, 6 з лангергансово-клітинним гістіоцитозом. Було проведено комплексне клініко-інструментальне дослідження, в тому числі функціонального стану серцево-судинної системи. На тлі ПХТ порушення електрофізіологічної функції серця

за даними ЕКГ відмічено у 100% дітей. Були виявлені синусова тахікардія (64,6%), порушення провідності (53,8%), порушення метаболічних процесів у міокарді (67,7%), гіпоксія задньої стінки лівого шлуночка (69,2%), дифузна гіпоксія міокарда (30,8%). На ЕхоКГ відмічалось порушення як систолічної, так і діастолічної функцій міокарда (96,9%).

Корекція ураження серця у дітей, які отримували ПХТ, проводилася кардіотрофічними препаратами. Першу групу складала 35 дітей, які отримували триметазидину дигідрохлорид у вигляді препарату Трикард («Київський вітамінний завод», Україна), друга група включала 30 дітей, яким проводилася кардіотрофічна терапія препаратами інших груп.

ЕКГ-моніторинг проводився до початку лікування, на передфазі, перед кожним введенням антрациклінових антибіотиків на протоколах I і II та за показаннями, кожні 2–5 днів, ефективність терапії оцінювали через 14 днів. В контролі у дітей першої групи в 31,4% випадків патологічних змін не відмічалось, в 68,6% була виражена позитивна динаміка. В другій групі хворих помірна позитивна динаміка з боку серця відмічалась в 46,7% випадків, у 53,3% дітей показники ЕКГ вимагали додаткової терапії.

Таким чином, рання діагностика серцево-судинних порушень, їх профілактика та своєчасна корекція в рамках супровідної терапії онкогематологічної патології сприяють скороченню перерви в терапії, максимально приближуючи її до програмної, поліпшуючи тим самим прогноз основного захворювання.

ЗНАЧЕННЯ НИРОК У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО БАЛАНСУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ІЗ ГЕМОРАГІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

I.В. ТАРАСОВА, Л.О. ТУРОВА

Сумський державний університет, медичний інститут

Гіпоксичні ураження ЦНС займають одне з провідних місць серед причин високої летальності та наступної інвалідизації новонароджених. Питома вага гіпоксичного ураження ЦНС складає від 20 до 50% у структурі перинатальної смертності. Вплив гіпоксії на адаптацію новонароджених у перші дні життя призводить до порушень обмінних процесів та функції ЦНС. До процесу втягується не тільки ЦНС, але й весь організм у цілому, де виникають суттєві зміни на біохімічному, клітинному та молекулярному рівнях. Близько 90% загальної кількості гіпоксичних уражень припадають на частку геморагічних. Відомо, що мікроелементи є найважливішими каталізаторами обмінних процесів і відіграють важливу роль в адаптації

організму в нормі і в умовах патології. В регуляції мікроелементного балансу важливу роль відіграє функціональний стан нирок.

Мета роботи: дослідити мікроелементне забезпечення новонароджених із геморагічним ураженням ЦНС шляхом вивчення вмісту та балансу заліза (Fe), міді (Cu), цинку (Zn), кобальту (Co), нікелю (Ni) та марганцю (Mn) у сечі.

Визначення МЕ проводили у сечі 23 новонароджених з геморагічним ураженням центральної нервової системи. Групу порівняння склали 30 здорових доношених новонароджених.

Для визначення МЕ у біосубстратах застосували атомно-абсорбційний спектрофотометр С-115МІ, оснащений комп'ютерною приставкою для автоматичного обчислення вмісту МЕ, виробництва НВО Selmi (Україна).

У новонароджених із геморагічним ураженням ЦНС спостерігався дисбаланс мікроелементів у сечі за рахунок підвищеного вмісту хрому (на 19%), цинку (на 16%) та міді (на 34%) й зниженого вмісту марганцю (на 40%).

Коефіцієнти співвідношення Cu/Zn, Zn/Cr були в 1,3 разу, Cu/Cr – в 2 рази, Zn/Mn Cr/Mn – в 3 рази більшими в сечі дітей з перинатальним геморагічним ураженням ЦНС відносно групи порівняння, тобто має місце переважання втрати міді та хрому з сечею.

У новонароджених із геморагічним ураженням ЦНС добова екскреція та екскреція на кг маси тіла всіх досліджених мікроелементів була достовірно ($p < 0,001$) зниженою відносно групи порівняння.

Отже, дисбаланс мікроелементів є одним із чинників порушення функціонального стану нирок у новонароджених із геморагічним ураженням. У свою чергу, порушення функції нирок призводить до прогресування дисбалансу мікроелементів.

ПОКАЗНИКИ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, З РІЗНИМ АЦЕТИЛЯТОРНИМ ФЕНОТИПОМ

С.І. ТАРНАВСЬКА, Т.М. ВОРОТНЯК, Г.І. МАНОЙЛЕНКО*,
О.Я. КУХТА*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Мета дослідження: визначити показники фібринолітичної активності та вміст метаболітів оксиду азоту в конденсаті видихуваного повітря в дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від типу ацетилювання.

На базі ОДКЛ м. Чернівці обстежено 110 дітей, які отримували стаціонарне лікування з приводу загострення бронхіальної астми (БА), з яких сформували дві групи порівняння. До I групи ввійшли 60 дітей зі швидким типом

ацетилювання (відсоток ацетилюваного сульфадимезину в добовій сечі більше 75%), до II групи – 50 дітей із повільним ацетиляторним фенотипом (відсоток ацетилюваного сульфадимезину менше 75%). Середній вік пацієнтів I групи становив $9,8 \pm 0,27$ року (хлопчиків 73,8%, сільських мешканців 63,9%), II групи – $9,8 \pm 0,34$ року (хлопчиків 70%, сільських мешканців 50%). За ступенем тяжкості групи розподілились наступним чином: у I групі 5% дітей були з легким, 46,7% – з середньотяжким і 48,3% – з тяжким ступенем БА (у II групі – 4%, 46% та 54% відповідно). Таким чином, групи були порівнювані між собою. У конденсаті видихуваного повітря визначали сумарну, неферментативну та ферментативну фібринолітичну активність за методом О.Л. Кухарчука О.Л. (2001) і вміст метаболітів оксиду азоту за методом Н.Є. Ємченко Н.Л. (1994) у модифікації О.І. Гоженка О.І. (2002).

Встановлено, що неферментативна фібринолітична активність конденсату видихуваного повітря в середньому становила в I групі $0,36 \pm 0,07$ мкг азофібрину/мл х год, у II групі – $0,51 \pm 0,05$ мкг азофібрину/мл х год ($p > 0,05$). Показник ферментативної фібринолітичної активності конденсату видихуваного повітря достовірно не відрізнявся в групах порівняння, хоча спостерігалася попередня тенденція до підвищення активності фібринолізу в пацієнтів із повільним ацетиляторним фенотипом. Так, відмічено, що ферментативна фібринолітична активність у I групі досягала $0,46 \pm 0,04$ мкг азофібрину/мл х год, у II групі – $0,54 \pm 0,07$ мкг азофібрину/мл х год ($p > 0,05$). Сумарна фібринолітична активність становила в I групі $0,76 \pm 0,08$ мкг азофібрину/мл х год, а в дітей з повільним типом ацетилювання – $1,05 \pm 0,08$ мкг азофібрину/мл х год ($p < 0,05$), тобто за повільного ацетиляторного фенотипу порівняно зі швидким типом спостерігається більш виражена активація фібринолізу при загостренні бронхіальної астми.

Попри очікувані зміни вмісту метаболітів оксиду азоту як показника ендотеліальної функції, він вірогідно не відрізнявся в групах порівняння і становив у I групі пацієнтів $45,7 \pm 4,15$ мкмоль/мл, у II групі – $51,5 \pm 8,65$ мкмоль/мл ($p > 0,05$).

Таким чином, у дітей із повільним ацетиляторним фенотипом порівняно з пацієнтами зі швидким типом ацетилювання при загостренні бронхіальної астми відмічається вища інтенсивність показників фібринолітичної активності.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ В НЕОНАТОЛОГІЇ

В.А. ТИЩЕНКО, Н.М. КАЗИЦЬКА

Дніпропетровська державна медична академія

Важливою складовою прав дитини є право на безпечне ефективне лікування.

Сьогодні, в епоху надлишку ліків в аптеках і агресивних рекламних компаній, особливої актуальності набуває питання використання достовірних витоків інформації про ліки.

Формально лікар має всі можливості для того, щоб знайти і вивчити дійсно доказову медичну інформацію. Чи використовуються ці можливості? Ми провели анонімне анкетування курсантів неонатологів і інтернів-неонатологів. Виявилось, що лише 52% практикуючих неонатологів і 44% інтернів-неонатологів використовують ресурси Інтернет з метою отримання відомостей про доказовість інформації.

Друга проблема – це відсутність служби клінічної фармакології в рамках стаціонарів, яка вже є в усьому цивілізованому світі. Там на сьогодні багато ліків просто не стануть використовувати без моніторингу їх концентрації у плазмі крові. Так, відомо, що лікар не має права призначати більш ніж на 3–5 діб аміноглікозиди, протисудомні, антиаритмічні препарати, теofilin без постійного контролю їх концентрації в плазмі крові.

Проблема фармакоекономіки для багатьох лікарів ще є недостатньо усвідомленою. Зараз, як ніколи, актуальним є питання правильного вибору ліків за принципом оптимального співвідношення вартість/ефективність і ефективність/безпечність.

Актуальною проблемою фармакоterapiї в неонатології є стрімко зростаюча резистентність бактеріальної флори до антибіотиків. На жаль, достовірних даних про резистентність основних збудників в неонатальних стаціонарах України немає. Вивчення цього питання є першочерговим завданням, що передує розробці протоколів з лікування бактеріальних інфекцій у новонароджених. Заслугове впровадження відома і ефективна система управління антибактеріальною терапією. Таким чином, багато організаційних питань щодо фармакоterapiї в неонатальних стаціонарах залишаються актуальними.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ПРОСТИХ БРОНХІТІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ

Н.М. ТОКАРЄВА

КЗ «Міська дитяча клінічна лікарня № 1, м. Дніпропетровськ

Захворюваність на гострі бронхіти (ГБ) у дітей віком від 1 до 3 років коливається в межах 75–250 на 1000 дітей, а загальна поширеність ГБ в дитячій популяції складає від 6,2 до 25%, що зумовлює актуальність вивчення означеної проблеми.

Метою даного дослідження було вивчення клініко-імунологічних особливостей перебігу гострих бронхітів у дітей віком від 6 місяців до 3 років, які хворіли на ГБ. Під спостереженням знаходилося 56 дітей раннього віку, які перебували на стаціонарному лікуванні в умовах інфекційного відділення для дітей раннього віку МДКЛ № 1 м. Дніпропетровська. Госпіталізація до стаціонару була зумовлена середньотяжким станом дитини. Етіологічна структура ГБ за нашими даними в переважній кількості випадків була представлена вірусно-бактеріальними мікстами (80%). Всіх дітей з ГБ було розподілено на дві підгрупи – до першої підгрупи увійшли діти, які ГБ реалізували на фоні частих респіраторних захворювань (ЧХД), до другої підгрупи – епізодично хворюючі діти з ГБ (ЕХД). В клінічній картині ГБ у дітей здебільшого (60%) реєструвався гострий початок захворювання, тяжкість стану була зумовлена вираженістю гіпертермічного та інтоксикаційного синдромів, що у половині випадків поєднувалось з проявами мікролімфоаденопатії. У всіх дітей молодшого віку, незалежно від частоти захворюваності, у гострому періоді ГБ спостерігалось зниження відносної та абсолютної кількості CD8+, порушення мікробного пейзажу кишечника, вираженість проявів якого була пов'язана зі зниженням рівня Т-лімфоцитів і CD8+ у сироватці крові ($p_t < 0,05$). Розвиток дисбіозу кишечника в гострому періоді ГБ у ЧХД супроводжувався підвищенням продукції низькоафінних форм імуноглобулінів, а у ЕХД – високоафінних. У ЕХД з ГБ на початку захворювання також реєструвалися підвищення вмісту CD4+ та концентрації IgM у сироватці крові ($p_t < 0,05$). Дослідження назоцитограм, проведених нами в групах обстежених дітей, показало, що у всіх дітей з ГБ висівалась кокова флора та спостерігалось превалювання вираженого нейтрофільного запалення, що дозволяє підтвердити наявність дисбіозу слизових верхніх дихальних шляхів. За нашими даними, у ЕХД в гострому періоді простого бронхіту реєструвався первинний тип імунної відповіді, а у ЧХД – вторинний тип відповіді механізмів місцевого імунітету, ознаки сенсibiliзації та роз'єднання взаємозв'язку функціонування місцевого імунітету слизових оболонок бронхіального і кишкового регіонів з

переважанням неспецифічних проявів запального процесу. У періоді реконвалесценції ГБ у ЧХД, на відміну від ЕХД, не відмічалось відновлення вмісту Т-клітин, їх субпопуляцій і не відновлювалась концентрація IgA в сироватці крові, а характерною особливістю стану місцевого імунітету у ЧХД молодшого віку було підвищення вмісту SIgA₁, приріст концентрації SIgA₂ в копрофільтратах та збільшення ступеня тяжкості дисбактеріозу кишечника.

Таким чином, ЧХД молодшого віку з ГБ характеризуються торпідністю відновлення показників імунного статусу.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Н.І. ТОКАРЧУК, Є.В. ТИМЧУК, Т.В. ЧЕКОТУН,
Т.В. САВИЦЬКА*, Л.С. СТАРИНЕЦЬ*, В.В. ЛАГОДА*

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

*Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

В останні роки важливою проблемою педіатрії є збільшення розповсюдженості надмірної маси тіла (НМТ) та ожиріння у дітей. У зв'язку з цим все гостріше постає питання про їх раннє виявлення та проведення профілактичних заходів.

Ожиріння нині розглядається як ендокринно-обмінне захворювання поліетіологічної природи. Тому метою нашого дослідження було вивчення факторів ризику розвитку НМТ та ожиріння у дітей раннього віку.

Обстежено 150 дітей раннього віку. Основну групу склали 120 дітей, яких було розподілено на три групи залежно від їх фізичного розвитку. I групу склали 38 (31,6%) дітей раннього віку з ризиком розвитку НМТ, II групу – 42 (35,0%) дитини з НМТ, III групу – 40 (33,4%) дітей з ожирінням. До контрольної групи увійшли 30 дітей, фізичний розвиток яких відповідав віку, які мали раціональне вигодовування. Оцінено фізичний розвиток дітей, анамнестичні дані, характер вигодовування, біохімічні показники ліпідного обміну та рівень лептину.

Результати дослідження свідчать, що обтяжений спадковий анамнез, як фактор ризику з розвитку ожиріння, реєструвався у більшості респондентів основної групи (68,34%). У структурі спадковості у обстежених дітей основну частину займала серцево-судинна патологія батьків, яка мала високу чутливість (95,0%). Високу специфічність також мали такі фактори ризику розвитку ожиріння, як наявність ЦД у одного з батьків (90,0%) та ожиріння у обох батьків (81,0%).

На момент дослідження штучне вигодовування переважало серед дітей усіх трьох груп досліді-

дження. Вигодовування у переважній більшості обстежених було нераціональним. Високу специфічність (91,2%) щодо розвитку ожиріння серед обстежених дітей мав такий фактор, як штучне вигодовування, особливо неадаптованими сумішами.

Оцінка показників ліпідного обміну свідчить, що у дітей з ризиком розвитку НМТ, НМТ та ожирінням характерним було підвищення концентрації ТГ, КА, зниження ЛПВЩ та підвищення ЛПНЩ. Тоді як у дітей з ожирінням спостерігається підвищення усіх маркерів атерогенності. Також було виявлено достовірне підвищення рівня лептину у дітей основної групи, особливо у дівчаток ($p < 0,05$).

Таким чином, обтяжений спадковий анамнез, нераціональне вигодовування, зміни ліпідного спектру сироватки крові, підвищений рівень лептину, виявлений у дітей з ризиком розвитку НМТ, НМТ та ожирінням відображають порушення фізичного розвитку навіть у ранньому віці та можуть бути предиктором формування дитячого ожиріння у майбутньому.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ

З.М. ТРЕТЬЯКЕВИЧ, А.М. ЛЕВЧИН

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Під нашим спостереженням було 65 дітей віком від 2 до 7 років, які переносили гострі респіраторні інфекції (ГРІ) 5–6 і більше разів на рік, тобто відносились до категорії часто хворюючих (ЧХД). Хлопчиків було 29 (44,6%), дівчаток 36 (55,4%). Під час чергового захворювання в дітей виявлено імунні порушення, які характеризувались помірною Т-лімфопенією ($CD3^+ - 39,74 \pm 1,13\%$, $1,25 \pm 0,10 \cdot 10^9/\text{л}$) і зниженням функціональної активності Т-клітин, суттєвим зменшенням числа Т-хелперів/індукторів ($CD4^+$). При цьому кількість Т-супресорів/цитотоксиків ($CD8^+$) достовірно не змінювалась, внаслідок чого імунорегуляторний індекс $CD4^+/CD8^+$ зменшився до $1,25 \pm 0,10$ (у нормі $2,50 \pm 0,07$, $p < 0,001$). Рівні сироваткових IgA та IgM були суттєво знижені (відповідно до $0,61 \pm 0,05$ г/л, $p < 0,001$ і $0,59 \pm 0,04$ г/л, $p < 0,001$). Концентрація циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у сироватці крові ЧХД, які перебували під спостереженням, під час захворювання перевищувала вікову норму за середніми даними майже удвічі переважно за рахунок збільшення кількості найбільш патогенних середньо- і дрібномолекулярних ЦІК. Фагоцитарна активність нейтрофілів периферичної крові по відношенню до часток латексу була достовірно пригнічена, до того ж показник фагоцитозу був знижений у середньому в 1,5 рази,

а фагоцитарне число – в 1,8 рази. У 27 дітей із супутньою алергічною патологією був підвищений вміст IgE у сироватці крові, який перевищував норму більш ніж удвічі. Крім того, у ЧХД під час захворювання виявлено активацію системи ліпоперекисів-антиоксидантів. Це характеризувалося накопиченням в крові дієнових кон'югат та малонового діальдегіду, збільшенням активності каталази.

Слід відмітити, що порушення імунітету й перекисного гомеостазу були взаємозумовлені. Про це свідчили прямі сильні кореляційні зв'язки між рівнями ДК, МДА і числом клітин з фенотипом CD4. Виявлені порушення носили стійкий характер, зберігались протягом 2 міс і більше після виписки зі стаціонару і сприяли розвитку наступних випадків захворювань на ГРІ. Для підвищення ефективності лікувально-реабілітаційних заходів 43 ЧХД основної групи у комплексі традиційної терапії отримували імунокінд, який збільшує місцеву резистентність слизових оболонок дихальних шляхів, у поєднанні з фітобіотиком умкалором, що має провірусні, антибактеріальні, протизапальні, імуноактивні, мембраностабілізуючі властивості. Імунокінд призначали по 1 таблетці тричі на день протягом 4 тижнів, умкалор – по 5–10 крапель тричі на день протягом 14 днів. 22 ЧХД групи порівняння отримували тільки традиційну терапію. Призначення імунокінду у поєднанні з умкалором сприяло суттєвому поліпшенню стану ЧХД основної групи: загальний термін їхнього перебування в стаціонарі був на $3,5 \pm 0,51$ дня коротше, ніж у пацієнтів з групи порівняння. До того ж суттєво поліпшились деякі показники імунітету. Так, у дітей основної групи відмічено достовірне збільшення в крові кількості Т-лімфоцитів, нормалізацію їх функціональної активності і тенденцію до нормалізації числа Т-хелперів/індукторів ($p < 0,01$). Вміст CD8-клітин достовірно не змінювався, що зумовило тенденцію до нормалізації співвідношення $CD4/CD8$ ($p < 0,05$). У ЧХД основної групи відмічено нормалізацію рівня сироваткового IgA і більш суттєву, на відміну від групи порівняння ($p < 0,01$), позитивну динаміку рівня ЦІК з тенденцією до нормалізації їх молекулярного складу. Найбільш виражені позитивні зміни у дітей основної групи виявлено з боку показників ПОЛ і АОЗ. Це проявлялось нормалізацією рівнів МДА і ДК, а також тенденцією до нормалізації активності ферменту каталази.

ПРО СТАН ОКСИДАНТНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА РЕЦИДИВУЮЧИЙ БРОНХІТ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ, В РІЗНІ ПЕРІОДИ ЗАХВОРЮВАННЯ

З.М. ТРЕТЬЯКЕВИЧ, О.В. БАБІНОВА

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Під спостереженням знаходилось 85 дітей віком від 6 до 17 років, хворих на рецидивуючий бронхіт (РБ) із супутньою патологією гепатобіліарної системи. Усіх пацієнтів було обстежено під час рецидиву основного захворювання, з них 43 дитини додатково обстежено у між рецидивному періоді. У структурі уражень гепатобіліарної системи відмічались дискінезія жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) за гіпокінетичним типом у 38 (44,7%) дітей, ДЖВШ за гіперкінетичним типом – у 25 (29,4%), хронічний некалькульозний холецистит – у 14 (16,4%), хронічний холецистохолангіт – у 6 (7,1%), жировий гепатоз – у 2 (2,4%) хворих. Контрольну групу складало 30 практично здорових дітей. Стан оксидантних процесів оцінювали за вмістом у крові кінцевого продукту перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) – малонового діальдегіду (МДА), продуктів окислювальної модифікації білків (ОМБ) – 2,4-альдегіднітрофенілгідразону (АФГ) та 2,4-кетодінітрофенілгідразону (КФГ), а також за активністю ферментів антиоксидантного захисту (АОЗ) – супероксиддисмутази (СОД) і каталази (КТ).

У хворих на РБ дітей із супутньою патологією гепатобіліарної системи під час рецидиву основного захворювання встановлено підвищення інтенсивності процесів ПОЛ у вигляді збільшення вмісту МДА у сироватці крові до $22,6 \pm 0,6$ мкмоль/л, тоді як у здорових дітей цей показник складав $6,53 \pm 0,26$ мкмоль/л ($p < 0,001$). Крім того, у пацієнтів основної групи в гострому періоді захворювання відмічено активність процесів вільнорадикального окиснення (ВРО) білків. На це вказувало накопичення в крові продуктів білкової деструкції у вигляді АФГ та КФГ, що є маркерами окислювальної модифікації мембранних протеїнів. Так, вміст АФГ у сироватці хворих дітей був підвищений майже у 2,4 рази проти такого показника в дітей контрольної групи (відповідно $28,16 \pm 0,75$ та $12,07 \pm 1,04$ ум. од./г білка, $p < 0,001$). У дітей з РБ і супутньою патологією гепатобіліарної системи спостерігалось збільшення вмісту КФГ майже у 2,6 рази порівняно з показниками здорових дітей – $27,9 \pm 0,84$ і $10,9 \pm 0,66$ ум. од./г білка відповідно ($p < 0,001$). При аналізі активності СОД та КТ у хворих на РБ виявлено ознаки виснаження системи АОЗ. Активність СОД була суттєво пригніченою і складала $16,7 \pm 0,33\%$ проти $44,6 \pm 0,19\%$ у здорових дітей ($p < 0,001$). Показники активності КТ були нижчими, ніж у здорових дітей ($29,03 \pm 0,40$ та $75,9 \pm 0,16\%$ від-

повідно, $p < 0,001$). При обстеженні хворих на РБ у міжрецидивному періоді виявлено збереження порушень окисного гомеостазу. Хоча вміст МДА, АФГ та КФГ зменшився і складав відповідно $13,4 \pm 0,32$ мкмоль/л, $17,14 \pm 1,01$ та $16,2 \pm 0,78$ ум. од./г білка, ці показники залишалися достовірно підвищеними порівняно з контролем. Також відмічено тенденцію до підвищення активності СОД і КТ – до $27,13 \pm 0,62$ і $45,11 \pm 0,54\%$ відповідно. Але значення цих показників були меншими за показники дітей контрольної групи відповідно у 1,6 і 1,7 рази.

Таким чином, для дітей, хворих на РБ із супутньою патологією гепатобіліарної системи, під час рецидиву основного захворювання характерно значне збільшення інтенсивності процесів ВРО ліпідів, білків та зниження активності системи АОЗ. У міжрецидивному періоді основного захворювання показники процесів ПОЛ, ОМБ та ферментів АОЗ не досягали значень здорових дітей, що свідчить про стійке порушення окисного гомеостазу та безперервно-рецидивуючий перебіг основного захворювання у визначеного контингенту хворих. Це необхідно враховувати під час призначення їм лікувально-реабілітаційних заходів.

РОЛЬ БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ В ОЦІНЦІ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ

З.М. ТРЕТЬЯКЕВИЧ, Т.С. КОВАЛЕНКО

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Лактатдегідрогеназа (ЛДГ) – цитоплазматичний фермент, що бере участь в окисленні глюкози з утворенням молочної кислоти. Лактат (сіль молочної кислоти) утворюється в процесі дихання. При повноцінному постачанні киснем лактат у крові не накопичується, а руйнується до нейтральних продуктів і виводиться з організму. Але в умовах гіпоксії лактат накопичується і порушує процеси тканинного дихання. Тому ЛДГ та її фракції використовують як маркер стану обмінних процесів в органах і тканинах. У сироватці крові й тканинах людини ЛДГ присутня у вигляді п'яти ізоферментів. Ізоферменти ЛДГ-1 і ЛДГ-2 присутні у великій концентрації в м'язі серця. Тому рівні ЛДГ та ЛДГ-1 є об'єктивними показниками стану міокарда. Запальний процес при гострому обструктивному бронхіті (ГОБ) негативно впливає на стан серцево-судинної системи (ССС) і вимагає детального дослідження. Між тим, в літературі дані про рівні ізоферментів ЛДГ та ЛДГ-1 у дітей, хворих на ГОБ, відсутні.

Тому метою нашого дослідження була оцінка рівнів ЛДГ та ЛДГ-1 як маркерів стану ССС у дітей, хворих на ГОБ. Під спостереженням пере-

бувало 69 дітей віком від 2 до 5 років. З них 37 дітей основної групи знаходилися на лікуванні з приводу ГОБ у дитячих лікарнях м. Луганська, 32 дитини були здорові (контрольна група). Середній вік дітей основної групи складав $39,96 \pm 1,39$ міс, контрольної групи – $39,58 \pm 1,54$ міс. Групи дітей були порівнюваними за статтю. Дослідження ЛДГ та ЛДГ-1 у дітей основної групи проводили у перші 3 доби після вступу до стаціонару, у дітей контрольної групи – під час профілактичного огляду в міжепідемічному за грипом періоді. Активність ЛДГ та ЛДГ-1 визначали кінетичним УФО-методом за допомогою набору реактивів «Для визначення загальної активності ЛДГ та ЛДГ-1» виробництва «Фелісіт-діагностика» (Дніпропетровськ, Україна) на біохімічному напівавтоматичному аналізаторі Mingrey BA-88.

За даними біохімічного дослідження було встановлено, що показники ЛДГ у дітей основної групи складали $732,31 \pm 45,86$ МО/л, а у дітей контрольної групи – $211,23 \pm 7,34$ МО/л. Тобто, рівень сироваткової ЛДГ у дітей, хворих на ГОБ, був у 3,47 разу вищим, ніж у дітей контрольної групи ($p < 0,05$). Слід зазначити, що вміст ЛДГ у хлопчиків основної групи був дещо вищим, ніж у дівчаток, але різниця не була достовірною. Рівень ЛДГ-1 у дітей основної групи становив $275,99 \pm 18,34$ МО/л, у дітей контрольної групи – $126,29 \pm 4,47$ МО/л. Тобто, рівень ЛДГ-1 у дітей, хворих на ГОБ, перевищував показники ЛДГ-1 здорових дітей в 2,18 разу ($p < 0,05$). При індивідуальному аналізі виявлено пряму залежність рівнів ЛДГ та ЛДГ-1 від ступеня дихальної недостатності (ДН). Так, діти, у яких ГОБ ускладнювався розвитком ДН II ступеня, мали більш високі показники ЛДГ, ніж діти з наявністю ДН I ступеня – $808,28 \pm 72,67$ та $637,91 \pm 33,99$ МО/л відповідно ($p < 0,05$). Виявлено різницю і між показниками ЛДГ-1 у дітей з ДН I та ДН II ступенів – $240,29 \pm 26,20$ та $299,74 \pm 29,07$ МО/л відповідно, але ця різниця була недостовірною ($p > 0,05$).

Отримані дані свідчать про те, що серцевий м'яз у дітей на фоні ГОБ знаходиться в стані гіпоксії. Тяжкість гіпоксичних змін залежить від ступеня ДН. Тому ця категорія дітей потребує призначення кардіотрофічних препаратів у комплексі лікувальних заходів з метою зниження можливих ускладнень з боку ССС.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОАТРОФІЧНОЇ СТАДІЇ АУТОІМУННОГО ГАСТРИТУ У ДІТЕЙ

О.В. ТЯЖКА, В.І. БОБРОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Поряд з неухильним зростанням захворюваності на хронічний гастрит спостерігається тенденція до його рецидивуючого перебігу, збіль-

шення відсотка дітей з атрофічними формами. Одним із варіантів атрофічного гастриту є аутоімунний гастрит. На сьогодні не існує єдиної точки зору на клініко-морфологічні особливості аутоімунних гастритів у дітей, що свідчить про актуальність вивчення маркерів ранньої діагностики доатрофічної стадії розвитку аутоімунного гастриту.

Під нашим спостереженням перебувало 56 дітей віком від 8 до 16 років з верифікованим хронічним гастродуоденітом (ХГД) в періоді загострення. Визначення аутоантитіл до H+/K+-АТФази парієтальних клітин шлунка проводили методом ІФА за допомогою стандартних наборів фірми «ORGENTEC» (Німеччина). Залежно від наявності антипарієтальних аутоантитіл хворих було розподілено на дві групи спостереження: I група – 49 (83,1%) дітей з ХГД без підвищення антипарієтальних аутоантитіл і II група – 7 (12,5%) пацієнтів з помірним рівнем аутоантитіл.

Було проаналізовано частоту виявлення аутоантитіл до парієтальних клітин шлунка залежно від віку. Аналіз результатів показав, що серед дітей, позитивних за наявністю аутоантитіл, більшість (71,4%) становили діти 8–10 років. Під час вивчення давності гастроентерологічного анамнезу ми звернули увагу на те, що у 6 (85,7%) дітей II групи спостереження тривалість захворювання становила до року.

В результаті нашого дослідження не було встановлено специфічних клінічних симптомів, характерних для дітей з ХГД на тлі підвищеного рівня антипарієтальних клітин. Серед дітей з підвищеним рівнем аутоантитіл не відмічено контамінації *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Для верифікації діагнозу 56 дітям проводили гістологічне дослідження СО фундального, антрального відділу шлунка та СО ДПК. При гістологічному дослідженні у 42 дітей діагностували хронічний неатрофічний гастрит, у 14 – хронічний атрофічний гастрит. Серед дітей, які мали підвищений рівень парієтальних аутоантитіл, було відмічено особливості гістологічних змін хронічного запального процесу в СОШ. На відміну від дітей I групи спостереження, у 71,4% дітей II групи відмічали ізолюваний запальний процес в фундальному відділі шлунка. При дослідженні клітинного складу інфільтрату більш ніж у половини хворих відмічали виражене запалення з переважно лімфоцитарною інфільтрацією власної пластинки. Під час оцінки частоти і вираженості порушень мікроциркуляції у 57,1% хворих встановлено виражений набряк, повнокрів'я, крововиливи і мікротромбози. При вивченні розподілу стромально-епітеліальних перебудов СОШ у більшості (71,4%) дітей діагностовано доатрофічні зміни в СО тіла шлунка, такі як фіброз стромы, проліферація фібробластів і тонких колагенових волокон у базальних і поверхневих відділах власної пластинки, вогнищева

деструкція залоз. Атрофічних змін СОШ у дітей з підвищеним рівнем антитіл до паріетальних клітин шлунка нами не відмічено.

Таким чином, встановлені в процесі аналізу відмінності дозволили розробити критерії ранньої діагностики доатрофічної стадії аутоімунного гастриту. До діагностичних маркерів можна віднести вік дітей 8–10 років, тривалість захворювання до року, відсутність контамінації гелікобактерною інфекцією, гіпоацидний рівень базальної кислотності, локалізацію вираженого запального процесу у фундальному відділі шлунка, з порушеннями мікроциркуляції і стромально-епітеліальними змінами в СОШ.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕНЕРГЕТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ В ЕРИТРОЦИТАХ У ДІТЕЙ З ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ ЗА НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ

О.В. ТЯЖКА, Т.В. ПОЧИНОК, Н.І. ГОРОБЕЦЬ,
М.М. ВАСЮКОВА, А.О. ГОРОБЕЦЬ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Енергообмін як на рівні цілісного організму, так і на рівні окремої клітини, являє собою грандіозний комплекс процесів, які забезпечують життєдіяльність живої матерії. Біохімічні зміни, зумовлені дефектами енергообміну, проявляються порушенням транспорту та утилізації мітохондріальних субстратів, дефектами дихального ланцюга, недостатнім нагромадженням і передачею енергії.

Мета роботи: проаналізувати гліколітичні процеси та енергетичний обмін в еритроцитах у дітей із залізодефіцитною анемією (ЗДА) та супутньою патологією. Дані ґрунтуються на обстеженні 98 дітей віком від 1 до 4 років, яких було розподілено на 3 групи: I група – практично здорові діти (13 дітей), II група – діти з ЗДА I та II ступ. тяжкості без супутніх захворювань (12 дітей), III група – діти з ЗДА I та II ступ. тяжкості на фоні супутньої патології: гіпотрофії та затримки фізичного розвитку (14), рахіту (17), алергічного діатезу (10), гострих бронхолегеневих захворювань (18), кишкових дисбактеріозів (14).

Показники енергетичного обміну еритроцитів та гліколітичних процесів у дітей з ЗДА розподілились таким чином. В групі практично здорових дітей (n = 13) рівень лактату в крові складав $1,11 \pm 0,05$ ммоль/л, рівень пірувату крові – $0,116 \pm 0,004$ ммоль/л, відношення лактат/піруват – $9,6 \pm 0,33$, АТФ еритроцитів дорівнював $1,17 \pm 0,08$ ммоль/л, а рівень 2,3-дифосфогліцерату в еритроцитах – $4,12 \pm 0,07$ ммоль/л. В групі дітей з ЗДА I та II ступенів без супутніх захворювань (n = 12) ці показники склали відповідно $1,34 \pm 0,044$, $0,11 \pm 0,005$, $11,9 \pm 0,56$, $1,26 \pm 0,032$ та $4,33 \pm 0,06$. В групі ді-

тей з ЗДА обох ступенів тяжкості за наявності супутніх захворювань ці показники розподілились таким чином. В дітей з гіпотрофією та затримкою фізичного розвитку (n = 14) вони склали відповідно $1,18 \pm 0,037$, $0,11 \pm 0,004$, $11,0 \pm 0,40$, $1,24 \pm 0,024$ та $4,53 \pm 0,06$. В дітей з рахітом (n = 7) – $1,28 \pm 0,039$, $0,10 \pm 0,003$, $12,9 \pm 0,46$, $1,26 \pm 0,042$ та $4,63 \pm 0,13$. В групі дітей з алергічним діатезом (n = 10) – $1,29 \pm 0,117$, $0,093 \pm 0,005$, $13,8 \pm 0,91$, $1,17 \pm 0,09$ та $4,33 \pm 0,21$, відповідно. В групі дітей з гострими бронхолегеневими захворюваннями (n = 18) – $1,79 \pm 0,067^*$, $0,117 \pm 0,003$, $15,4 \pm 0,50^*$, $1,57 \pm 0,050^*$ та $5,71 \pm 0,23^*$. А в групі дітей з кишковим дисбактеріозом (n = 14) ці показники відповідали $1,65 \pm 0,068^*$, $0,111 \pm 0,004$, $15,0 \pm 0,80^*$, $1,51 \pm 0,067^*$ та $5,11 \pm 0,15^*$. Отже, у дітей III групи було виявлено значне підвищення рівнів лактату крові та відношення лактат/піруват, а також 2,3-дифосфогліцерату й АТФ еритроцитів. Найбільші відхилення показників отримано у дітей з ЗДА в поєднанні з гострими бронхолегеневими захворюваннями та кишковим дисбактеріозом.

Отримані в дослідженні дані свідчать, що при ЗДА приєднуються ознаки гіпоксії, в результаті чого компенсаторно підвищується рівень модуляторів спорідненості гемоглобіну до кисню (2,3-дифосфогліцерату та АТФ), посилюється активація гліколітичних процесів в еритроцитах (зростання рівня лактату та співвідношення лактат/піруват). Супутня ж патологія, особливо гострого характеру, сприяє поглибленню порушень енергетичних процесів в еритроцитах, що, в свою чергу, підсилює вираженість гіпоксичних процесів.

АКТИВНЕ ТЮТЮНОПАЛІННЯ І ХРОНІЧНА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ У ДІТЕЙ

О.В. ТЯЖКА, В.І. БОБРОВА, Ю.І. ВОРОБІЄНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Одним з найнебезпечніших порушень здорового способу життя в усьому світі є тютюнопаління. Тютюнопаління на 30–40% румовлює смертність від ішемічної хвороби серця, підвищує ризик виникнення мозкового інсульту, спричиняє 30% усіх випадків смерті від онкологічних захворювань і 90% усіх випадків захворювань на рак легень. У курців у 5–8 разів частіше розвиваються хронічні обструктивні захворювання легень, тютюнопаління сприяє також виникненню захворювань шлунково-кишкового тракту. Негативний вплив тютюнопаління на шлунково-кишковий тракт здійснюється за участі кількох механізмів: безпосередньої дії поглинутих дьогтьових сполук на слизову оболонку; нікотин здійснює збуджуючий вплив на блукаючий нерв, підвищуючи цим секрецію шлункового соку; паління сприяє ви-

никненню дисбалансу між факторами агресії та захисту слизової оболонки шлунка; нікотин негативно впливає на моторно-евакуаторну функцію шлунково-кишкового тракту.

Проведено обстеження 34 пацієнтів з хронічною гастродуоденальною патологією віком від 10 до 17 років. Кількість дітей, які активно палять, становила 15 (44%) осіб, це були переважно діти віком від 14 до 17 років.

Дослідження впливу спадково-конституційного фактора показало, що у пацієнтів, які не палять (ІІ група), батьки хворіють на хронічну гастродуоденальну патологію у 8 (42%), а у пацієнтів, які активно палять (І група), цей показник становить лише 13% (у 2 дітей).

Кількість *H. pylori*-залежних у І та ІІ групах відповідно становила 46 та 21%.

Рецидивуючий перебіг гастродуоденальної патології у дітей, які палять, відмічено у 26% дітей, а у дітей, які не палять, – у 15%.

Зважаючи на те, що кількість дітей, які палять, неухильно зростає (за даними МОЗ України), доцільним є вивчення впливу цього негативного фактора на формування та перебіг хронічної гастродуоденальної патології у дітей та підлітків.

ЗНАЧЕННЯ СТРУКТУРНИХ ПОРУШЕНЬ ГЕНІВ ГРУПИ ГЛУТАТІОН-S-ТРАНСФЕРАЗИ У ВИНИКНЕННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ

О.В. ТЯЖКА, Ю.О. САВЕНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

В наш час алергічні захворювання є однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем в усьому світі. За прогнозами ВООЗ, до 2050 року від різноманітних алергозів страждатиме більша частина населення планети, при цьому алергеном може виступати майже будь-яка речовина, а ХХІ століття стане епохою алергії. За даними епідеміологічних досліджень, на алергічні захворювання страждає до 30% дитячої популяції і Україна не є винятком. Однак через відсутність достовірної статистики, в нашій країні цей показник є дещо нижчим.

Атопічний дерматит (АД) та бронхіальна астма (БА) – це мультифакторні генетично детерміновані захворювання, що реалізуються під впливом факторів зовнішнього середовища і характеризуються хронічним рецидивуючим перебігом та віковою динамікою клінічних проявів. Стійкість організму до дії несприятливих факторів зовнішнього середовища значною мірою залежить від стану системи детоксикації ксенобіотиків. Процес детоксикації являє собою складну систему взаємодії різних ферментів з екзогенними речовинами, в тому числі з токсичними сполуками і включає три послі-

довні фази. Ферменти першої фази зв'язують ксенобіотики та ендобіотики з утворенням проміжних електрофільних метаболітів, часто токсичних, які під дією ферментів другої фази перетворюються у водорозчинні нетоксичні похідні і виводяться з організму (третя фаза). Гени, що контролюють синтез ферментів другої фази, належать до типових представників генів «зовнішнього середовища», для них характерний значний популяційний поліморфізм.

Група генів детоксикації другої фази представлена суперсім'єю (GST). Вони каталізують взаємодію глутамату з електрофільними атомами N, C, S, O і відповідають за кон'югацію сульфгідрильної групи ензиму, активність якого кодується даними генами з молекулою ксенобіотиків.

Нами обстежено 53 дитини, з них 33 – хворі на БА і 20 – хворі на АД. В процесі спостереження дітей, окрім клінічного огляду, ми визначали в них алейний поліморфізм генів групи GST (GSTP1, GSTM1, GSTT1) та рівень загального IgE в крові. З 33 дітей, хворих на БА, зміни структури генів групи GST мали 28 дітей, у 10 з них виявлено делецію за двома генами. З 20 дітей з клінічними проявами АД у 16 мали місце структурні зміни генів групи GST. У 9 дітей (5 хворих на БА та 4 з проявами АД) не було виявлено мутацій досліджуваних генів, рівень загального IgE в крові у них не перевищував вікової норми, в той час як у більшості обстежених цей показник був підвищеним.

Таким чином, отримані результати свідчать про важливу роль структурних змін генів групи GST у виникненні алергічної патології. Триває робота над розробкою профілактичних заходів, що можуть зменшити ступінь реалізації генетично детермінованих алергічних захворювань.

ВПЛИВ СИСТЕМОЇ ЕНЗИМОТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ IGA ТА IGE СЛИНИ У ДІТЕЙ З ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТА ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

О.В. ТЯЖКА, А.О. ГОРОБЕЦЬ, Н.І. ГОРОБЕЦЬ, В.І. БОБРОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Незважаючи на вагомі досягнення у вивченні патогенетичних механізмів та сучасних технологій лікування гастродуоденальних захворювань, рівень захворюваності дітей на ці хвороби продовжує зростати. Однією з причин є неврахування при лікуванні даної категорії хворих можливого алергічного компонента запального процесу, що значно погіршує результат терапії.

Метою нашого дослідження було вивчення показників IgA та IgE слини у дітей з хронічним гастродуоденітом (ХГД) алергічного і запального генезу та функціональною диспепсією (ФД)

і динаміки змін цих показників під впливом комплексного лікування з використанням засобу системної ензимотерапії. В роботі застосували клініко-лабораторні, інструментальні і статистичні методи. У дослідженні взяли участь 126 дітей, які склали три групи (група дітей з ХГД алергічного генезу, група пацієнтів з ХГД бактеріального генезу і група пацієнтів з ФД), кожна з яких було розподілено на дві підгрупи залежно від включення Вобензиму до лікувальної схеми чи відсутності такого. Алергічний генез гастроудоденіту констатували на підставі обтяженого алергологічного анамнезу та характерних змін біоптатів слизової оболонки шлунка.

Отримані показники IgE слини до лікування корелювали з даними алергологічного анамнезу пацієнтів. Так, підвищені рівні IgE спостерігалися у переважній більшості (91,4%) пацієнтів з ХГД алергічного генезу та у частини хворих (17,8%) з функціональною диспепсією, у яких був обтяжений алергологічний анамнез; в групі дітей з хронічною гастроудоденальною патологією бактеріального генезу підвищення рівня IgE у слині не відмічалось. Аналіз рівнів імуноглобуліну Е слини після лікування показав, що кількість осіб з ХГД алергічного генезу і ФД, у яких після курсу терапії нормалізувалися значення цього показника, була більшою в підгрупах, пацієнти яких отримували препарат системної ензимотерапії. Щодо секреторного IgA, то його динаміка у всіх групах була менш вираженою порівняно з динамікою IgE, проте виявила аналогічні відмінності між пацієнтами, яким призначався Вобензим і які його не отримували. Середні значення секреторного IgA слини після лікування у дітей всіх груп, які отримували засіб системної ензимотерапії, були недостовірно нижчими таких у пацієнтів, які не отримували даного засобу.

Враховуючи здатність поліензимного засобу впливати на показники гуморального імунітету і певною мірою коригувати його при гастроудоденальній патології органічного та функціонального характеру, доцільно використовувати його у педіатричній практиці, включаючи до комплексної терапії дітей з хронічним гастроудоденітом і функціональною диспепсією, особливо за наявності у них обтяженого алергологічного анамнезу.

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ТА СЕРЕДЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ М. КИЄВА

О.В. ТЯЖКА, Т.В. ПОЧИНОК, Л.М. КАЗАКОВА, О.А. СТРОЙ, М.М. ВАСЮКОВА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

З метою визначення стану здоров'я нами обстежено 142 школярів 2–6 класів (39,4% дівчаток, 61,6% хлопчиків) однієї із шкіл м. Києва.

Отримані дані показали, що до I групи, тобто до здорових дітей, можна було віднести лише 18,5% обстежених; до II групи здоров'я віднесено 46,3% дітей, які мали різні функціональні відхилення в стані здоров'я, III групу склали 35,3% дітей з хронічними та органічними захворюваннями (плоскостопість, сколіоз та ін.).

Найчастішою системною патологією, що зустрічалась у 71,8% учнів, були захворювання кістково-м'язової системи з переважанням патології хребта (42,9%). Соматична патологія у більшості випадків спостерігалась у вигляді функціональних порушень, насамперед з боку шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, які найбільш ймовірно є свідченням порушення вегетативного гомеостазу (50,7%) учнів даного віку. Значну кількість складала патологія ЛОР-органів (30,3% випадків).

Враховуючи, що фізичний розвиток є інтегральною характеристикою захворювань, ми вивчали фізичний розвиток школярів, який у більшості дітей є середнім та вище середнього. 17,7% дітей мають високий та дуже високий фізичний розвиток; у 2,5% школярів фізичний розвиток нижче середнього.

Оцінка резерву функціональних можливостей серцево-судинної системи, що проводилась за індексом Руф'є (рекомендований до використання наказом МООЗ України № 518/674 від 20.07.09) показує, що тільки 19,8% школярів мають високий та вище середнього рівень фізичного здоров'я і можуть відвідувати основну фізкультурну групу, 32,1% учнів із середнім рівнем – підготовчу групу, у той час як 48,1% учнів з рівнем фізичного здоров'я нижче середнього та низким повинні займатися у спеціальній групі.

Таким чином, проведені дослідження свідчать що стан здоров'я учнів молодшого та середнього віку за більшістю критеріїв є незадовільним. Для поліпшення рівня фізичного здоров'я необхідно звертати увагу лікарів, педагогів і батьків на проведення оздоровчих заходів для дітей з відхиленнями у стані здоров'я, перегляд організації фізичної культури в школах, просвітницьку роботу серед дітей і батьків щодо здорового способу життя.

СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З РЕЦИДИВНИМ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

О.В. ФОФАНОВА, Т.В. ЛОТОВСЬКА, Н.Б. ОСАДЕЦЬ

Івано-Франківський національний медичний університет

Рецидивний бронхообструктивний синдром (РБОС) залишається однією з найбільш важливих проблем педіатрії у зв'язку із значною його поширеністю, тяжкістю перебігу, частотою рецидивів у дітей. Порушення функціонування

дихальної системи при РБОС позначаються на роботі серця і можуть спричинити розвиток таких ускладнень, як легенева гіпертензія та хронічне легеневе серце, оскільки органи дихання та серцево-судинна система функціонально тісно зв'язані між собою. Дисбаланс симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи (ВНС) відіграє важливу роль в патогенезі РБОС. Тому вчасна діагностика порушень ВНС може сприяти оптимізації лікування хворих з РБОС.

Метою роботи було вивчення особливостей функціонування серцево-судинної системи у дітей з РБОС. Під спостереженням знаходилося 75 дітей (37 дівчаток та 38 хлопчиків) віком від 10 до 16 років з РБОС в періоді загострення. Скаржились на порушення в функціонуванні серцево-судинної системи тільки 21,3% дітей. Аналіз електрокардіограм (ЕКГ) дозволив констатувати порушення в діяльності серця у 68 (90,7%) обстежених дітей. У більшій частині обстежених (64%) виявлено дихальну аритмію, у 41 (54,7%) дитини – порушення процесів реполяризації, у 22 (29,3%) – вкорочення інтервалу P-Q, у 14 (18,7%) – синусову брадикардію, у 5 (6,7%) – синусову тахікардію. Після проби з дозованим фізичним навантаженням зміни на ЕКГ діагностовано у всіх дітей. При проведенні ехокардіоскопії органічних порушень в роботі серця не виявлено. При дослідженні варіабельності серцевого ритму встановлено, що вихідний вегетативний тонус у 43 обстежених дітей є ваготонічним. Значно рідше (у 12,3%) спостерігається вихідна симпатикотонія (індекс напруження – $115,34 \pm 6,32$ од.), у решти – констатовано нормотонію (індекс напруження – $62,5 \pm 4,21$ од.). При визначенні вегетативної реактивності (ВР) у 36,9% дітей з вихідною ваготонією встановлено гіперсимпатикотонічний тип реагування. Така динаміка показників свідчить про порушення рівноваги у ВНС з підвищенням активності центральних рівнів регуляції і, отже, може розцінюватись як напруження процесів адаптації. У 8 дітей з нормотонічним та у 6 дітей з ваготонічним типом ВВТ після проведення кліно-ортостатичної проби спостерігалось збільшення варіаційного розмаху (до 0,42 с), зниження амплітуди моди (до 18%) та індексу напруження (до 20,356 од.). Ці зміни свідчать про значне зниження функціонування центральних механізмів регуляції. При цьому з'явилась тенденція до реалізації адаптаційних реакцій здебільшого за рахунок автономних компонентів з участю парасимпатичних відділів ВНС. Такий стан регуляторних механізмів розцінюється як зрив адаптації. У дітей з симпатикотонією після проведення кліно-ортостатичної проби відмічається підвищення амплітуди моди ($25,4 \pm 0,56\%$) та індексу напруження ($197,45 \pm 6,75$ од.). Такі зміни характерні для функціонального напруження, яке виникає на фоні компенсованих порушень

в симпатичному відділі ВНС і на центральному рівні регуляції. У 6 дітей з нормотонією після проведення кліно-ортостатичної проби вегетативна реактивність розцінювалась як нормотонічна, що є свідченням адекватної реакції ВНС на навантаження. Слід зауважити, що виражені зміни ВСР діагностовано у дітей з тривалим перебігом захворювання незалежно від тяжкості перебігу.

Таким чином, проведені дослідження показують, що у обстежених дітей з РБОС наявні зміни у функціонуванні серцево-судинної системи, які проявляються неспецифічними ознаками та часто діагностуються тільки при додатковому обстеженні. Виявлені зміни вимагають медикamentозної корекції ще на доклінічному рівні.

СТАН ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЙОДОМ ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Т.В. ФРОЛОВА, Н.Ф. СТЕНКОВА, А.В. БЕРУС¹,
М.О. САРКІСЯН¹

Харківський національний медичний університет.
¹Клінічна багатопрофільна лікарня № 17, м. Харків

Йододефіцитні захворювання (ЙДЗ) є одними з найпоширеніших неінфекційних захворювань людини. Підвищений ризик недостатнього споживання йоду існує для більш ніж 1,5 млрд. населення нашої планети. Особливо небезпечним є дефіцит йоду для дітей та підлітків. Україна також відноситься до країн, які мають загрозу йододефіциту. У той же час, незважаючи на значну поширеність, ЙДЗ належать до захворювань, яким можна легко і ефективно запобігти.

Метою даного дослідження було вивчення вмісту йоду (M_j) у волоссі дітей Харківського регіону (97 хлопчиків та 110 дівчаток) віком від 9 до 16 років. Визначення вмісту йоду у волоссі виконано із використанням γ -активаційного аналізу, суть якого полягає у реєстрації впливу γ -квантів високої енергії на аналізовані біологічні мішені (проби волосся), що досягається шляхом обліку γ -випромінювання при гальмовому випромінюванні від електронного прискорювача часток.

Результати дослідження показали, що середній показник абсолютного вмісту йоду в хлопчиків коливався у межах $13,2 \pm 17,6$ мкг/г та залежав від віку: найбільшим він був у 15-річних, а найменшим – у 9-річних хлопчиків (відповідно $17,6 \pm 0,63$ та $13,2 \pm 0,27$ мкг/г; $p < 0,05$).

Середній показник вмісту йоду (M_j , мкг/г) серед обстежених дівчаток коливався, залежно від віку, у межах $15,3 \pm 20,6$ мкг/г. Його найбільші показники відмічались у дівчаток 12 років, тоді як найменші – у дівчаток віком 9 років (відповідно $20,6 \pm 0,96$ та $15,3 \pm 0,40$ мкг/г; $p < 0,05$).

Варіації показника вмісту йоду у волоссі обстежених дітей залежать від віку і складають для дівчаток $2,61 \pm 4,83\%$, для хлопчиків – $1,14 \pm 4,41\%$, що відповідає низькому рівню мінливості ($C_v \leq 4,83\%$).

У віці 9–16 років щорічний темп приросту показника абсолютного вмісту йоду у волоссі хлопчиків коливається від $-10,1\%$ у віці 16 років до $+15,7\%$ у віці 15 років. Впродовж 9–16 років вміст йоду у волоссі хлопчиків у цілому зростає на $22,6 \pm 0,82\%$. А максимальні його показники відмічаються у 12- та у 15-річному віці ($p < 0,05$) з поступовим зменшенням його вмісту до 16 років ($p < 0,05$).

У дівчаток віком 9–16 років щорічний темп приросту показника абсолютного вмісту йоду у волоссі коливається від $-7,67\%$ у віці 13 років до $+45,1\%$ у віці 10 років, а впродовж 9–16 років вміст йоду у волоссі дівчаток у цілому зростає на $33,9\%$.

Таким чином, вміст йоду в організмі дітей Харківського регіону вимагає систематичного моніторингу і відповідної корекції у пубертатному віці (від 9 до 16 років), тобто, саме тоді, коли функція щитовидної залози найбільш активна.

ВПЛИВ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ НА ФОРМУВАННЯ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

Т.В. ФРОЛОВА, О.В. ОХАПКІНА

Харківський національний медичний університет

Несприятлива соціально-екологічна ситуація, яка склалася в останні роки в Україні, забруднення навколишнього середовища, розбалансування харчування (недостатнє вживання з їжею вітамінів, мікро- та макроелементів), різка демографічна перебудова суспільства та ін. призводять до погіршення стану здоров'я дітей та підлітків. Їх організм характеризується значною пластичністю і більшою мірою, ніж у дорослих, швидко реагує на зміни факторів середовища. Порушення процесу накопичення піку кісткової маси у дитячому віці, зокрема формування остеопенічного синдрому, є донозологічним станом, який віддзеркалює стан здоров'я дитячого організму в цілому.

Мета дослідження полягала у вивченні впливу екологічних факторів довкілля на процеси формування піку кісткової маси у дітей шкільного віку.

Комплексно обстежено 2400 дітей 8–18 років, які постійно мешкають у Харківському регіоні. Рівень екологічного благополуччя регіону визначали за спеціально опрацьованою методикою оцінки даних офіційної статистики і результатів спеціальних досліджень НАН України. На підставі аналізу екологічного ста-

ну Харківського регіону було виділено головні екологічні кластери регіону (ЕКР): ЕКР-1 – райони з задовільним станом навколишнього середовища; ЕКР-2 – з відносним екологічним благополуччям; ЕКР-3 – несприятливий екологічний стан кластеру. Відповідно у кожному ЕКР було сформовано репрезентативні стратифіковані популяційні групи дітей.

Аналіз результатів дослідження дозволив встановити, що поширеність остеопенічного синдрому серед дитячої популяції ЕКР-1 майже у 2,7 рази нижча, ніж серед дітей, які постійно мешкають у ЕКР-3 ($12,5 \pm 2,8$ і $33,4 \pm 4,6\%$ відповідно, $p < 0,001$). Звергає на себе увагу, що у дітей та підлітків ЕКР-3 структурно остеопенічний синдром на 34% складається з остеопенії III ступеня тяжкості. Тоді як у дітей ЕКР-1 тяжкі ступені остеопенічних порушень реєструються у 9,8% випадків ($p < 0,005$).

Вивчення поширеності та ступеня остеопенії дозволило виявити вплив якості довкілля ($\eta^2 = 48,0\%$) на процеси формування піка кісткової маси у дитячому віці. У разі постійного проживання дитини на території ЕКР-3, ризик пов'язаний з впливом факторів довкілля утричі вищим, ніж у дітей інших кластерних районів, тоді як проживання в ЕКР-1 формує «позитивний ризик», знижуючи можливість виникнення порушень стану кісткової тканини біль ніж на 56% ($p < 0,005$).

Аналіз рівня здоров'я дітей Харківського регіону показав, що на кожную дитину, яка постійно мешкає у ЕКР-3, припадає наявність поєднаної хронічної патології і/або функціональних відхилень з боку трьох різних органів та систем організму («загальна патологічна ураженість» складає 3,23). Тоді як серед дітей ЕКР-1 цей показник складає 1,89 ($p < 0,05$), а серед дитячої популяції, яка постійно мешкає у ЕКР-2, – 2,16 ($p < 0,05$).

Отже, особливості екологічного стану довкілля дітей можуть бути індикаторами процесу формування остеопенічних порушень і рівня здоров'я дитячої популяції регіону в цілому, що має бути враховано у системі ранньої діагностики та профілактики, шляхом формування груп діагностичної активності і динамічного спостереження за дітьми, які мешкають у великому промисловому регіоні.

ПЕРВИННИЙ ХРОНІЧНИЙ ГОЛОВНИЙ БІЛЬ У ДІТЕЙ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

М.В. ХАЙТОВИЧ, О.М. МІСЮРА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Первинний хронічний головний біль відмічається у 2–57% дитячого населення. Виділяють епізодичний і щоденний хронічний головний біль. Діагноз щоденного хронічного головного

болю встановлюється за його наявності більше 4 годин, більше 15 днів на місяць протягом трьох і більше останніх місяців.

Серед клінічних форм хронічного головного болю найчастіше зустрічається епізодичний головний біль напруження (майже у 50% школярів), який виникає у відповідь на психічне перенапруження і є результатом гострого або хронічного емоційного стресу. Біль при цьому легкої або середньої інтенсивності, «стягуючий», не посилюється при помірному фізичному навантаженні. Значно рідше зустрічається щоденний головний біль напруження (у 1–2% школярів).

Згідно з даними популяційних досліджень у США і Німеччині залежно від віку у 1,2–28% дітей діагностується епізодична мігрень. Критеріями постановки діагнозу згідно з The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition є наявність 5 або більше нападів одностороннього пульсуючого головного болю середньої або значної інтенсивності, який посилюється при звичайному фізичному навантаженні (ходьба, підйом сходами), нудотою і/або блюванням, фоно- і фотофобією і триває 4–72 години.

Поширеність первинного головного болю у дітей України не відома. Оскільки хворі з первинним головним болем часто скаржаться на біль в грудній клітці, біль у животі, непритомність або ліпотимічні стани, коливання артеріального тиску, вони спостерігаються лікарями-спеціалістами кардіологами або гастроентерологами і не отримують відповідної терапії.

Наші дослідження 245 дітей віком 7–17 років показали, що серед дітей, які спостерігались з приводу вегетативної дисфункції, первинний хронічний головний біль відмічався у 91–93%. При цьому переважно відмічається стискуючого характеру біль у ділянках скронь (80%), потилиці (60%), лобній ділянці (47%) або дифузний головний біль (73,1%). У 26,9% хворих головний біль був практично постійним з періодичним посиленням. У 14,6% хворих відмічались напади інтенсивного одностороннього головного болю з нудотою і/або блюванням. З метеозмінами пов'язували головний біль 78,9% хворих, з фізичним навантаженням – 53%. Встановлено у дітей з хронічним щоденним головним болем високий рівень особистісної, помірний – ситуативної тривожності, схильність до алекситимічності.

Як показали останні дослідження, ретроспективно у 20% хворих на мігрень напади вперше відмічались у віці до 5 років, але діагноз не був встановлений. Серед причин низької діагностики мігрені у дітей – атоповий перебіг захворювання, головний біль двосторонній або відсутній, натомість відмічається плач, блювання, дратівливість, збліднення шкіри обличчя.

Важливо відмітити, що тривалий прийом анальгетиків сприяє переходу епізодичного го-

ловного болю в щоденний, в той же час препарати, які рекомендовані для купірування нападу мігрені (селективні агоністи 5-НТ1-рецепторів, такі як суматриптан й інші триптани – елетриптан, золмітриптан), а також неселективні агоністи 5-НТ1-рецепторів (ерготамін і його похідні) згідно з інструкцією протипоказані для застосування у дітей.

Внаслідок запізнілої діагностики хворі практично не отримують профілактичної терапії, що сприяє прогресуванню захворювання, розвитку когнітивної дисфункції, шкільної і соціальної дизадаптації. В той же час, діагностика будується переважно на зборі анамнезу і у більшості випадків діти не потребують додаткових методів дослідження.

Педіатри та лікарі загальної практики – сімейної медицини повинні більше уваги приділяти синдрому головного болю у дітей, і за потреби консультувати дитину у дитячого невролога, проводити відповідну терапію і корекцію способу життя хворої дитини. Враховуючи схильність хворих на хронічний головний біль до тривожності та алекситимічності, психотерапія показана як основний метод терапії при хронічному головному болю напруження і як допоміжний – при лікуванні епізодичної мігрені.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Ю.П. ХАРЧЕНКО, І.В. ЮРЧЕНКО, С.О. КОСТЕНКО,
ХАМО ІБРАГІМ

Одеський національний медичний університет

Гострі кишкові інфекції посідають провідне місце в інфекційній патології дітей, мають тяжкий перебіг і схильність до генералізації процесу, можуть створювати несприятливий преморбідний фон, який обтяжує перебіг інших захворювань. Головним етіологічним агентом гострих гастроентеритів у дітей раннього віку у більшості країн світу визначають ротавірус. Щороку у світі госпіталізують понад 2 млн. дітей віком до 5 років із тяжкою дегідратуючою діареєю, яка спричинена саме ротавірусом.

Метою нашого дослідження було вивчення поширеності ротавірусної інфекції та її місця серед інших збудників ГКІ, особливостей клінічних проявів за цієї інфекції у дітей Одеської області.

За період з грудня 2008 року по грудень 2010 року було проаналізовано результати клінічного та лабораторного обстеження 1719 дітей віком від 20 днів від народження до 5 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні з діагнозом «Гостра кишкова інфекція» в Одеській міській клінічній інфекційній лікарні. Антиген

ротавіруса групи А у випорожненнях визначали методом ІФА за допомогою тест-систем IDEIA Rotavirus. Крім цього, всім дітям проводили загальнопараклінічне обстеження (загальний аналіз крові, сечі, копрограма), бактеріологічне дослідження випорожнень на патогенну та умовно-патогенну флору.

У 754 (43,9%) дітей методом ІФА було виявлено антиген ротавірусів групи А, що свідчить про достатньо високий рівень захворюваності на ротавірусну інфекцію у регіоні. Моніторинг за хворобою свідчить про її реєстрацію цілий рік. Проте найменша частота спостерігалася нами у літньому періоді (від 15,6 до 38,0%). Поступове збільшення захворюваності було в осінні місяці, та пік активності виявлено у січні-квітні (від 40,0 до 67,1%). Аналіз вікового розподілу хворих на ротавірусну інфекцію виявив, що більшість випадків захворювання була серед дітей перших двох років життя – 62,8% дітей, при цьому частка дітей першого півріччя життя склала лише 10,8%, що, можливо, пояснюється наявністю антитіл, отриманих трансплацентарно, або з молоком матері.

Клінічна симптоматика захворювання характеризувалася підвищенням температури тіла, симптомами інтоксикації, блюванням, діарейним синдромом, катаральними явищами та ознаками дегідратації. У більшості випадків відмічено гострий початок хвороби (96,7%). За нашими спостереженнями найчастішим симптомом була діарея – 96,5%, яка супроводжувалася помірним чи слабким боєм у животі й нудотою. Типовими були рясні водянисті випорожнення жовтого чи жовто-зеленого кольору, які виникали в першу-третю добу захворювання. Блювання було у 87,4% дітей. Підвищення температури тіла спостерігалася у 84,4% дітей. Підвищення температури тіла до високих цифр супроводжувалося більш вираженими проявами синдрому інтоксикації. Майже у всіх дітей виявлялися відмова від їжі та пиття, млявість, сонливість (89,2%).

Частка респіраторного синдрому, який можна розглядати як один з характерних для цієї інфекції, склала 58,2%. При огляді виявлено закладеність носа, покашлювання, гіперемію та зернистість слизової оболонки дужок і задньої стінки глотки. Відхилення з боку периферичної крові, а саме підвищення кількості лейкоцитів, нейтрофіліоз із збільшенням паличкоядерних нейтрофілів частіше відмічалися у хворих із ротавірусно-бактеріальним ураженням кишечника. Оскільки патогномічні ознаки захворювання на ротавірусну інфекцію відсутні, до алгоритму обстеження дітей із гострими кишковими інфекціями, особливо у разі поєднання із симптомами ураження верхніх дихальних шляхів, доцільно включати обстеження на антиген ротавіруса для з'ясування етіології хвороби.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ З УРАХУВАННЯМ ГАСТРОПРОТЕКЦІЇ

С.П. ХОДАКІВСЬКА, В.Д. ЛУКАШУК, О.А. БОВКУН,
Б.Я. ДМИТРИШИН, Л.М. ГОЛОВАТЮК, В.І. БАБ'ЯК,
Т.І. КОРОТИЧ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

За останнє десятиріччя застосування антигелікобактерної терапії (АГБТ) показник успішної ерадикації не перевищує 80%. Накопичено досвід використання послідовної антигелікобактерної терапії на основі антисекреторних препаратів і де-нолу.

Мета роботи – проаналізувати ефективність антигелікобактерної терапії хронічного гастродуоденіту (ХГД) на підставі прогнозування перебігу хвороби з урахуванням стану гастропротекції.

Обстежено 140 дітей віком 7–16 років на ХГД, асоційований з *Helicobacter pylori* (Hр), та 30 здорових однолітків. Серед обстежених дітей ендоскопічно нодулярну гастропатію виявлено у 114 (81,4%) дітей. Зміни у вигляді антральної нодулярності найчастіше спостерігали у дітей 7–11 років; не встановлено різниці залежно від статі. Прояви поширеної гастропатії виявлено у 26 (18,6%) дітей. Дуоденопатію виявлено у 95,7% хворих. За даними ФЕГДС діагностовано гастроезофагеальний рефлюкс у 3 дітей і дуоденогастральний рефлюкс – у 2 дітей. За результатами гістологічного дослідження 60 біоптатів виявлено різний ступінь колонізації Hр: легкий ступінь – у 11,7% дітей, помірний – у 63,3% та високий – у 25% дітей. У всіх дітей виявлено антральний поверхневий гастрит, у 18,5% – поширений гастрит, ізольованого ураження тіла шлунка не виявлено в жодному випадку. За ступенем запалення антральний гастрит мав різну активність: помірний ступінь – у 40 (66,7%) дітей, виражений – у 9 (15%). Нейтрофільна та змішана інфільтрація як показники активності запалення слизової оболонки шлунка у дітей 12–16 років корелювали з антральною нодулярністю та ступенем колонізації Hр.

Залежно від лікування дітей розподілено на 4 групи: I (основна) група – 57 хворих, які отримували послідовну АГБТ (1 варіант) – 5 днів ранітидин (Р) + амоксицилін (А), наступні 5 днів – Р + А + кларитроміцин (К); II (порівняння) група – 17 хворих, які отримували 7-денну потрійну АГБТ: Р + А + К; III (основна) група – 47 хворих, які отримували послідовну АГБТ – 5 днів Р + А, наступні 5 днів – Р + А + К + де-нол (Д) (2 варіант); IV (порівняння) група – 19 хворих, які отримували 7-денну потрійну АГБТ: Д + А + К. У дітей з успішною ерадикацією після терапії утримувався диспепсичний синдром, а у частини – наростає. Серед зазна-

чених дітей переважала знижена гастропротекція, а у дітей без порушень гастропротекції диспептичних проявів не було. Найнижчий показник успішної ерадикації був в II і IV групах. Найнижча частота рецидивів хвороби була у дітей зі зниженою гастропротекцією, які отримували сукральфат в реабілітаційній програмі. Встановлено, що у 140 дітей, які отримували АГБТ, ерадикація була успішною у 96 (97,9%) із 98 хворих *Sag A Hp(+)* статусом порівняно з дітьми *антиSag A Hp(-)* – успішною ерадикація була лише у 15 (35,7%) із 42 хворих. Послідовна 10-денна АГБТ (1, 2 варіант) забезпечує високий показник успішної ерадикації *Hp* 87,7 і 91,5% відповідно. Дітям з *Sag A Hp(+)* статусом доцільно використовувати послідовну АГБТ (2-й варіант), яка забезпечує не лише високий показник успішної ерадикації, а підвищує стан гастропротекції. У дітей зі зниженою гастропротекцією доцільно використовувати послідовну ерадикаційну терапію з включенням де-нолу (2-й варіант).

МАНУАЛЬНА МЕДИЦИНА В ПЕРИНАТАЛЬНІЙ НЕВРОЛОГІЇ

А.А. ЦАПОК, О.І. ГНИДАН

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

Про досягнення сучасної педіатрії свідчить різке зменшення дитячої смертності. Та поряд з цим має місце постійне підвищення частоти неврологічних порушень у дітей. За даними багатьох досліджень, збільшується кількість перинатальних уражень ЦНС, зокрема за рахунок зниження смертності недоношених дітей. Діти з перинатальними травмами потребують як ранньої діагностики, так і негайного застосування реабілітаційних заходів. Разом з цим, можливості сучасної реабілітаційної медицини мають свої обмеження. За даним літератури, ускладнення, що пов'язані з порушенням лікворо- та гемодинаміки, займають значне місце в перинатальній неврології. Багато авторів, оцінюючи структуру перинатальних уражень нервової системи у новонароджених, ставлять на перше місце гіпертензивно-гідроцефальний синдром (ГГС) та як наслідок – м'язово-тонічний дисбаланс (МТД). Однак сучасна діагностична тактика по відношенню до ГГС не в стані забезпечити ранню діагностику всіх можливих причин та особливо субкомпенсованих проявів порушень гемо-ліквородинаміки.

Світова практика наочно демонструє потребу застосування досягнень сучасної мануальної медицини, остеопатії та краніосакральної терапії зокрема, що зумовлено високою діагностичною та терапевтичною ефективністю, мінімізованим побічним ефектом. Використан-

ня методів мануальної діагностики, пошарова пальпація м'язових тканин за методом К. Lewit, краніосакральна техніка за W.G. Sutherland, J. Upledger, J. Vredevoogd та інші дозволяють ефективно виявляти різноманітні порушення м'язового тону, дифузні і локальні фасціальні зміни, стан внутрішньочерепних мембран (серп мозку та намет мозочка). Остеопатичне обстеження новонароджених проводиться відповідно до загальноприйнятих концепцій. Проводиться оцінка стану краніосакральної системи: форма черепа (асиметрія, деформація), стан швів, тім'ячок, наявність чи відсутність компресії черепа, рухомість кісток черепа в зонах міжкісткових швів, наявність деформації в ділянці потилично-крилоподібного з'єднання, рухомість на рівні атланта-потилічного суглоба, положення і рухомість шийних хребців. Оцінюється положення крижової кістки, яка анатомічно (тверда мозкова оболонка) і біомеханічно зв'язана з основою черепа, її рухомість по відношенню до клубових кісток, зміщення на рівні поперекових сегментів та особливо попереково-крижового (L5 – S1). Має значення напруження твердої мозкової оболонки на рівні черепа та хребта, деформація натягу на рівні фасцій, напруженість м'язів (особливо розгиначів), ознак вивихів та підвивихів суглобів кінцівок. При ранній остеопатичній діагностиці та повноцінно проведених терапевтичних заходах (методами мануальної терапії) можна суттєво покращити перебіг неонатальної адаптації та довгостроковий прогноз в розвитку дітей з перинатальною травмою. В окремих випадках можна досягнути повного одужання, без застосування медикаментозної терапії, при ГГС у доношених дітей без структурних змін головного мозку (наслідки крововиливів, інфекційних уражень, пухлин, анормального розвитку мозку).

Проведення остеопатичних діагностично-терапевтичних втручань у новонароджених з перинатальною патологією нервової системи сприяє відновленню функціонування ЦНС, що забезпечується корекцією порушень гемоліквородинаміки, усуненням МТД та становленням оптимального статичного й кінетичного стереотипів. Остеопатичне лікування дозволяє уникати в подальшому розвитку та рості дитини формування патологічних локомоторних паттернів і незворотних рухових дефектів.

ХАРАКТЕРИСТИКА ІМУННОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

О.Л. ЦИМБАЛІСТА, В.Б. СЕМ'ЯНЧУК, З.В. ВОВК, І.І. ПИЛЮК, Б.Д. МАРУСИК*

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

Обстежено 158 дітей, хворих на бронхіальну астму, із них 93 – з проявами недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ). Відмічено зниження показників фагоцитозу у всіх пацієнтів ($p < 0,001$). Суттєво знижена поглинаюча активність нейтрофілів: ΦI – до $31,39 \pm 0,64$ проти $32,43 \pm 0,69\%$ у дітей без НДСТ ($p < 0,05$); $\Phi Ч$ – до $1,18 \pm 0,03$ та $1,51 \pm 0,05$ ум. од. ($p < 0,001$). Оцінюючи показники спонтанного НСТ-тесту, нами виявлено зниження як кількості НСТ-позитивних нейтрофілів (N), так і індексу їх активності (IA) у дітей, хворих на БА: у 1,3 ($p < 0,001$) та у 1,2 разу ($p < 0,001$) незалежно від наявності проявів НДСТ відповідно без достовірної різниці між ними. Аналогічно у обстежених пацієнтів виявлено зниження показників стимульованого НСТ-тесту: N знижений у 1,6 ($p < 0,001$), а IA – у 1,9 разу ($p < 0,001$), більшою мірою у дітей з проявами НДСТ ($p < 0,05$).

Відомо, що синдром НДСТ у дітей проявляється не тільки фенотиповими ознаками, дисфункцією внутрішніх органів, а й зниженням місцевого імунітету, зокрема sIgA. Рівень sIgA в слині достовірно знижений у всіх дітей, хворих на БА. За наявності у дитини проявів НДСТ рівень sIgA становив $110,23 \pm 5,37$ мг/л ($p < 0,001$), а за їх відсутності – $149,68 \pm 8,05$ мг/л ($p < 0,01$) із суттєвою відмінністю ($p < 0,05$) між групами. Лікування, яке поєднувало базову терапію і препарати метаболічної дії Тіотриазолін та Кардонат, зумовило зменшення процесів анаеробного гліколізу в результаті респіраторної та тканинної гіпоксії, підвищення вмісту макроергічних сполук. В результаті у всіх дітей настала позитивна динаміка показників неспецифічного імунітету ($p < 0,001$), однак у дітей з проявами синдрому НДСТ, які в процесі лікування отримували препарати Тіотриазолін та Карбонат, спостерігалась достовірно найбільша позитивна динаміка. Зросли показники ΦI ($p < 0,001$), $\Phi Ч$ ($p < 0,001$), підвищились показники стимульованого НСТ-тесту ($p < 0,001$). Аналогічно зросли показники секреторного IgA у всіх дітей ($p < 0,01$ – $0,001$), однак найбільшою мірою у дітей з проявами сполучнотканинної дисплазії, які отримували додатково до базової терапії Кардонат. Отже, у дітей, хворих на БА на фоні НДСТ, відмічено більш суттєве зниження більшості показників досліджуваної імунологічної резистентності організму, порівняно з пацієнтами з відсутністю проявів НДСТ. Нормалізація енергетичного обміну сприяє відновленню показників як неспецифічного захисту, так і місцевого імунітету.

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ СИРОВАТКОВИХ КОНЦЕНТРАЦІЙ ІНТЕРФЕРОНІВ І ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНТЕРФЕРОН-ІНДУКУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ГРВІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

О.В. ЧАБАНИЮК, С.В. АЛІФАНОВА, О.В. КЛИМЕНКО, О.М. ТАРАН, О.В. КЛІМОВА, В.В. ПОПОВИЧ*, Л.Г. ПОЛУЦИГАНОВА*

Дніпропетровська державна медична академія.

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

Метою дослідження було удосконалення лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) у дітей, хворих на бронхіальну астму (БА), шляхом вивчення особливостей інтерференового профілю в різні періоди ГРВІ і розробки прогностичної математичної моделі ефективності використання Анаферону дитячого.

Клініко-імунологічну ефективність використання Анаферону дитячого в комплексній терапії ГРВІ було досліджено у 50 дітей, хворих на БА (основна група). Контрольну групу складало 62 дитини з БА, які отримували лише традиційне, визначене відповідними наказами МОЗ України, лікування ГРВІ. Критеріями включення в дослідження був вік від 3 до 7 років, легка або середньої тяжкості форма бронхіальної астми, перша-третья доба ГРВІ і заперечення використання будь-яких імуноактивних препаратів протягом останніх шести місяців. Всім дітям проводилось клінічне обстеження, а також визначення сироваткових концентрацій ІФН- α та ІФН- γ на 1–2-, 4–5- та 7–9-й дні ГРВІ.

Достовірних відмінностей в сироваткових рівнях інтерферонів між досліджуваними групами на початку захворювання виявлено не було (ІФН- α та ІФН- γ в основній групі – $58,4 \pm 6,6$ та $4,1 \pm 0,4$ пг/мл, в контрольній – $60,7 \pm 4,5$ та $4,3 \pm 0,2$ пг/мл відповідно; $p > 0,05$). Однак вже через 2–3 дні лікування у дітей основної групи концентрації обох ІФН в сироватці крові достовірно підвищувались, тоді як в контрольній групі рівень ІФН- γ істотно не змінювався, а рівень ІФН- α навіть мав тенденцію до зниження (ІФН- α та ІФН- γ в основній групі – $89,9 \pm 5,9$ та $7,9 \pm 0,1$ пг/мл, в контрольній – $37,5 \pm 2,8$ та $6,6 \pm 0,4$ пг/мл відповідно; $p < 0,05$). На момент клінічного одужання відмінності між групами ставали ще більш вираженими (на 7–9-й день захворювання ІФН- α та ІФН- γ в основній групі – $91,6 \pm 3,1$ та $8,0 \pm 0,9$ пг/мл, в контрольній – $28,7$ та $5,9$ пг/мл відповідно; $p < 0,01$). Клінічно ефект Анаферону дитячого проявився скороченням загальної тривалості ГРВІ на 2,9 дня ($8,7 \pm 0,3$ дня в основній групі, $11,6 \pm 1,7$ дня в контрольній групі), а також зниженням частоти ускладненого перебігу ГРВІ в 1,5 разу за рахунок бактеріальних та алергічних ускладнень.

Методом регресійного аналізу побудовано прогностичну модель ефективності застосування Анаферону дитячого при ГРВІ у дітей, хво-

рих на БА, формула якої має вигляд: $Z = 14,101 - 2,527 \cdot X_1 - 2,271 \cdot X_2 - 0,267 \cdot X_3$; де Z – показник ефективності Анаферону дитячого; X_1 – ступінь дихальної недостатності; X_2 – наявність супутніх до БА алергічних захворювань; X_3 – % сегментоядерних нейтрофілів в загальному клінічному аналізі крові. Альтернативна модель не використовує даних гемограми і може бути виражена наступною формулою: $Z = 4,766 - 1,080 \cdot X_1 - 1,683 \cdot X_2 - 2,477 \cdot X_3$; де компоненти Z , X_1 та X_2 ті самі, що й у першій моделі, а X_3 – наявність обтяженого алергологічного сімейного анамнезу. В обох випадках при значенні Z більше за 0,5 показане застосування Анаферону дитячого. Загальна кількість випадків коректного прогнозу першої моделі складає 90%, другої – 86%.

Таким чином, у дітей з БА на тлі ГРВІ відмічається недостатність інтерферонові відповіді, тому використання диференційного підходу до призначення препаратів, що впливають на синтез ендogenous ІФН- γ , а саме Анаферону дитячого, для лікування ГРВІ у дітей, хворих на бронхіальну астму, є перспективним.

ІМУНО-АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ДИТЯЧОГО ОРГАНІЗМУ В УМОВАХ ЕКОЛОГІЧНОГО ЗАБРУДНЕННЯ

Г.С. ЧАЙКОВСЬКА, О.З. ГНАТЕЙКО, М.А. ЛУЧИНСЬКИЙ,
Н.С. ЛУК'ЯНЕНКО

ДУ "Інститут спадкової патології АМН України", м. Львів

Стан імунної системи є індикатором чутливості дитячого організму до дії несприятливих факторів забрудненого довкілля.

Мета роботи – вивчення стану гуморального імунітету, як маркера індивідуальної чутливості організму до дії ксенобіотиків у дітей, які проживають в екологічно несприятливих районах Західної України з різним характером забруднення (хімічним, радіаційним та солями важких металів) порівняно з даними дітей з умовно екологічно чистого району.

Обстежено 230 дітей, яких відповідно розподілено на 3 групи залежно від дії техногенного навантаження.

Стан гуморального імунітету вивчали за показниками концентрації імуноглобулінів класів А, М, G в сироватці крові дітей в динаміці лікування з різним характером забруднення.

Відмічено високий рівень імуноглобуліну А та G в сироватці крові всіх обстежених дітей ($p < 0,001$). У дітей з району, хімічно забрудненого солями важких металів та фтором, підвищення синтезу імуноглобулінів було відмічено у більшій кількості обстежених дітей (75,2%), ніж у дітей з радіаційно забрудненого району.

Найбільш показовими виявились концентрації IgA та IgG, що свідчить про їх підвищений синтез у відповідь на екзогенні стимулятори

слизових оболонок та, вірогідно, зв'язано із наявністю у обстежених дітей захворювань дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту та сечовивідної системи, що призводить до зниження резистентності організму. Залежно від реактивної відповіді дитячого організму на дезадаптацію та дизадаптацію при екопатології виділяють 3 типи основних адаптаційних реакцій: тренування; активізації та стресу.

Показники гуморального імунітету у динаміці 3-річного спостереження під впливом мембранопротекторного, антигіпоксантного та енте-росорбентного лікування та без нього достовірно наближались до показників в межах норми. У переважній більшості обстежених дітей з забруднених районів концентрація імуноглобулінів в сироватці крові досягала показників дітей з екологічно чистого району. Порівняно з дітьми, які не отримували лікування відповідними середниками, концентрація імуноглобулінів ($p < 0,001$) залишалася високою, що свідчить про постійну напруженість гуморального імунітету.

Таким чином, напруженість гуморального імунітету із специфічним реагуванням IgA та G на довготривале антигенне навантаження дитячого організму екзогенними чинниками на фоні хронічної супутньої патології призводить до зниження імунної резистентності організму. Значні зміни гуморального імунітету спостерігаються у дітей з району хімічного забруднення зі зростанням показників IgA, М, G в сироватці крові, що можуть виступати універсальними та специфічними маркерами чутливості дитячого організму на дію різних ксенобіотиків.

Формування відповідних реакцій дитячого організму із явними переваженнями стресових відповідей призводить до пригнічення його резервних імунологічно-адаптаційних можливостей і хронізації захворювання. Дані показники із індивідуальним визначенням гемограми можуть служити додатковими діагностично-прогностичними маркерами екопатології, її ранньої діагностики, прогнозу і формування груп ризику.

ЗМЕНШЕННЯ ЧАСТОТИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ В ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ ДО ШКІЛЬНОГО НАВЧАННЯ

М.І. ЧИКАЙЛО

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) є найбільш поширеною патологією у дітей, їхній ріст реєструється в усіх країнах світу, незалежно від кліматичної зони і рівня соціально-економічних умов. Діти, які навчаються у по-

чаткових класах, відрізняються вищою частотою ГРЗ, що пояснюється істотним збільшенням контактів з носіями респіраторної інфекції в межах організованого колективу і відсутністю достатнього попереднього «імуного досвіду». ГРЗ у школярів мають істотний вплив на розвиток порушень адаптації до систематичного шкільного навчання, так званого «синдрому шкільної дизадаптації», призводять до частих пропусків занять, формування астеничного синдрому, вегетативного дисбалансу, погіршення успішності і загальної ефективності навчання.

Метою роботи було вивчення частоти ГРЗ у дітей початкових класів та пошук нових методів підвищення адаптації дітей та профілактики ГРЗ.

Під спостереженням знаходилось 48 учнів третіх класів, яких було розподілено на дві групи. Основну групу склали 24 учні одного класу, які протягом одного місяця отримували рослинний препарат Імунін, по 1 чайній ложці желе двічі на день. Препарат призначали у жовтні-листопаді. Групу контролю склали 24 школярі іншого класу, які не отримували зазначений препарат і знаходились під звичайним педагогічним і лікарським спостереженням.

Аналізуючи захворюваність школярів у групах протягом 3 місяців від початку призначення Імуніну (листопад-січень), було визначено, що 66,7% дітей основної групи захворіли на гостре ГРЗ, тоді як серед дітей контрольної групи захворіли 91,7% дітей. За цей період 8,3% дітей основної групи та 37,5% дітей контрольної групи мали по 2 епізоди ГРЗ. Тричі та більше разів на ГРЗ захворіли 4,2% дітей основної групи та 16,7% дітей контрольної групи.

Цікавим виявилось і подальше спостереження за дітьми протягом зимово-весняного періоду. За цей час в основній групі 50% дітей мали по одному епізоду ГРЗ і 4,2% – по 2, тоді як в контрольній групі захворіло 79% дітей, 29,2% з яких мали по 2 епізоди ГРЗ і 8,3% мали більше 3 епізодів ГРЗ.

Достовірно меншою була в основній групі середня тривалість відсутності дітей у школі за весь період спостереження: $5,1 \pm 1,4$ доби проти $8,6 \pm 0,9$ доби ($p < 0,05$) у контрольній групі. Відмічено тенденцію до зменшення проявів астеничного синдрому у дітей основної групи після перенесеного ГРЗ.

Середній рівень секреторного IgA у слині на початку дослідження істотно не відрізнявся у дітей основної та контрольної груп. Після курсу Імуніну було відмічено достовірне збільшення цього показника у дітей основної групи – $173,57 \pm 21,01$ проти $124,08 \pm 24,11$ мкг/мл у дітей контрольної групи.

Застосування нового комплексного рослинного препарату Імунін-Нортон у дітей початкових класів протягом одного місяця на початку сезонного епідемічного збільшення кількості ГРЗ дозволяє поліпшити рівень протиінфекційного

захисту школярів, зменшити кількість гострої респіраторної захворюваності та тривалість епізодів ГРЗ, збільшити рівень секреторного IgA у слині дітей і, опосередковано, вплинути на покращення адаптації дітей до шкільного навчання.

ЗМІНИ З БОКУ ПЕЧІНКИ ПРИ ІНФЕКЦІЙНОМУ МОНОНУКЛЕОЗІ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

В. О. ШАДРИН, О. В. ВИГОВСЬКА, С. О. КРАМАРЬОВ,
Н. С. ДОРОШЕНКО, Т. М. КАМІНСЬКА*, О. В. ГОЛОВАЧ,
Л. О. ТОКАР*, Л. Т. МАРТИНОВА*

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця.
*Київська міська дитяча клінічна інфекційна лікарня

Мета дослідження: дослідити зміни з боку печінки при інфекційному мононуклеозі Епштейна-Барр вірусної етіології.

Під спостереженням перебувало 250 дітей, хворих на інфекційний мононуклеоз Епштейна-Барр вірусної етіології, які були в клініці кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця впродовж 2007–2010 років. Всім дітям було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження, яке включало визначення специфічних до Епштейна-Барр вірусу (ЕБВ) імуноглобулінів класів М і G: IgM VCA, IgG EA, IgG VCA, IgG EBNA (тест-системи виробництва NovaTec Immunodiagnostica GmbH, Німеччина). Визначали ДНК ЕБВ в різних біосубстратах (в основному – плазмі крові та слині) методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) (тест-система «Вектор-ЕБВ-ДНК», м. Новосибірськ). Стан гепатобіліарної системи оцінювали за показниками білкового обміну, печінкових проб: концентрація білірубину та його фракцій в сироватці за методом L. Jendrasick, P. Yrof, активності органоспецифічних ферментів у сироватці за S. Reitman, A. Frankel. У всіх хворих з ЕБВІ проводили ультразвукове дослідження органів черевної порожнини й печінки.

У всіх дітей, хворих на ІМ, спостерігався інтоксикаційний синдром у вигляді загальної слабкості, в'ялості, нездужання, зниження апетиту, головного болю, у деяких нудоти та блювоти. Ураження лімфоїдної тканини виявлено у всіх хворих, системний характер лімфаденопатія мала у 82,8% хворих. У 89,4% хворих спостерігали зміни з боку ротоглотки, у вигляді гострого аденоїдиту. У всіх дітей спостерігалися прояви гострого тонзиліту. Збільшення печінки відмічено у 96% хворих на ІМ. Гепатомегалія і зберігалася більш тривалий час. Спленомегалія мала місце у 73,3% хворих. Біль у животі спостерігався у 17 (11,3%) дітей. Діарейний синдром був у 4 (2,6%) дітей та проявлявся

гастроентеритом. Екзантема зустрічалася у 35 (23,2%) хворих, причому у половини із них на фоні лікування в гострому періоді захворювання ампіциліном або його похідними. Печінка була збільшена до 2–3 см у 73,5% хворих, до 4–6 см – у 26,5%. В той же час підвищення рівня функціональних печінкових проб в гострому періоді ІМ мало місце у 50 (34,5%) хворих, при цьому порушенні показники швидко нормалізувалися, у половини дітей через тиждень, у другої половини через два тижні від госпіталізації до стаціонару. В той же час жовтячність шкіри та слизових оболонок мала місце лише у 16,0% дітей із гепатитом при ІМ. Жовтяниця шкіри та склер у дітей до року не відмічалася взагалі. У всіх дітей із гепатитом проводилося одночасне обстеження на маркери вірусних гепатитів А, В, С, D, які у них були негативними. На момент виписки із стаціонару розміри печінки у всіх дітей мали лише тенденцію до зменшення. Через місяць після виписки гепатомегалія відмічалася у 82,8% хворих. Через 3 місяці після виписки гепатомегалія зберігалася у 51,7%, через 6 місяців – у 41,4%, через 12 місяців – у 24,1%.

Ураження печінки спостерігали у 96,0% дітей із ІМ у вигляді гепатомегалії різної вираженості. При цьому гепатит мав місце у 34,5% хворих із ІМ та характеризувався синдромом цитолізу. Жовтячність шкіри та слизових оболонок мала місце лише у 16,0% дітей із гепатитом при ІМ.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ ПРИ CMV ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

О.Г. ШАДРИН, А.А. КОВАЛЬЧУК,
С.В. ДЮКАРЕВА-БЕЗДЕНЄЖНИХ, Н.М. БАСАРАБА,
Н.О. ГРЕГУЛЬ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Зростання поширеності TORCH інфекцій, різноманітність клінічних проявів захворювань, зумовлене здатністю до реплікації вірусів практично у всіх клітинах та персистування в організмі з формуванням хронічного процесу та імуносупресії, спонукає до пошуку нових методів діагностики і лікування, в тому числі й уражень печінки, яка найчастіше втягується до патологічного процесу. У нашому відділенні протягом 3-х років знаходилося 30 дітей з підтвердженою CMV інфекцією (анамнезом, клініко-параклінічними обстеженнями з визначенням специфічних маркерів CMV – IgG, IgM, ПЛР). Виявлено, що у 28 (93,3%) матерів цих дітей був обтяжений акушерський анамнез (медичні аборти, викидні, інфекційно-запальні захворювання геніталій, сечової системи та ін.). У всіх матерів відмічався порушений перебіг вагітності: ускладнення в період вагітності

мали 83,3% жінок, анемію – 60,0%, хворіли на ГРВІ – 56,7%, персистенцію вірусних інфекцій (CMV, HSV) мали 76,7%. При обстеженні жінок діагностовано у 76,7% хронічну фетоплацентарну недостатність, у 36,7% – ознаки плацентарної інфекції, що може сприяти реалізації вірусної інфекції у плода та новонародженого. За даними анамнезу активація CMV інфекції часто провокується гострими інфекційними захворюваннями, загостреннями хронічних процесів. З боку дитини важливими були наступні ознаки – недоношеність (16,7%), внутрішньоутробна гіпотрофія (13,3%), вади розвитку і стигми дизембриогенезу (10,0%), мікро- або гідроцефалія (16,7%), шкірні екзантеми при народженні (10,0%), рання або тривала жовтяниця (83,3%), лихоманка в перші дні життя (6,7%), неврологічні розлади в перші тижні життя (86,7%), інтерстиціальні пневмонії (10,0%), хвороби очей (6,7%). Клінічна картина CMV протягом перших трьох тижнів життя розглядалася як природжена (73,3%), потім як постнатальне набуте інфікування (26,7%). Гостра форма набутої інфекції на початку мала вигляд грипо- або мононуклеозоподібного синдрому з проявами гепато- і спленомегалії, зі збільшенням лімфовузлів, розвитком гемолітичної анемії, астеничного синдрому і бактеріальними ускладненнями. У 11 дітей було діагностовано гепатит, який у 54,6% випадків мав легкий (латентний) перебіг, у 36,4% – середньої тяжкості (з ураженням внутрішніх органів) і у 9,1% – тяжкий (з інтоксикацією, ураженням внутрішніх органів і тяжкими функціональними порушеннями). Гепатит супроводжувався мезенхімально-запальними змінами, синдромом цитолізу і холестазу. При УЗД печінки відмічалася ущільнення стінок внутрішньопечінкових проток та неомогенний характер ехоструктури (100,0%). У 70,0% випадків мали місце вади розвитку жовчовивідної системи: деформація жовчного міхура (63,3%) та неповна атрезія жовчних ходів (6,7%).

Лікування CMV інфекції проводили з призначенням етіотропної (противірусної), патогенетичної і синдромальної терапії, на фоні функціонального харчування. В якості гепатопротектора використовували урсофальк, що значно прискорювало темпи одужання. Спостереження за перебігом CMV гепатитів в динаміці свідчило про сприятливий перебіг захворювання у 72,8%. Проте при CMV інфекції може розвиватися стан латенції або персистенції з активацією збудника, що вимагає динамічного спостереження.

ДО ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦІЙ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ У НЕМОВЛЯТ ІЗ ПРОЛОНГОВАНОЮ КОН'ЮГАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

О.Г. ШАДРІН, Т.Л. МАРУШКО, А.В. ЛЕНЧЕНКО,
Б.А. ТАРАСЮК, В.М. ФИСУН

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Проблема діагностики та лікування пролонгованої кон'югаційної жовтяниці (ПКЖ) нині набуває особливої актуальності у зв'язку із патоморфозом перинатальної патології, яка характеризується, зокрема, значним поширенням та тривалим перебігом кон'югаційної жовтяниці, її впливом на стан здоров'я в старшому віці. Згідно з сучасними уявленнями про патогенез ПКЖ, провідними механізмами реалізації даної патології є не тільки порушення кон'югації, але й екскреції непрямого білірубину. Між тим, відомостей про вивчення моторної функції біліарного тракту (БТ) у новонароджених та дітей перших місяців життя із ПКЖ в доступній літературі ми не зустріли.

Метою даної роботи було дослідження особливостей моторної функції жовчного міхура та жовчовивідних шляхів у немовлят із ПКЖ.

Проведено обстеження 35 дітей віком від 1 до 3 місяців, в тому числі 20 дітей із ПКЖ (основна група) та 15 здорових дітей (група контролю).

Ультразвукове дослідження (УЗД) проводили за допомогою апарата Acuson X300 з датчиком 8–10 МГц. Для визначення моторики БТ було проведено динамічне УЗД із жовчогінним сніданком, в якості якого застосовували препарат Хофітол – стандартизований екстракт із листя артишоку із чітко визначеною концентрацією активних речовин та дозволений до застосування у дітей раннього віку. Об'єм жовчного міхура розраховували за формулою:

$V = 0,523 \times L \times D$, де L – довжина, а D – товщина в найширшій частині.

Початкове УЗД проводили натщесерце (через 3–4 години після останнього годування). Потім дітям давали Хофітол дозою 0,1 мл/кг маси тіла, розведений в 10 мл кип'яченої води, і проводили повторні дослідження на 5-, 10-, 20-, 30- та 40-й хвилини.

Застосування Хофітолу в якості жовчогінного сніданку в жодному випадку не супроводжувалось погіршенням загального стану дитини, появою диспепсичних розладів, що підтверджує безпеку даного дослідження у дітей раннього віку.

Результати дослідження показали наступне: у дітей із ПКЖ об'єм жовчного міхура (ЖМ) натщесерце був майже вдвічі меншим, ніж у здорових дітей – відповідно $0,94 \pm 0,05$ та $1,7 \pm 0,14$ см³ ($p < 0,01$). У 60% дітей із жовтяницею об'єм ЖМ натщесерце був $\leq 1,0$ см³, а у 15 дітей – $\leq 0,5$ см³, що вказує на перебування ЖМ в частково скороченому стані. Після прийому Хофітолу як у дітей із ПКЖ, так і у здорових відбува-

лось скорочення ЖМ. При цьому у 86,6% здорових дітей скорочення відбувалось протягом 30 хвилин (в середньому на $62,3 \pm 3,5\%$), а на 40-ій хвилині дослідження відмічалось відновлення розміру ЖМ, в той час як у більшості немовлят із ПКЖ скорочення було менш інтенсивним (в середньому на $38,6 \pm 4,8\%$) та менш тривалим (до 10–20-ї хвилини). Також звертала на себе увагу затримка відновлення початкових розмірів ЖМ у дітей із жовтяницею – на 40-ій хвилині це було відмічено тільки у 35% дітей основної групи, у 15% дітей, навпаки, – через 30–40 хвилин після прийому жовчогінного сніданку відмічено надмірне збільшення розмірів міхура в 1,4–2 рази щодо початкового показника.

Таким чином, результати проведеного динамічного УЗД із застосуванням жовчогінного сніданку свідчать про порушення моторики біліарної системи у дітей із пролонгованою кон'югаційною жовтяницею та служать обґрунтуванням призначення препаратів холекінетичної дії при лікуванні даної патології.

СТАН СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

О.Г. ШАДРІН, Н.Ф. ЧЕРНЕГА, Н.М. БАСАРАБА,
Р.В. МАРУШКО, В.П. МІСНИК, Г.Б. КОВАЛЕНКО,
Н.Ю. БОНДАРЕНКО, Л.П. МИХАЙЛЕЦЬ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Метою роботи було вивчення стану сполучної тканини у дітей раннього віку з ушкодженням печінки. Сформовано 3 клінічні групи порівняння. Першу (I) групу складали діти з природженими гепатитами, другу (II) – із затяжною кон'югаційною жовтяницею, третю (III) – з дисфункцією жовчного міхура. Контрольну (IV) групу складали практично здорові діти цього ж віку, показники яких прийнято за норму. Для оцінки стану сполучної тканини вивчали показники вільного і білковозв'язаного гідроксипролінів, колагенази, глікозаміногліканів у сироватці крові.

Рівень білковозв'язаного гідроксипроліну – біохімічного маркера синтезу колагену, мав тенденцію до підвищення в III групі порівняно із здоровими дітьми ($13,65 \pm 0,20$ мкмоль/л; $p < 0,01$), знижувався у дітей II групи ($12,91 \pm 0,15$ мкмоль/л), а у дітей I – наближався до рівня здорових ($11,75 \pm 0,18$ та $11,90 \pm 0,29$ мкмоль/л відповідно).

Вільний гідроксипролін утворюється при розпаді білка колагену і його вторинна утилізація при синтезі нових форм колагену виключається. Аналіз показників вільного гідроксипроліну показав, що в усіх групах порівняння він був нижчим, ніж серед здорових дітей, як у хворих на природжені гепатити ($4,33 \pm 0,14$ мкмоль/л),

так і з затяжними кон'югаційними жовтяницями ($4,87 \pm 0,06$ мкмоль/л; $p < 0,01$). У дітей з дисфункцією жовчного міхура він наближався до рівня здорових ($5,47 \pm 0,08$ та $5,75 \pm 0,21$ мкмоль/л відповідно).

Рівень колагенази, як показника розпаду колагену, у дітей I і II груп визначався високим ($4,16 \pm 0,30$ та $4,37 \pm 0,30$ мкмоль/л відповідно; $p < 0,01$), а у дітей III групи не відрізнявся від рівня здорових ($3,47 \pm 0,15$ та $3,14 \pm 0,04$ мкмоль/л-г).

Уточнити в'язкість і стійкість міжклітинного матриксу можливо за вуглеводно-білковими сполуками, де вуглеводна група представлена глікозаміногліканами. У дітей I і II груп глікозаміноглікани були достовірно вищими, ніж у здорових ($0,050 \pm 0,001$ та $0,040 \pm 0,001$ г/л; $p < 0,01$), показники III групи не відрізнялись від рівня здорових ($0,032 \pm 0,001$ та $0,031 \pm 0,003$ г/л відповідно).

Таким чином, отримані результати свідчать, що у дітей раннього віку з патологією печінки відмічаються зміни метаболізму сполучної тканини. Виявлені зміни свідчать, що активність синтезу колагену у дітей раннього віку з гепатитами на ранніх етапах перебігу не змінюється, однак компенсаторно постосовуються процеси його фізіологічного розпаду. Відбуваються деструктивні процеси в сполучній тканині: підвищується деполімеризація білково-вуглеводних складових, які формують еластичний гель для клітинних елементів. У дітей із затяжними кон'югаційними жовтяницями також відбуваються зміни в стані сполучної тканини, менш вираженим є залучення білково-вуглеводних складових, що може свідчити про високий рівень оборотності процесу. Діти з дисфункцією жовчного міхура за станом сполучної тканини не відрізняються від здорових дітей. Отримані дані можна використовувати для прогнозування розвитку фібротичних змін.

ІМУНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

О.О. ШАХОВА, Н.С. ДУДАКОВА*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.
*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

Мета дослідження: вивчити особливості цитокінового статусу та вмісту загального імуноглобуліну Е сироватки крові в підлітків, хворих на бронхіальну астму, в періоді ремісії.

В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці проведено комплексне обстеження 103 хворих на БА підлітків у стані стійкої ремісії бронхіальної астми, середній вік яких становив $14,3 \pm 0,2$ року, а тривалість захворювання – $8,0 \pm 0,4$ року. Хлопчиків серед

обстежених було 76,7%, а дівчат – 23,3% що, мабуть, відображало структуру пацієнтів, скерованих військоматами на стаціонарне комплексне обстеження та експертизу. Усім дітям проведено комплексне імунологічне дослідження, яке доповнювали вивченням вмісту у сироватці крові цитокінів (ІЛ-4, ІЛ-5, ІЛ-8, пкг/мл), а також загального ІgЕ, МО/мл) методом імуноферментного аналізу.

Показники середнього вмісту загального ІgЕ сироватки крові в обстежених підлітків становили $479,9 \pm 34,7$ МО/мл (при нормі виробника 120–258 МО/мл) і, мабуть, відображали стан нестійкої ремісії у переважній більшості пацієнтів. Відмічено зміни вмісту інтерлейкінів-4 і -5, які тісно пов'язані з функціонуванням ІgЕ. Так, установлені середні показники вмісту ІЛ-4 в обстежених підлітків досягали $3,98 \pm 0,4$ пг/мл (при нормі виробника від 0 до 4 пг/мл), а ІЛ-5 – $8,5 \pm 2,1$ пкг/мл (норма – 0–5 пг/мл). Враховуючи роль вивчених цитокінів у реалізації алергічних реакцій (ІЛ-4 є необхідним для синтезу ІgЕ, а ІЛ-5, у свою чергу, впливає на диференціювання еозинофілів), виявлені зміни розцінювали як ознаку збереження ознак сенсibilізації в обстежених підлітків. Разом із тим, вміст прозапального ІЛ-8 становив у середньому $7,0 \pm 0,3$ пг/мл (при нормі виробника від 0 до 10 пг/мл), що, у свою чергу, свідчило про відсутність вираженого запального процесу в організмі обстежених дітей.

На підставі одержаних даних можна припустити, що в підлітків, які знаходяться у стійкій ремісії бронхіальної астми, зберігаються ознаки латентної алергічної запальної відповіді організму, що проявляється підвищеним вмістом у сироватці крові ІЛ-5 та ІgЕ.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ НА ТЛІ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ

М.В. ШИРИКІНА, О.Г. ЗАБУДСЬКА, Л.Г. МОШИК

Дніпропетровська державна медична академія.
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня

Збільшення числа дітей з рецидивуючими обструктивними захворюваннями за останнє десятиліття має тенденцію до росту та призводить до формування хронічної патології вже у ранньому віці.

Нами обстежено 24 дитини першого року життя, які потрапили до пульмонологічного відділення обласної дитячої клінічної лікарні з діагнозом обструктивний бронхіт. У більшості дітей в анамнезі раніше вже відмічались повторні епізоди бронхообструкції, що виникають як на тлі вірусних захворювань, так і на тлі відсутності катаральних явищ. Усі діти мали

обтяжений перинатальний анамнез, 37,5% хворих народилися у результаті передчасних пологів або із затримкою внутрішньоутробного розвитку. У 6 пацієнтів бронхообструктивний синдром (БОС) розвивався на тлі бронхолегеневої дисплазії. Двоє пацієнтів були прооперовані в перші дні життя із приводу атрезії стравоходу. Більшість дітей перебувала на ранньому штучному вигодовуванні (у раціоні переважало коров'яче молоко або неадаптовані молочні суміші). На підставі частих зригувань, блювоти після кашлю, появи або посилення кашлю в положенні лежачи або після годування, тривалого збереження підкашлювання після зняття нападу у всіх хворих було запідозрено БОС аспіраційного генезу. Для діагностики гастроєзофагального рефлюксу використовували метод фіброгастроскопії, у деяких пацієнтів проводили рентгенконтрастне дослідження стравоходу з метою виключення трахеостравохідної норичі, вад розвитку шлунково-кишкового тракту, діафрагмальної грижі та ін. У більшості пацієнтів стан розцінювали як тяжкий, тяжкість стану була зумовлена інтоксикаційним синдромом, вираженими респіраторними порушеннями, з затяжним перебігом, незважаючи на комплексну терапію, що включала антибіотики широкого спектру дії, бронхолітики, інгаляційну глюкокортикостероїдну терапію, муколітики. Аускультативна картина характеризувалася наявністю сухих свистячих хрипів, що вислуховувалися на тлі жорсткого дихання з подовженим видихом, що змінювали свої характеристики після кашлю, але не зникали. Позитивну динаміку у вигляді зменшення частоти та інтенсивності зригувань, регресуючих обструктивних проявів було відмічено у всіх пацієнтів після включення до раціону харчування антирефлюксної суміші Фрисовом на основі камеди ріжкового дерева, що дозволяє рекомендувати проведення обов'язкової корекції раціону харчування дітей з гастроєзофагальним рефлюксом з метою профілактики та лікування обструктивних станів.

РОЛЬ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ВЗАЄМИН В СІМ'Ї У ФОРМУВАННІ ОСОБИСТОСТІ ПІДЛІТКА (ЗА ДАНИМИ ПРОЕКТУ „СІМ'Я ТА ДІТИ УКРАЇНИ”)

З.А. ШКІРЯК-НИЖНИК, Л.М. СЛОБОДЧЕНКО,
Н.В. ЧИСЛОВСЬКА

ДУ „Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
НАМН України”

Психологічно-емоційний мікроклімат в сім'ї, ставлення батьків до своїх дітей впливає на формування підлітків як майбутніх матерів та батьків. В рамках дослідження «Сім'я та діти України» (виконується в декількох містах

України) вивчалися особливості психоемоційного стану дітей з урахуванням психоемоційного мікроклімату в їх сім'ях.

Всього соціологічним опитуванням було охоплено близько 3200 підлітків віком 11–14 років та їх матерів (батьків). Напрямок контролю за поведінкою дитини у батьківських відносинах здебільшого чітко має прояви авторитаризму. Переважна (68%) більшість батьків (в тому числі у 83,9% дівчат) вимагають від дитини беззастережної слухняності та дисципліни; менша частка (25,6%) вимагає цього лише час від часу; 6,4% батьків зовсім не підкоряють підлітка своїй волі, не мають у них авторитету та впливу на їх вчинки. У 8,2% сімей батьки інфантилізують дитину, приписують їй особистісну та соціальну незрілість та неспроможність. Виявлено залежність між негативними взаєминами в системі «батьки-дитина», емоційною депривацією у родині та розвитком агресії у дитини. Прояви агресії, характерні для поведінки частини підлітків, можуть закріпитися у звичках в більш старшому віці та сприяти проявам насильства в сім'ї в майбутньому. Для дітей підліткового віку притаманним є прояви внутрішньої напруженості, тривоги (64,7% підлітків), підвищеної збудливості (51,2%), спалахів злості, відвертої агресії (25,9%). В процесі дорослішання дітей більш частими та демонстративними стають непорозуміння та суперечки між ними та батьками (93,4% сімей). У конфліктних, неблагополучних родинях підлітки засвоюють неефективні поведінкові способи розв'язання життєвих ситуацій. Дисгармонія дитячих та батьківських відносин може породжувати дисгармонію подружніх відносин в майбутній сім'ї підлітка.

Було проведено психодіагностичне тестування у 502 підлітків. Серед сукупності протестованих 71,4% всіх дітей виявились екстравертами, а чверть дітей – амбівертами. Найбільш розповсюдженим серед сучасних міських підлітків є амбівалентний тип особистості (38,9% усіх обстежених, в т.ч. 40,7% серед дівчат і 34,7% – серед хлопців). Ці підлітки ще не мають чіткої позиції щодо багатьох аспектів свого внутрішнього та оточуючого світу, в тому числі чіткої позиції стосовно шлюбу, створення сім'ї, майбутнього материнства, батьківства.

Шляхи корекції характерологічних проявів відмінні для дітей з різними типологічними характеристиками. Загальними шляхами корекції є: заохочення і розвиток позитивних цінностей, серед яких здоровий спосіб життя, чистота людських стосунків, створення в майбутньому дитної сім'ї. Відношення батьків до підлітка має бути спокійно-доброзичливе, базуватися на повазі та вимогливості. В сім'ях, де переважають позитивні взаємини між дорослими і підлітком, розвиток особистості, становлення здоров'я, репродуктивної функції і підготовка до створення сім'ї та материнства відбуваються більш гармонійним шляхом.

ОРГАНІЗАЦІЯ ЕФЕКТИВНОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

І.Д. ШКРОБАНЕЦЬ, Ю.М. НЕЧИТАЙЛО

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Перенесені перинатальні ураження виявляють помітний вплив на подальший розвиток дитини, її адаптацію в суспільстві, становлення особистості. Цей вид патології тісно пов'язаний із зростанням показників дитячої хронічної неврологічної захворюваності та інвалідності. Своєчасна корекція та лікування виявлених відхилень є першочерговим заходом в успішній реабілітації цих дітей. Науковці акцентують увагу на таких її особливостях, як раннє впровадження реабілітаційних заходів, її наступність, тривале проведення до повного відновлення порушених або втрачених функцій. Ефективності сприяють: індивідуальний підхід при розробці режимів реабілітації, послідовність відновного лікування та етапів реабілітації, комплексність програм відновлення. Тривала ефективна реабілітація передбачає декілька основних етапів: стаціонарний, поліклінічний, санаторний. Новим напрямом у роботі є інтеграція зусиль фахівців медичного та соціально-педагогічного напрямів із залученням батьків хворої дитини, як повноважних учасників лікування.

В нашій роботі було вивчено показники дитячої неврологічної захворюваності та інвалідності в Чернівецькій області за останні 5 років, проаналізовано звіти та документи диспансеризації дитячих неврологів області та Центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи, управлінські рішення з розширення бази реабілітації дітей. В області налічується близько 2500 дітей-інвалідів із хворобами нервової системи, опорно-рухового апарата, з природженими аномаліями, розладами психіки. Обласною державною адміністрацією реалізована ідея співпраці між центрами соціальної та медичної реабілітації дітей і створений Центр медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи й опорно-рухового апарата з об'єднаними джерелами фінансування. Клініка отримала відповідне приміщення, оснащена сучасним діагностичним та лікувальним обладнанням, реабілітаційні заходи організовані відповідно до європейських та світових стандартів. Тут пройшли обстеження і проліковані більше 1600 дітей, серед яких діти з неврологічною патологією склали 89,6%. В нозологічній структурі переважають рухові порушення органічного генезу, перинатальні стани, наслідки інфекційно-запальних процесів, затримка психомоторного та мовного розвитку.

Головне управління охорони здоров'я ухвалило також декілька послідовних управлін-

ських рішень в напрямку поліпшення реабілітації дітей. Створено відділення ранньої медико-соціальної та педагогічної реабілітації при обласному спеціалізованому будинку дитини. Це значно покращить результати реабілітації, оскільки одним із принципів ефективного відновлення функцій є якомога ранній його початок, до завершення формування основних структур нервової системи дитини. Також підписано угоду з чоловічим Свято-Вознесенським монастирем у с. Мольниця Герцаївського району, де проводиться подальша духовна та медико-соціальна реабілітація з використанням природних факторів. У цих же умовах відбувається лікування та спостереження особливого контингенту – ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей, більшість з яких має неврологічну патологію. Центр медико-соціальної реабілітації дітей у нових структурах має консультативну та координуючу роль.

Таке об'єднання медичних та гуманітарних ресурсів дає можливість більш раціонально використовувати фінансові кошти охорони здоров'я та сприяти продовженню реабілітації, ранній професійній орієнтації, здобуттю освіти, подальшому працевлаштуванню дітей з обмеженими можливостями.

ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ФОРМУВАННЯ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Д.А. ШКУРУПІЙ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава

Розвиток синдрому поліорганної недостатності (СПОН) асоціюється з високим рівнем летальності хворих в інтенсивній терапії. Патогенез даного синдрому у новонароджених пов'язаний не лише із клінічними особливостями перебігу критичних станів у новонароджених, асоційованих із анатомо-фізіологічними особливостями цього періоду дитячого віку, а й з внутрішньоутробною дією ушкоджуючих факторів. Визначення участі певних клініко-анамнестичних, інструментальних та лабораторних критеріїв в розвитку СПОН дасть можливість спрогнозувати ризик розвитку даного новонародженого у конкретного хворого.

Метою даного дослідження була розробка прогностичних критеріїв ризику розвитку СПОН у новонароджених. Для досягнення цієї мети було вивчено історії розвитку 133 новонароджених, які перебували у відділеннях неонатальної інтенсивної терапії із СПОН та історій вагітності і пологів їх матерів. У дослідженні були враховані відібрані 72 фактори, які включали в себе гінекологічний та акушерський анамнез матері, характер перебігу пологів, обсягу первинної реанімації, провідна патоло-

гія, дані бактеріального моніторингу, динаміка тяжкості стану.

Характер призначеного лікування. За даними логістичних статистичних досліджень, зокрема – регресійного аналізу, були залишені 33 критерії, які виявились статистично значущими для формування даної патології. Такими критеріями стали з боку матері – вік, порядок вагітності і пологів, проведені медичні аборти, викидні, інфекційна та екстрагенітальна патологія під час вагітності, порушення з боку амніона, пуповини і плаценти, загроза переривання вагітності, токсикоз вагітних, народження шляхом кесарева розтину, стимуляція пологів, стрімкі пологи, багатоплідна вагітність, з боку дитини – термін перебування у відділенні інтенсивної терапії, конфлікт з матір'ю за групою і резус-фактором, стать, гестаційний вік, маса при народженні, оцінка за шкалою Апгар на 1 та 5 хвилині, позитивні бактеріальні посіви, характер годування та інфузійної терапії.

За допомогою визначення параметрів регресії для кожної ознаки вдалося розрахувати логістичну функцію, яка описує ризик розвитку СПОН у новонароджених. За наявності всіх наведених факторів цей ризик становить близько 98,2%.

Розроблена методика дозволяє чітко прогнозувати розвиток СПОН у конкретного пацієнта.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ У ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

І.В. ШЛІМКЕВИЧ, О.Б. СИНОВЕРСЬКА, Л.Я. ІВАНИШИН,
М.Й. РЕЙТМАЄР, І.В. СУШКО*

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

Мета роботи: визначення основних параметрів ліпідного спектру у дітей із різними варіантами артеріальної гіпертензії (АГ). Обстежено 140 дітей із АГ віком 13–18 років, з них 40 дітей із первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ), 60 – із нейроциркуляторною дистонією (НЦД) за гіпертензивним типом та 40 – із гіпоталамічним синдромом пубертатного періоду (ГСПП). ПАГ діагностували відповідно до рекомендацій, розроблених Комітетом експертів Всеросійського наукового товариства з АГ та Асоціацією дитячих кардіологів Росії (2008) та за класифікацією В.Г. Майданника та співавт. (2006). Діагноз НЦД верифікували на підставі методичних підходів, сформованих В.Г. Майданником (2001), та враховуючи рекомендації М.Н. Коваленка і О.Г. Несукай (2002), ГСПП – згідно із критеріями, запропонованими Міжнародною діабетичною федерацією (IDF) (2007). Групу порівняння складала 20 практично здо-

рових дітей аналогічного віку. Значення параметрів ліпідного спектру сироватки венозної крові визначали біохімічним методом з використанням реактивів «Новохол» (Росія). Визначали вміст загального холестерину (ЗХС), рівні холестерину ліпопротеїнів низької та дуже низької щільності (ЛПНЩ, ЛПДНЩ), ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ) та β -ліпопротеїдів (β -ЛП). Коефіцієнт атерогенності (КА) визначали за формулою: $КА = (ЗХС - ХС ЛПВЩ) / ХС ЛПВЩ$. Рівень аполіпопротеїнів А та В (Апо-А і В) визначали за допомогою імуноферментного аналізу (біохімічний модуль С-501, Roche Cobas, Швейцарія). Статистичну обробку проводили за допомогою програм Statistica 5.5A (StatSoft, USA).

Підвищення рівня ЗХС спостерігалось у 35,0% дітей із ПАГ, 45,0% із ГСПП, 15,0% – із НЦД. Середній рівень ЛПДНЩ знаходився в межах норми в усіх групах. Середній рівень ЛПНЩ при НЦД був достовірно нижчим, ніж при інших варіантах гіпертензії ($p < 0,05$). Середній рівень ЛПВЩ знаходився в межах нормальних значень і становив $16,4 \pm 0,09$, $14,9 \pm 0,2$ та $17,8 \pm 0,14$ ммоль/л, відповідно, у групах із ПАГ, НЦД та ГСПП. Рівень ТГ у групах дітей із ПАГ та ГСПП був достовірно вищим, ніж у дітей із НЦД ($p < 0,05$). КА становив $2,14 \pm 0,11$ у дітей із ПАГ, $2,86 \pm 0,16$ – із ГСПП та $2,01 \pm 0,15$ – із НЦД проти $1,85 \pm 0,1$ у здорових ($p_N < 0,05$). Рівень Апо-А був підвищеним порівняно із нормою у 22,5% дітей із ПАГ, 32,5% – із ГСПП та 78,3% – із НЦД, в той час як рівень Апо-В у дітей із АГ практично не відрізнявся від норми.

Таким чином, проатерогенна активність у дітей із АГ є підвищеною та вказує на значний атерогенний ризик. Визначення рівня атерогенності повинно стати обов'язковим в обстеженні дітей із усіма варіантами АГ.

ВПЛИВ НАДЛИШКУ МАСИ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ НА РИЗИК ФОРМУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПІДЛІТКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Л.Р. ШОСТАКОВИЧ-КОРЕЦЬКА, Т.А. ГАЙДУК, О.І. ГАЙДУК,
С.П. ДІГТЯР*, С.Г. ІВАНУСЬ*, І.І. ШВИРИД*, Т.В. АСЛАМОВА*

Дніпропетровська державна медична академія.

*Дитяча міська клінічна лікарня № 2, м. Дніпропетровськ

У численних епідеміологічних дослідженнях показано, що надлишок маси тіла і ожиріння є незалежними чинниками ризику для розвитку артеріальної гіпертензії, так само як і для ранніх коронарних захворювань. Якщо у дитини з ожирінням останнє зберігається у дорослому житті, одним з довгострокових наслідків може бути ранній атеросклероз і підвищена кардіо-васкулярна захворюваність.

Мета дослідження: визначити вплив надлишку маси тіла та ожиріння на ризик формування гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) у дітей та підлітків з артеріальною гіпертензією (АГ).

Обстежено 131 дитину з АГ віком 12–17 років. Усім проведено добове моніторування артеріального тиску, оцінку фізичного розвитку з використанням антропометричних показників: маси тіла і зросту, окружності талії (ОТ), індексу маси тіла (ІМТ, кг/м²), ехокардіографію. ІМТ оцінювали за номограмами з урахуванням віку і статі: ІМТ між 15 і 85 процентилем вважався нормальним (НІМТ), між 85 і 95 процентилем – як надлишок маси тіла, ІМТ вище 95 процентилем – як ожиріння. Критерієм ГЛШ у підлітків вважали значення індексу маси міокарда лівого шлуночка у ступені 2,7 більше 99 процентилем відповідно статі. Оцінку взаємозв'язку між чинниками проводили за коефіцієнтом зв'язаності (ϕ), показником відношення шансів (ВШ) і його 95% довірчим інтервалом.

Виявлено істотні відмінності за величиною ІМТ і ОТ між групами дітей без ГЛШ та за її наявності. Так, ІМТ і ОТ були значно нижчими ($p < 0,001$) в групі дітей без ГЛШ – $23,40 \pm 0,39$ кг/м² і $83,56 \pm 1,26$ см порівняно з даними показниками в групі дітей з ГЛШ – $28,72 \pm 0,78$ кг/м² і $97,73 \pm 2,72$ см, відповідно. Виявлено істотну залежність частоти ГЛШ від величини ІМТ у дітей з АГ. Так, у дітей з НІМТ ГЛШ спостерігалася в 6,4% випадків ($n = 3$), з надлишком маси тіла – у 36,6% ($n = 15$, $p < 0,001$). Частота ГЛШ була максимальною у дітей з ожирінням (73,3%, $n = 22$, $p < 0,001$). При аналізі показників відносного ризику розвитку ГЛШ залежно від величини ІМТ встановлено, що у дітей з НІМТ шанс розвитку ГЛШ мінімальний – майже у 16 разів менший порівняно з ризиком при надлишковій масі тіла і ожирінні (ВШ = 0,06; $\phi = 0,47$; $p < 0,001$). Наявність надлишкової маси тіла дещо підвищувала ризик розвитку ГЛШ у дітей з АГ (ВШ = 1,20; $p > 0,40$). Ожиріння підвищувало шанси розвитку ГЛШ у 10,69 разу (ВШ = 10,69; $\phi = 0,49$; $p < 0,0001$). Проте при збільшенні ІМТ від нормального до надлишкового відносний ризик розвитку ГЛШ підвищувався у 8,46 разу (ВШ = 8,46; $\phi = 0,37$; $p < 0,001$). При розвитку ожиріння у дітей з надлишком маси тіла ризик ГЛШ збільшувався у 4,77 разу (ВШ = 4,77; $\phi = 0,36$; $P < 0,004$). Найбільший внесок у формування ГЛШ у дітей з АГ надавав розвиток ожиріння у дітей з вихідною нормальною масою тіла – у 40,3 разу (ВШ = 40,33; $\phi = 0,70$; $p < 0,0001$).

Наявність надлишку маси тіла та ожиріння у підлітків з АГ є одним з найбільш значущих факторів, що зумовлюють розвиток ГЛШ, тому первинні профілактичні заходи, перш за все, мають бути спрямовані на корекцію факторів ризику, що модифікуються, а саме: на нормалізацію маси тіла вже в дитячому та підлітковому віці.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ГЕМОФЕРОНУ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ НА ФОНІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТУ

А.П. ЮРЦЕВА, І.С. НЕДОСТУП, Б.Н. ТКАЧ, Л.А. ВІТОВСЬКА

Івано-Франківський національний медичний університет

Незважаючи на значне зростання спектру препаратів ерадикаційної терапії, частота і поширеність хронічного гастродуоденіту (ХГД) у дітей не зменшується. Тому продовжується пошук засобів, які б поліпшували ефективність базисної терапії та дозволяли зменшити медикаментозне навантаження при повторних курсах лікування. Це стосується препаратів, які регулюють біологічні процеси, запобігають метаболічним порушенням і енергодефіцитним станам. В останні роки відмічено підвищення уваги до більш глибокого вивчення обміну мікроелементів в організмі людини в нормі і за патологічних станів. Розвивається новий напрям в біомедичних дослідженнях – мікроелементологія. Есенціальні мікроелементи, до яких належить залізо, відіграють важливу роль в механізмах регуляції процесів травлення в гастродуоденальній зоні, оскільки впливають на зворотну дифузію іонів водню, входять до пристінкового гелю, регулюють окисно-відновні процеси, беруть участь в антиоксидантному захисті та в усіх видах обміну речовин. Загальновідомо, що дієта, яка включає продукти, багаті на залізо, не може повністю усунути дефіцит заліза.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування Гемоферону у дітей з ХГД, який супроводжувався латентним дефіцитом заліза. Під спостереженням було 124 дітей шкільного віку з ХГД, з них у 71 (57,2%) дитини встановлено залізодефіцитний стан. Контрольну групу склали 25 практично здорових дітей.

Визначали гематологічні показники, вміст заліза в цільній крові і в сироватці; морфологічні властивості еритроцитів (середній вміст гемоглобіну в еритроциті – МСН; середня концентрація гемоглобіну в еритроциті – МСНС; середній об'єм еритроцитів – МСV); насиченість залізом трансферину, залізовв'язуючу здатність сироватки крові (ЗЗЗС).

Встановлено, що в періоді загострення ХГД більшість вивчених показників у дітей з залізодефіцитом достовірно змінювались порівняно із показниками у здорових дітей та показниками у дітей з ХГД без ознак залізодефіциту. При виписці з стаціонару нормалізації показників ферокінетики та вмісту заліза в крові не відбувалось. Для лікування залізодефіциту застосовували вітчизняний препарат Гемоферон («Сперко Україна», Вінниця) – добре збалансований комплекс заліза і вітамінів, необхідний для нормального кровотворення. До складу Гемоферону входять: заліза амонійного цитрат, фолієва кислота, ціанкобаламін. З метою оцін-

ки ефективності Гемоферону дітей з ознаками залізодефіциту було розподілено на дві групи. З них 36 дітей, яким призначали Гемоферон, склали основну групу, 35 дітей, які отримували базисну терапію, увійшли до групи порівняння. Препарат призначали після зменшення проявів загострення ХГД по 5 мл на добу дітям до 10 років і по 10 мл – дітям старше 10 років натщесерце за півгодини до їди. Середня тривалість курсу лікування становила 1–2 місяці. Крім того, рекомендували включати до раціону дитини продукти з підвищеним вмістом есенціальних мікроелементів і вітамінів з урахуванням смаків і уподобань дитини та особливостей дієтотерапії основного захворювання.

Повторні дослідження показали, що у дітей основної групи після курсу лікування Гемофероном достовірно підвищився вміст загального та сироваткового заліза в крові, рівень феритину, насиченість залізом трансферину, знизилась ЗЗЗС, що є свідченням поліпшення транспорту заліза.

Таким чином, висока ефективність Гемоферону, добра переносимість препарату дозволяють рекомендувати його застосування у дітей з ХГД на фоні залізодефіциту.

ОЦІНКА СТАНУ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ ЕКСТРАСИСТОЛІЧНОЮ АРИТМІЄЮ, НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

С.П. ЯРОВОЙ, М.М. КАЛАДЗЕ

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

Відомо, що бронхіальна астма (БА) і порушення ритму серця займають вагомe місце в структурі захворюваності в дитячому віці. Поза загостренням БА у дітей широко використовуються методи санаторно-курортної реабілітації, основані на використанні натуральних (природних) умов і фізичних впливів, що дозволяє у багатьох випадках зменшити обсяг фармакотерапії захворювання. В роботі наведено результати використання й оцінку клінічної ефективності застосування комплексу санаторно-курортного лікування у дітей із поєднаним перебігом БА та екстрасистолічної аритмії, динаміки рівня загального холестерину (ХС), тригліцеридів і ХС ЛПВП під впливом різних схем реабілітації.

Під спостереженням перебувало 126 дітей, хворих на БА, розподілених на чотири групи: до 1-ої групи включено 32 дітей без порушень ритму серця, які отримували стандартний комплекс санаторно-курортного лікування; до 2-ої – 28 дітей із супутньою екстрасистолічною аритмією, які отримували стандартний комп-

лекс санаторно-курортного лікування; до 3-ої – 30 дітей із супутньою екстрасистолічною аритмією, які отримували стандартний комплекс санаторно-курортного лікування, бальнеологічне лікування (хлоридно-натрієві ванни); до 4-ої групи – 36 дітей із супутньою екстрасистолічною аритмією, які отримували стандартний комплекс санаторно-курортного лікування, бальнеологічне лікування і біорезонансну стимуляцію. Дослідження рівнів загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) і ХС ЛПВП проводили на базі санаторієв м. Євпаторія «Зміна» і «Дружба».

Установлено, що ліпідний спектр крові за рівнем ЗХС у хворих 1-, 2-, 3- і 4-ої груп як до початку, так і після закінчення санаторно-курортної реабілітації суттєво не відрізняється від відповідного показника в групі здорових дітей. Рівень ТГ у всіх обстежених хворих також не виходить за межі діапазону їх фізіологічних коливань, установлених Міжнародною діабетичною федерацією (IDF) 2007 року. При порівнянні з групою здорових дітей рівень ТГ у хворих на БА, що протікала в поєднанні з екстрасистолічною аритмією (2-, 3- і 4-ої груп) – достовірно підвищений на 27,4–31,5% ($p < 0,01$). У хворих 4-ої групи, які отримували, окрім стандартного комплексу санаторно-курортного лікування, також бальнеологічне лікування і біорезонансну стимуляцію, на другому етапі лікування рівень ТГ знижується на 18,9% ($p < 0,01$). Виявлено, що середній рівень ХС ЛПВП у всіх обстежених хворих не виходить за межі діапазону їх фізіологічних коливань, установлених IDF. При порівнянні з групою здорових дітей рівень ХС ЛПВП у хворих 1-, 2-, 3- і 4-ої груп на обох етапах дослідження достовірно знижений на 7,9–23,0% ($p < 0,02$). Під впливом санаторно-курортного лікування у хворих 3- і 4-ої груп виявлено зростання рівня ХС ЛПВП відповідно на 9,4% ($p_1 < 0,01$) і на 17,6% ($p_1 < 0,001$).

Таким чином, поєднаний перебіг БА й екстрасистолічної аритмії характеризується змінами в ліпідному спектрі крові – тенденцією до підвищення рівня ТГ і зниження рівня ХС ЛПВП, що є прогностично несприятливим відносно формування метаболічного синдрому в молодому віці.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ ПРИ ГЕМАТУРІЇ У ДІТЕЙ

Т.В. ЯРОШЕВСЬКА, Т.Г. КАРАТАЄВСЬКА, О.В. МЕДВЕДСЬКА, В.А. МІНАКОВА

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

В останні роки з'явилася значна кількість робіт, присвячених дослідженню значення мі-

кроальбумінурії (МАУ) в клініці. Мікроальбумінурію вважають одним з ранніх маркерів пошкодження ниркової паренхіми різної етіології. Екскреція альбуміну зростає при ураженні клубочків, каналців або порушенні селективності фільтрації іонів за зарядом. Визначення мікроальбумінурії широко використовується для діагностики доклінічної стадії нефропатії у хворих на цукровий діабет та артеріальну гіпертензію. Доведено високу чутливість і специфічність даного тесту.

Мета дослідження – вивчення можливості використання визначення МАУ з метою ранньої діагностики ушкодження паренхіми нирок у дітей з гематурією. Було обстежено 46 дітей, з яких 7 були з тубулоінтерстиціальним нефритом, 8 – зі спадковим нефритом, більшість (31 хворий) – з гострим і хронічним гломерулонефритом. Гломерулонефрит у обстежених дітей був представлений ізольованим сечовим синдромом (38,7%) або гематуричною формою (61,3%). Діти з протеїнурією та артеріальною гіпертензією в дослідження не включались. Поряд із загальноприйнятими методами обстеження (досліджувались гематурія, лейкоцитурія в пробі Нечипоренка, бактеріурія, функції нирок), всім дітям проводили ультразвукове дослідження нирок, дівчата оглядалися гінекологом. Швидкість клубочкової фільтрації оцінювали за кліренсом ендogenous креатиніну. Концентраційну здатність нирок визначали за пробою Зимницького. Концентраційну здатність нирок вважали зниженою за відсутності хоча б в одній порції даної проби питомої ваги 1018. МАУ визначали в разовій порції сечі кількісним методом, підвищеним вважали рівень більше 15 мг/л.

В більшості випадків ступінь вираженості МАУ в активній фазі захворювання була помірною. При тубуло-інтерстиціальному нефриті мікроальбумінурію виявлено у всіх обстежених дітей, що відображає ураження каналцевого апарата нирок. У 5 дітей з гломерулонефритом в стадії клініко-лабораторної ремісії показники МАУ не перевищували нормальних значень. Вираженість МАУ не корелювала з рівнем гематурії і однаково часто визначалася як при вираженій, так і при незначній еритроцитурії. У дітей з порушенням концентраційної або фільтраційної функції нирок виявлено тенденцію до підвищення рівнів МАУ, але різниця не була достовірною ($p < 0,1$). При порушенні обох досліджених функцій нирок (знижена як концентраційна, так і фільтраційна здатність нирок) підвищення рівня МАУ визначалось в 100% випадків.

Таким чином, можна думати, що на рівень МАУ впливає стан функції нирок. Тест на МАУ при виявленні гематурії у дітей може бути корисним при виявленні ранніх змін паренхіми нирок і плануванні нефропротективної терапії. Вивчення залежності рівня МАУ від давності

захворювання, а також вплив спадкового анамнезу (наприклад, артеріальна гіпертензія, ожиріння, цукровий діабет у близьких родичів) потребують подальших досліджень.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ ПЕРШОКЛАСНИКІВ ДО СИСТЕМАТИЧНОГО ШКІЛЬНОГО НАВЧАННЯ

М.С. ЯЦУЛА, С.Л. НЯНЬКОВСЬКИЙ

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького

На сьогоднішній день відбулася реформа шкільної освіти, істотно збільшилось навантаження школярів, однак медичне забезпечення навчальних закладів залишилося на попередньому рівні або навіть погіршилось. Існуюча система надання медичної допомоги дітям шкільного віку в умовах навчального закладу є недостатньо ефективною, оскільки не сприяє, повною мірою, збереженню здоров'я підростаючого покоління і не забезпечує профілактичний напрям у вирішенні проблем здоров'я школярів.

На підставі комплексного спостереження впродовж двох років за 427 першокласниками міста Львова встановлено фактори, які впливають на можливість адекватного навчання дітей в школі та їх адаптацію до ритму шкільного життя і навантаження. Так, ми побачили, що діти, які починають навчання у школі, складають неоднорідну вікову групу (від 5,5 до 7,5 року), майже половина з яких ($46,8 \pm 2,4\%$) не відвідували дошкільних установ і не мали навичок роботи в організованому дитячому колективі. На підставі нашого аналізу, до факторів ризику ми також віднесли: відсутність психологічної підтримки батьків ($62 \pm 2,3\%$), тривалий час проведення біля телевізора або комп'ютера ($56,8 \pm 2,4\%$), проживання у незадовільних матеріально-побутових умовах ($14,3 \pm 1,7\%$), недостатнє перебування на свіжому повітрі ($9,4 \pm 1,4\%$), дисгармонійний фізичний розвиток ($28,8 \pm 2,2\%$), високий рівень тривожності ($27,9 \pm 2,2\%$), низький рівень психологічної готовності до навчання ($9,9 \pm 1,4\%$), несприятливу реакцію серцево-судинної системи на фізичне навантаження ($9,3 \pm 1,4\%$), обтяжений перинатальний анамнез ($22,8 \pm 2,0\%$). Вже через кілька місяців навчання у першому класі в значній кількості школярів з'являлись скарги, які можна трактувати як прояви шкільної дизадаптації: швидка втомлюваність ($52,9 \pm 2,4\%$), підвищена дратівливість, невмотивована агресивність ($49,1 \pm 2,4\%$), періодичний біль в животі ($47,6 \pm 2,4\%$), біль голови ($44,1 \pm 2,4\%$), пригнічений настрій ($41,3 \pm 2,4\%$), порушення сну ($39,1 \pm 2,4\%$), знижений апетит ($35 \pm 2,3\%$).

Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) є найчастішою причиною, з приводу якої діти

пропускають навчання в школі, відповідно погано засвоюють навчальний матеріал, і це призводить до виснаження їхнього організму, позначаючись на зниженні їх успішності. Так, захворюваність на ГРЗ складала 65,3 випадку на 100 дітей. Середня тривалість відсутності дітей в школі у разі розвитку ГРЗ становила $9,3 \pm 0,9$ доби. Майже у кожному п'ятому випадку ГРЗ (18%) документувалися різноманітні ускладнення – бронхіт, пневмонія, отит.

Така ситуація зумовлює необхідність ретельного вивчення динаміки стану здоров'я дітей молодших класів, їх медико-біологічних

та соціальних особливостей, дослідження дії основних факторів ризику розвитку шкільної дизадаптації, на підставі аналізу отриманої об'єктивної інформації, розробки та впровадження комплексу ефективних профілактично-оздоровчих заходів. Адже збереження здоров'я дітей шкільного віку значною мірою залежить від своєчасного встановлення ознак шкільної дизадаптації та адекватної корекції встановлених порушень, уваги батьків та їхньої співпраці з педіатрами, сімейними лікарями, медичним і педагогічним персоналом шкіл.